

# COMPTES RENDUS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 13 avril 2011**

- Présidence de Mme Muguette Dini, présidente -

**Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques -  
Présentation des principales dispositions et audition de Mme Nora Berra,  
secrétaire d'Etat chargée de la santé**

**La commission entend une communication de Mme Muguette Dini, présidente,  
rapporteuse, sur les principales dispositions du 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, puis procède à l'audition de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée  
de la santé, sur ce texte.**

**Mme Muguette Dini, présidente, rapporteure.** - Avant l'arrivée de Nora Berra, retenue au  
Conseil des ministres, et pour préparer le débat que nous aurons avec elle sur ce projet de loi,  
j'ai souhaité vous en présenter les grandes lignes pour que chacun ait à l'esprit les  
changements importants qu'il pourrait apporter au droit actuel.

Aujourd'hui, lorsqu'une personne souffre de troubles mentaux et n'est plus en mesure de  
consentir à une hospitalisation éventuelle, des procédures permettent de l'hospitaliser sans son  
consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office  
(HO).

L'HDT est possible en cas de nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en  
milieu hospitalier. Comme son nom l'indique, elle repose sur la demande d'un tiers qui doit  
avoir un lien personnel avec la personne malade et nécessite la production de deux certificats  
médicaux concordants, le premier ne pouvant pas être établi par un médecin exerçant dans  
l'établissement d'accueil du patient. A titre exceptionnel, en cas de péril imminent pour le  
patient, le directeur peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant  
d'un médecin exerçant dans l'établissement. Par la suite, la nécessité de l'hospitalisation doit  
être confirmée par un psychiatre dans les vingt-quatre heures de l'admission, puis dans les  
trois jours précédant les quinze premiers jours d'hospitalisation, puis chaque mois.

De son côté, l'HO peut être prononcée en cas d'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public. Un seul certificat est nécessaire, qui ne peut pas émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

En HDT comme en HO, l'hospitalisation peut être interrompue par des sorties d'essai, qui sont décidées par un psychiatre de l'établissement dans le cadre d'une HDT ou par le préfet, sur proposition du psychiatre, dans le cadre d'une HO. La durée est limitée à trois mois mais le renouvellement est possible.

Enfin, la levée d'hospitalisation relève du psychiatre en cas d'HDT, mais est automatique si le tiers à l'origine de l'hospitalisation demande sa mainlevée. En cas d'hospitalisation d'office, la levée relève du préfet sur proposition du psychiatre.

Tel est le droit actuel. Qu'en sera-t-il si le projet de loi est adopté ?

Tout d'abord, on ne parlera plus d'hospitalisation, mais de soins sans consentement, ceux-ci pouvant être dispensés en dehors de l'hôpital.

L'entrée dans la procédure de soins sans consentement passera obligatoirement par une période d'observation de soixante-douze heures en hospitalisation complète.

Comme aujourd'hui, le placement en soins sans consentement pourra être fait à la demande d'un tiers ou sur décision préfectorale. Toutefois, le texte prévoit aussi la possibilité d'admettre une personne en l'absence de l'intervention d'un tiers, sur la base d'un seul certificat médical, en cas de péril imminent. Selon l'exposé des motifs du projet, il s'agit de permettre de délivrer des soins à des personnes isolées pour lesquelles il n'existe pas de tiers susceptible de faire la demande.

Pendant la période d'observation, deux certificats successifs devront être établis, vingt-quatre heures et soixante-douze heures après l'admission, pour confirmer, ou non, la nécessité de poursuivre les soins. A l'issue de la période d'observation, un psychiatre établira un « avis motivé » pour proposer soit une hospitalisation complète, soit des soins sans consentement sous une autre forme, comportant des soins en ambulatoire et, éventuellement, des soins à domicile, sur la base d'un protocole de soins.

Dans le cas de soins sans consentement à la demande d'un tiers, la forme de prise en charge sera prononcée par le directeur de l'établissement, qui sera lié par la proposition du psychiatre. En cas de soins sur demande préfectorale, le préfet décidera de la forme de la prise en charge sur proposition du psychiatre. La forme de prise en charge pourra être modifiée à tout moment sur décision préfectorale, lorsque le préfet est à l'origine de la mesure, ou sur décision du psychiatre dans les autres cas.

