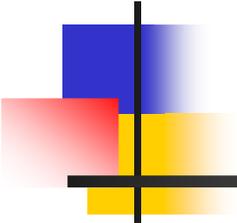


**PRIVATION DES LIBERTES EN PSYCHIATRIE
LES DROITS FONDAMENTAUX DES PERSONNES
LA LOI DU 27 JUIN 1990, QUELLES
PERSPECTIVES ?**

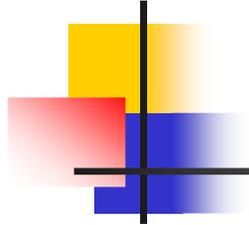
Gilles MOULLEC, Directeur



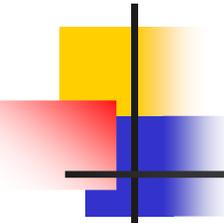
JUSTICE ET PSYCHIATRIE

C. H. E. Toulouse

24 novembre 2009



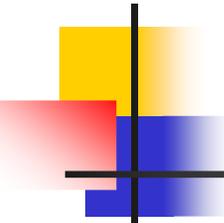
1 – LE DIRECTEUR ET LE RESPECT DES DROITS ET DES LIBERTES EN PSYCHIATRIE



LES ATTRIBUTIONS DE DROIT COMMUN

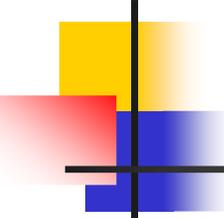
- Article L.6143.7 du Code de la Santé Publique (modifié par la loi HPST) :
- « Le Directeur (...) conduit la politique générale de l'établissement »

LES ATTRIBUTIONS DE DROIT COMMUN

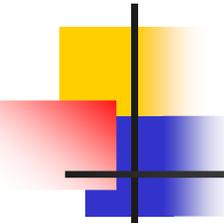


- « Après concertation avec le Directoire, le Directeur (...) décide, conjointement avec le Président de la CME, de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (...)
- (...) Arrête le règlement intérieur de l'établissement (...) »

LES ATTRIBUTIONS DE DROIT COMMUN

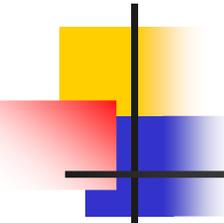


- Article R.1112-11 du Code de la Santé Publique : « l'admission à l'hôpital est prononcée par le Directeur sur avis d'un médecin... »
- Article R.1112-58 : « lorsque l'état de santé de l'hospitalisé ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'établissement, sa sortie est prononcée par le Directeur sur proposition du médecin chef de service... »



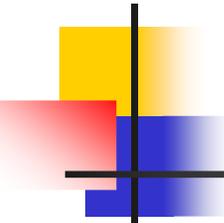
RESPONSABILITES INDUITES

- Le Directeur exerce un pouvoir de police dans l'enceinte de l'établissement
- Il veille au respect du secret professionnel
- Il exerce une responsabilité générale sur les conditions d'entrée, de séjour et de sortie des patients, notamment sous l'angle qualitatif (cf. notamment références définies par le manuel de certification V2010 de l'HAS, chapitre 2: prise en charge du patient)



PARTICULARITES LIEES AUX ACTIVITES DE PSYCHIATRIE

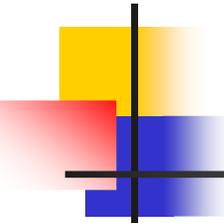
- Compétence liée du Directeur dans la gestion des patients en hospitalisation sans consentement
- Respect des procédures dans les délais, pénalement sanctionné
- Respect des libertés individuelles des patients hospitalisés sans consentement (article L.3211-3 du Code de la Santé Publique)



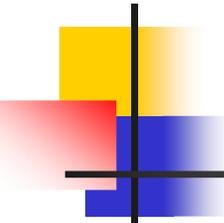
PARTICULARITES LIEES AUX ACTIVITES DE PSYCHIATRIE

- Gestion spécifique de ces libertés pour les patients détenus (droit de visite par exemple)

LE DIRECTEUR COMME INTERFACE

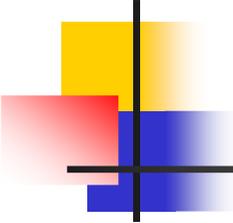


- Protéger et promouvoir la dimension soignante de l'institution
- Assurer les relations avec les fonctions régaliennes de l'Etat (Préfet, police, justice, administration pénitentiaire, etc...)
- Prendre en compte les préoccupations de la société



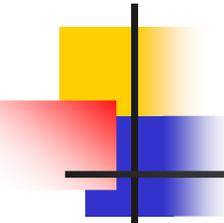
INJONCTION PARADOXALE ET CONFLIT ETHIQUE

- Respect du secret professionnel versus information des médias
- Respect de la finalité soignante v/ pression sécuritaire
- Droit des patients en hospitalisation libre v/ gestion des hospitalisations sans consentement



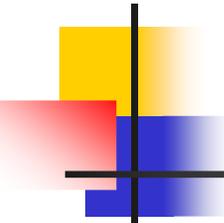
INJONCTION PARADOXALE ET CONFLIT ETHIQUE

- Le symptôme du conflit éthique : le Directeur de l'hôpital devient Directeur de prison



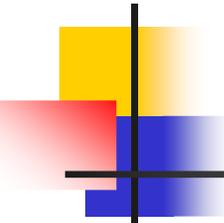
LE ROLE DU DIRECTEUR COMME FACILITATEUR

- Parler du soin à l'Etat et à la société civile
- Parler aux soignants des préoccupations de la société
- Stabiliser les éléments du dialogue par une gestion interne médico-administrative, respectant le rôle de chacun



LA GESTION INTERNE

- Assurer le soin **et