Une autre nouveauté, imposée par une décision du Conseil constitutionnel, est l'intervention d'un contrôle judiciaire obligatoire. Aujourd'hui, des recours sont possibles mais il n'existe aucun contrôle systématique des décisions d'HO ou d'HDT. Désormais, le juge des libertés et de la détention devra se prononcer sur les mesures d'hospitalisation complète après un délai de quinze jours puis tous les six mois. Il pourra solliciter des expertises et se prononcera après une audience, qui pourra éventuellement se tenir par voie de visioconférence.

En ce qui concerne la sortie des soins sans consentement, une procédure renforcée d'examen est prévue pour certaines catégories de patients, à savoir ceux qui ont fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité ou qui ont déjà été placés en unité pour malades difficiles. La décision de sortie de soins sans consentement ne pourra être prise par le préfet ou par le juge des libertés qu'après avis d'un collège de soignants et présentation de deux expertises.

J'ai mené plusieurs auditions sur ce texte depuis deux semaines et d'autres sont encore prévues jusqu'à la présentation du rapport en commission. Il en ressort que l'idée de soins sans consentement en dehors de l'hôpital est plutôt bien perçue par les familles de patients qui espèrent ainsi que leur malade sera toujours suivi de près, même lorsqu'il quittera l'hôpital.

En revanche, le texte suscite une opposition assez forte des psychiatres. Ils considèrent notamment que la réforme de la loi de 1990 sur l'hospitalisation sans consentement aurait dû s'inscrire dans le cadre d'une loi plus large sur la santé mentale et que ce texte, si l'on excepte les dispositions imposées par le Conseil constitutionnel, est inspiré par une logique exclusivement sécuritaire.

Par ailleurs, le projet de loi multiplie les certificats, les règles de procédure, les transmissions de documents et sa complexité laisse augurer des difficultés de mise en oeuvre. Ainsi, le nombre de certificats et d'expertises pendant une période d'hospitalisation pourra être très élevé, alors que le nombre de psychiatres publics et d'experts judiciaires disponibles est limité.

La question des moyens risque d'être cruciale dans la mise en oeuvre de cette réforme. L'entrée en vigueur du contrôle du juge des libertés et de la détention dès le 1<sup>er</sup> août prochain suscite de très fortes inquiétudes, le risque de nullités de procédures étant élevé.

A ce stade, il m'est difficile d'en dire plus avant d'avoir procédé aux dernières auditions qui restent à faire, aujourd'hui même et à nouveau le 26 avril. Je n'ai pas encore entendu les représentants des patients ni ceux des infirmiers, qui jouent un rôle important dans ce domaine. J'ai fait préparer à votre intention des tableaux comparatifs très complets présentant le droit actuel et, en regard, la procédure qui s'appliquerait avec l'adoption de ce projet de loi.

**M. Guy Fischer**. - A nouveau, les conditions d'examen de ce texte sont très resserrées, alors même que nous venons à peine de terminer celui du projet de loi sur la bioéthique. Pour autant, il s'agit d'une préoccupation ancienne, que nous connaissons bien dans l'agglomération lyonnaise, puisque s'y trouvent trois établissements psychiatriques d'importance.

Selon le sentiment général, ce texte provoque colère et indignation, en particulier de la part des associations professionnelles quelles qu'elles soient. Avec une connotation sécuritaire très forte et un vocabulaire qui relève plus du ministère de l'intérieur que de celui de la santé, il constitue clairement un affichage politique. Il y a déjà eu la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) en prison...

**Mme Christiane Demontès**. - Il n'y en a d'ailleurs qu'une pour l'instant, à Lyon justement !

**M. Guy Fischer**. - Cette cohabitation entre le pénitencier et le sanitaire correspond à la même logique que le projet de loi sur les soins psychiatriques : surtout, ne pas régler les problèmes de fond !

Le groupe CRC-SPG condamne donc ce texte, qui revient à créer une garde à vue psychiatrique et qui est un indice supplémentaire d'un Etat qui préfère punir plutôt que guérir. Il instaure une logique répressive en quête permanente de responsables.

**Mme Muguette Dini, présidente, rapporteure.** - Il faut toutefois relativiser les chiffres : parmi les 70 000 personnes hospitalisées chaque année en HO ou en HDT, beaucoup le sont pour des durées très courtes.

**Mme Sylvie Desmarescaux.** - Si l'on peut comprendre que les aspects de sécurité soient mis en avant, on doit aussi constater que ce texte n'est soutenu ni par les psychiatres ni par les magistrats ni par les associations. Il tend à créer une véritable usine à gaz, remplie de procédures qu'il sera extrêmement difficile de mettre en place d'ici le 1<sup>er</sup> août prochain comme cela est pourtant envisagé.

**M. Jean-Louis Lorrain.** - Certes, on ne voit pas dans ce texte certaines réponses à même de faire entrer dans le système des malades qui ne le veulent pas. Pour autant, je ne vois pas matière aux excès verbaux que j'entends ici ; bien sûr, il y a toujours la hantise de la psychiatrie stalinienne.

**M. Guy Fischer.** - C'est de l'anticommunisme primaire !

**M. Jean-Louis Lorrain.** - Non, dans l'esprit des psychiatres, la hantise du totalitarisme est permanente. La principale interrogation devrait être de répondre aux souffrances des familles. Par ailleurs, il faudra résoudre le problème du consentement des personnes emprisonnées.

**M. Marc Laménie.** - Je suis souvent confronté au désarroi et à la grande solitude des maires ou des élus municipaux lorsqu'ils doivent prendre des mesures provisoires d'hospitalisation d'office. Le problème est encore plus délicat dans les petites communes. J'espère que le projet de loi permettra d'impliquer les élus dans de meilleures conditions qu'aujourd'hui.

**Mme Christiane Demontès.** - Le projet de loi qui nous est soumis aborde les troubles psychiatriques, mais uniquement sous un certain angle. Or, le Gouvernement s'était engagé, au moment des débats sur la réforme de l'hôpital, il y a maintenant deux ans, à proposer un texte plus large sur la santé mentale que le simple aspect sécuritaire. Je ne suis pas sûre que les familles des victimes y trouvent leur compte. Ce ne sera en tout cas pas la situation des familles de malades ! Nous devons rester vigilants pour ne pas nous laisser happer en permanence par l'émotion.

La réforme de la place du juge dans le dispositif résulte bien d'une décision du Conseil constitutionnel, mais cela n'empêche pas de se poser des questions sur les modalités des audiences ou sur les rapports du juge avec le préfet. Il ne faut vraiment pas connaître la question de la psychiatrie pour oser proposer des visioconférences à des malades de ce type, auxquels cette méthode est totalement inadaptée.

Dans le rapport que j'ai présenté voici un an avec Gilbert Barbier, Jean-René Lecerf et Jean-Pierre Michel sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, nous estimions qu'il n'était pas possible de mettre en place des soins sans consentement en prison, c'est-à-dire sur des personnes enfermées. Or, le présent projet de loi mélange les choses et ne distingue pas entre détenus et non détenus.

Par ailleurs, la question de la sectorisation devra être clairement posée mais elle est intimement liée à celle des moyens déployés pour assurer le suivi et le traitement des malades.

Enfin, le projet de loi met en place un dossier psychiatrique, qui revient ni plus ni moins à un « casier psychiatrique » ; or, nous avons aussi souligné l'an dernier le nécessaire droit à l'oubli en la matière.

**M. Jacky Le Menn.** - Je constate tout d'abord qu'hormis l'aspect pris en compte par la décision du Conseil constitutionnel, il n'y a pas de vide juridique : les lois existent, les sorties d'essai ne sont pas remises en cause par les professionnels et, si des problèmes se posent ici ou là, une évaluation fine et approfondie paraîtrait nécessaire avant de se lancer dans une telle réforme. D'ailleurs, la loi de 1990 avait prévu que ses dispositions seraient revues dans les cinq ans qui suivaient et, tel Godot, nous n'avons rien vu venir !

Or, ce texte souffre, à l'évidence, d'un péché originel qui nourrit les ambiguïtés : son contexte sécuritaire. Alors que l'équilibre entre santé et ordre public est fragile, le curseur va ici trop loin du côté de la sécurité, au risque d'oublier complètement l'aspect sanitaire. C'est peut-être pour cela que le texte prévoit une profusion de certificats et de rendez-vous, mais que valent-ils en l'absence de moyens ?

**Mme Janine Rozier.** - Je crois qu'il est nécessaire de traiter les choses au cas par cas. Certes, il existe des situations très graves, mais il faut aussi trouver des moyens financiers et humains sur le terrain pour s'occuper des « fous doux » que nous connaissons bien dans nos villages et qui posent des problèmes de vie quotidienne auxquels les maires sont régulièrement confrontés.

**Mme Roselle Cros.** - J'ai moi aussi été confrontée, localement, à des situations où je devais signer, dans l'urgence, des arrêtés entraînant l'hospitalisation d'office de concitoyens. Il s'agit naturellement d'expériences douloureuses, avec des délais de prise de décision très courts.

Un autre aspect doit être pris en compte : nous sommes totalement démunis face à des familles qui viennent nous voir parce qu'elles constatent que leurs enfants ne prennent plus leur traitement et qu'elles s'inquiètent de ce qui peut en advenir. Dans ce cas où l'action préventive devrait être privilégiée, tant le maire que le psychiatre sont dépourvus de véritables moyens d'action.

Par ailleurs, les médecins généralistes ont souvent une approche différente, assez critique des abus de médicaments qui peuvent détruire les personnalités.

**Mme Catherine Procaccia.** - Les procédures sont en effet complexes. Le Conseil constitutionnel a pris une décision qui nécessite une réforme législative rapide, mais le projet de loi qui nous est soumis va plus loin. En attendant une révision globale sur la question de la santé mentale, quelles sont les dispositions qui pourraient être isolées dans le texte et qui découlent directement de la décision du Conseil ? Je crois savoir qu'il s'agit de l'intervention du juge des libertés, mais comment celui-ci va-t-il juger les dossiers ? Sur quels critères ou compétences ? Ne faut-il pas prévoir un juge spécialisé dans les affaires psychiatriques au sein de chaque tribunal ?

**Mme Brigitte Bout.** - Même si nous avons tous des expériences d'élus locaux en la matière, la présentation liminaire et synoptique de la réforme qui nous a été faite est indispensable pour

poser clairement les problématiques. Elle permet de préparer correctement l'examen du rapport en commission.

**M. Alain Milon**. - La question des soins ambulatoires devrait être abordée dans le cadre plus large d'une loi d'ensemble sur la santé mentale, car elle nécessite par exemple de réfléchir à l'organisation de réseaux de psychiatrie.

Si on peut comprendre la volonté de renforcer la sécurité de nos concitoyens, il faut être conscient qu'elle nécessite la mise en place de moyens considérables.

Je note enfin que le projet de loi ajoute des étapes intéressantes dans la procédure de suivi des patients durant les tout premiers jours, qui n'existent pas aujourd'hui et qui vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des droits des malades.

**Mme Catherine Deroche**. - Ma commune a connu, il y a quelques années, un crime commis par un jeune schizophrène, drame épouvantable et traumatisme pour l'ensemble de la population. Or, le maire est souvent contraint de prendre la responsabilité d'une hospitalisation d'office à la place de la famille qui ne souhaite pas le faire pour préserver les liens avec le malade. Ces situations sont évidemment difficiles, d'autant que ces patients sortent parfois très rapidement et il arrive qu'ils s'en prennent avec violence aux élus ou aux fonctionnaires municipaux.

**Mme Muguette Dini, présidente, rapporteure**. - Je souhaite la bienvenue à la ministre et lui laisse la parole pour présenter le projet de loi.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat à la santé**. - Le texte poursuit un triple objectif :

- un objectif de santé en permettant une meilleure prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques, mais qui sont incapables de consentir à ces soins ;

- un objectif de sécurité en assurant avant tout celle des patients, mais aussi celle des tiers, lorsque les troubles mentaux de la personne représentent un danger pour elle-même ou pour autrui ; l'amélioration de la continuité des soins est la meilleure garantie sur ce point ;

- enfin, un objectif de liberté en garantissant aux patients le respect de leurs droits fondamentaux et de leurs libertés individuelles.

Le projet de loi concerne les 70 000 personnes par an qui font l'objet d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte.

La loi de 1990 devait être revue au bout de cinq ans. Plusieurs rapports, dont le rapport Strohl de 1997, ont fait des préconisations. Nous reprenons plusieurs d'entre elles : une période d'observation de soixante-douze heures, l'alternative à l'hospitalisation comme forme de prise en charge, la possibilité de prendre en charge une personne sans tiers.

Le projet de loi est une réponse aux besoins des professionnels, des patients et des familles, car il est nécessaire de réviser le dispositif pour tenir compte de la diversification des modes de prise en charge en psychiatrie, pallier l'absence de demande d'un tiers pour offrir des soins adaptés à une personne isolée et améliorer le fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Nous avons également pris en compte l'avis du Conseil constitutionnel, suite à une question prioritaire de constitutionnalité, et prévu que :

- au bout de quinze jours d'hospitalisation complète, la proportionnalité de la mesure sera soumise au contrôle systématique du juge des libertés et de la détention ;
- le contrôle de plein droit exercé par ce juge sera renouvelé tous les six mois, à compter de la dernière décision prise.

Je rappelle que cette saisine automatique du juge s'ajoute au recours facultatif, déjà prévu par le code de la santé publique, et qui, bien entendu, est maintenu : le patient peut aujourd'hui saisir à tout moment le juge des libertés et conservera ce droit à l'avenir.

Le Conseil constitutionnel n'a pas été saisi du régime de l'hospitalisation d'office. Mais les garanties qu'il a demandées pour les hospitalisations à la demande d'un tiers doivent également être apportées aux hospitalisations d'office. Le projet de loi prévoit donc le même type de saisine dans les deux cas de figure.

**Mme Muguette Dini, présidente, rapporteure.** - Le Gouvernement s'était engagé, lors de l'examen de la loi HPST, à préparer et présenter une loi d'ensemble sur l'organisation de la psychiatrie et la santé mentale. Beaucoup ont le sentiment que ce projet de loi en constitue une version non aboutie. Le Conseil constitutionnel a, par la suite, pris une décision nécessitant une réforme législative sur un point précis, la judiciarisation de la procédure. Dans ces conditions, le présent projet de loi, qui comprend ces deux volets, constitue-t-il à vos yeux la réforme d'ensemble tant attendue ?

Par ailleurs, les dispositions du texte doivent entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> août prochain. Est-ce réaliste au regard des nombreuses innovations qu'il contient, notamment dans les pratiques des magistrats, des médecins et des soignants en général ?

Enfin, le texte ouvre la possibilité de recourir à la visioconférence pour les audiences du juge des libertés et de la détention. Est-ce vraiment envisageable pour des malades gravement perturbés et parfois délirants ?

**M. Guy Fischer.** - En effet, comment envisager la moindre seconde une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août, période où justement on ferme des services et où les administrations et les hôpitaux sont désertés en raison des restrictions budgétaires ? On sait bien que les moyens des hôpitaux publics, en crise, sont drastiquement réduits.

Sur le fond, ce texte complexe qui touche pourtant l'humanité des personnes ne suscite que colère et indignation des associations et des professionnels. Il répond uniquement à des objectifs sécuritaires à la suite des drames que l'on connaît.

La santé mentale mérite mieux ! Et il est aujourd'hui nécessaire de retirer ce projet de loi, qui est inacceptable. Nous devrions réfléchir et débattre d'une véritable réforme d'ensemble sur la psychiatrie. Plutôt que de respecter les libertés et les droits fondamentaux, ce texte répond aux objectifs d'affichage du Président de la République, qui veut uniquement désigner des bouc-émissaires !

**M. Claude Jeannerot**. - Traiter de la santé mentale sous le seul angle des soins sans consentement ne peut aboutir, comme on le voit dans ce texte, qu'à une vision tronquée, partielle et partiale. En conséquence, ne serait-il pas sage de reporter l'examen de la question à une réforme plus large et plus globale ?

**M. Ronan Kerdraon**. - Naturellement, on ne peut que partager les objectifs pour le moins larges et consensuels développés dans la présentation, elle-même concise, de la ministre : santé, sécurité et liberté. Mais quelles sont les motivations réelles pour présenter un tel texte, dans un délai aussi court et avec une certaine forme de précipitation ? Sur de tels sujets, on devrait au contraire prendre le temps d'une réflexion approfondie et contradictoire. Alors que ce texte n'est pas du tout soutenu par les professionnels ou les associations de patients, le retrait est à ce jour la meilleure solution !

**Mme Sylvie Desmarescaux**. - Je comprends la nécessité de réviser les procédures aujourd'hui en vigueur, avec l'objectif de renforcer la sécurité des personnes. En outre, il est important d'apporter des réponses aux familles et aux maires qui se trouvent face à des situations difficiles à vivre.

Pour autant, le délai du 1<sup>er</sup> août me paraît très court et peu réaliste. Qui plus est, quels moyens seront mis en place pour appliquer concrètement ces nouvelles mesures, notamment en termes de nombre de juges ?

En ce qui concerne les soins ambulatoires et à domicile, comment suivre la mise en oeuvre des protocoles de soins, alors que c'est déjà très délicat aujourd'hui ?

Enfin, quand on constate que les psychiatres, les magistrats et certaines associations familiales ne partagent pas la vision proposée par ce projet de loi, on peut s'interroger sur ses objectifs exacts. Dans ce cadre, quels sont les apports de ce texte ?

**Mme Valérie Létard**. - Les documents de travail que nous a fait distribuer la rapporteure permettent d'éclairer nos débats, notamment pour identifier les changements par rapport au droit existant. On constate combien les procédures restent complexes. Si le texte apporte de la souplesse et ouvre le champ des possibles, quels seront les moyens mis en place pour mieux accompagner les malades, d'un côté, les élus confrontés aux difficultés sur le terrain, de l'autre ?

Par ailleurs, quelles solutions le projet de loi prévoit-il pour améliorer l'accompagnement à la sortie de la prise en charge ?

Enfin, comment justifier une application aussi rapide de l'ensemble du texte ? Ne pouvons-nous prendre le temps de la mise en oeuvre pour mieux impliquer les professionnels concernés ?

**Mme Catherine Procaccia**. - L'implication automatique du juge des libertés et de la détention dans la procédure est certes une conséquence de la décision du Conseil constitutionnel mais le juge n'aura-t-il pas tendance à suivre l'avis du médecin, car ses compétences propres seront naturellement limitées ? Pour pallier cette difficulté, une formation des magistrats à ces problématiques est-elle prévue ou ne faudra-t-il pas spécialiser certains JLD ?



Par ailleurs, les élus locaux sont souvent seuls pour aider les familles ou prendre des décisions lourdes de conséquences sur la vie des gens et de leurs proches. Comment préciser le rôle de chacun pour faciliter le travail des maires ?

Enfin, j'estime que, s'il faut naturellement aider les malades, il est également nécessaire de protéger les citoyens et les familles.

**M. Jacky Le Menn**. - L'article 4 de la loi de 1990 prévoyait qu'une évaluation de ses dispositions devrait être réalisée dans les cinq années qui suivaient sa promulgation. Il est aujourd'hui plus que temps et une réforme d'ensemble de la prise en charge de la santé mentale est nécessaire. Clairement, cette exigence de globalité n'est pas remplie dans le projet de loi : dans ces conditions, n'est-il pas possible de disjoindre les dispositions découlant de la décision du Conseil constitutionnel du reste du texte ?

L'ensemble des professionnels que nous avons pu rencontrer sont atterrés devant la précipitation et évoquent une loi de circonstances, connotée du point de vue sécuritaire. Or, les faits divers, s'ils sont dramatiques, ne doivent pas nous éloigner de la prise en compte juste de la proportion des choses.

Un équilibre doit être trouvé entre les objectifs de santé, de sécurité des patients et des tiers et de liberté individuelle. Il ne faut donc pas partir sur des ambiguïtés. Tout cela ne peut que faire apparaître d'énormes difficultés d'application, notamment pour les élus et les personnels soignants.

En conclusion, nous sommes d'accord pour apporter des réponses adaptées aux exigences constitutionnelles mises en avant par le Conseil mais, pour le reste, il faut remettre à plus tard !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - Je m'inscris tout d'abord en faux contre l'allégation de précipitation. De nombreux rapports ont été remis ces dernières années au Gouvernement et d'importants éléments objectifs ont alimenté les travaux de rédaction du texte. Celui-ci a été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 5 mai 2010 après plusieurs mois de concertation avec les associations et syndicats professionnels. Qui plus est, cette concertation est toujours en cours, à la fois sur les évolutions du texte liées aux discussions parlementaires et sur les très importants aspects non législatifs de la réforme.

Une loi plus large est-elle nécessaire ? Je ne le crois pas car beaucoup de mesures n'entrent pas dans le domaine législatif. Le présent projet de loi redéfinit les modalités de prise en charge des malades, en élargissant les alternatives à l'hospitalisation. Or, la garantie du succès thérapeutique repose souvent sur le fait d'éviter le déracinement des patients, de les maintenir dans leur environnement, leur référentiel. Le Gouvernement prépare un plan de santé publique ambitieux pour l'organisation et les moyens de la prise en charge psychiatrique ; il sera présenté à l'automne et il répond très clairement à une logique globale, mais ne relève pas - encore une fois - du domaine législatif.

En ce qui concerne la sectorisation, une réflexion est en cours et nous sommes ouverts sur cette question.

La visioconférence ne sera pas possible si le patient s'y oppose ou si le médecin ne l'estime pas opportune. Il s'agit d'une possibilité et elle n'a pas de caractère systématique.

Le texte ne modifie pas, à ce stade, le rôle des élus dans la procédure de prise en charge sans consentement.

**Mme Catherine Procaccia**. - Si rien ne change, cela signifie donc qu'on laisse, comme c'est le cas aujourd'hui, les maires seuls devant des responsabilités écrasantes.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - Les choses ne sont pas figées ; nous pourrions discuter si des propositions concrètes d'amélioration sont faites.

Au sujet des protocoles de soins, ils existent déjà puisque l'on pratique couramment les sorties à l'essai.

Le 1<sup>er</sup> août est une date impérative, fixée par le Conseil constitutionnel.

En ce qui concerne les moyens à mettre en place, je veux souligner que le Gouvernement a totalement respecté l'étude d'impact qui est annexée au projet de loi : recrutement de soixante greffiers, de quatre-vingts magistrats et de quatre cents vacataires. Un concours sera lancé fin avril pour une prise de fonctions en septembre 2012. Du côté des professionnels de santé, nous estimons, au-delà de la question de leur inégale répartition sur le territoire, que des moyens supplémentaires ne sont pas nécessaires car, en limitant l'hospitalisation, nous permettons un transfert vers l'ambulatorio.

**M. Guy Fischer**. - Cela s'appelle déshabiller Pierre pour habiller Paul...

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - Enfin, j'ai pu constater sur le terrain que les systèmes d'équipes mobiles sont très efficaces : l'hôpital sort de son cocon et organise une filière de soins permettant d'améliorer notablement la prise en charge, notamment pour des malades très mal suivis jusqu'à présent.

**M. Gilbert Barbier**. - Si le projet de loi apporte tant d'améliorations, notamment pour le patient, comment expliquer, sincèrement, une telle hostilité de la part des professionnels ? S'agit-il d'un manque de concertation ?

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - Un tel texte fait rarement consensus. D'ailleurs, derrière le brouhaha produit par certains, je souligne que d'autres professionnels accompagnent ce texte : le syndicat universitaire de psychiatrie (Sup), l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (Unafam), le syndicat des psychiatres français, le collège national universitaire de psychiatrie (Cnup), la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), la fédération nationale des associations d'(ex) patients en psychiatrie (Fnapsy), la conférence des présidents des commissions médicales d'établissement des centres hospitaliers spécialisés (CME-CHS), l'association des établissements participant au service public de santé mentale (Adesm), la fédération hospitalière de France (FHF), le syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) - Intersyndicale des psychiatres publics (IPP), le comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (Cefi-Psy), l'association scientifique de psychiatrie institutionnelle (Aspi) et le syndicat des psychiatres salariés (SPS), la fédération française de psychiatrie (FFP), le collège de psychiatrie médico-légale (fédération française de psychiatrie) et le collège de recherche et d'information multidisciplinaire en criminologie de l'Université de Poitiers (Crimcup) et, enfin, l'intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (Idepp) - intersyndicale des psychiatres publics (IPP). Toutes ces institutions ont récemment publié un

communiqué de presse qui se réjouit des avancées faites à l'Assemblée nationale et qui propose d'autres évolutions. Elles alimentent donc les travaux législatifs et ont une approche constructive.

**Mme Raymonde Le Texier**. - Nous savons tous à quoi sert ce texte et c'est désespérant. Qui plus est, les annonces de créations de postes dans le monde judiciaire ne serviraient même pas à combler les trous béants qui existent aujourd'hui dans tous les tribunaux, où les personnels se dévouent et sont obligés de travailler, sans compter leurs heures, dans des conditions lamentables. Alors comment ces recrues pourront-elles faciliter la mise en oeuvre des nouvelles mesures prévues dans le projet de loi, dont tout le monde s'accorde à dire quelles seront extrêmement chronophages ?

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - Nous respectons l'étude d'impact qui a été préparée pour ce texte et qui est publiée en annexe. Les décisions correspondent bien aux besoins. D'ailleurs, je trouve curieux que le parti socialiste, qui réclame toujours des postes supplémentaires, ne soit pas satisfait dans ce cas !

**Mme Raymonde Le Texier**. - Votre réponse est un stéréotype, malheureusement pas à la hauteur des enjeux de fond !

**M. Jacky Le Menn**. - Vous nous avez donné la liste des personnes que vous avez consultées. Mais nous avons aussi rencontré ces partenaires et je ne crois pas me tromper en disant qu'ils ne débordent pas d'enthousiasme devant le texte. Ce n'est pas vraiment un tsunami de joie et de félicité ! Le communiqué de presse que vous citez dresse la liste des points de passage vers une réforme réussie et cela représente un pas de géant que nous n'avons pas franchi aujourd'hui. Je ne crois pas que nous devons prendre autant de libertés avec la réalité !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - Ces organisations ne réclament pas le retrait du texte.

**Mme Annie David**. - Non, mais elles proposent tellement d'amendements que cela revient un peu au même...

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat**. - En tout cas, disjoindre certains éléments de ce texte pour en faire un second projet de loi nécessiterait de trouver un espace supplémentaire dans un ordre du jour parlementaire déjà saturé.

**M. Alain Milon**. - Il est vraiment difficile de défendre un texte de santé mentale qui aurait dû être beaucoup plus abouti que ce qui nous est proposé aujourd'hui. En ce qui concerne les moyens, il est indispensable de regarder aussi le volet santé. Quels moyens seront mis en place en termes de personnels soignants, qui forment une chaîne complète : médecins, psychiatres, infirmiers surtout... ? Sur ce dernier point, quel effort sera fourni pour améliorer la formation de ces personnels, notamment les infirmiers psychiatriques dont j'ai demandé le rétablissement dans un précédent rapport d'information de l'Opeps ?

**M. Yves Daudigny**. - On voit bien que le projet de loi se pare des atours de la décision du Conseil constitutionnel et tente d'y trouver sa justification, alors que les dispositions sont clairement d'opportunité électorale. Dans ces conditions, hormis les exigences constitutionnelles, en quoi ce texte apporte-t-il des réponses positives à des insuffisances du droit en vigueur ou à des dangers aujourd'hui encourus ?

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat.** - Qu'auriez-vous inscrit dans une loi de santé mentale ?

**M. Alain Milon.** - Ce qu'on trouve dans les différents rapports publiés sur cette question ces dernières années, par exemple le rapport Couty ou celui que j'ai établi au nom de l'Opeps, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, voici deux ans : adapter l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population, créer une spécialisation de niveau *master* pour les infirmiers, renforcer les coopérations entre professionnels de santé mentale en développant la notion de réseaux, etc.

**Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat.** - Nous travaillons justement à un plan global de santé mentale qui englobera tous ces sujets, de la prévention à la recherche, et ces dispositions ne relèvent pas du niveau de la loi. De même, trouver les moyens adaptés ne peut être écrit dans une loi de santé mentale. Comme pour le plan Alzheimer ou le plan Cancer, le Gouvernement présentera un plan de santé mentale et il n'est nul besoin d'avoir une loi pour cela. Nous avons nous aussi à coeur d'apporter des réponses concrètes à nos concitoyens.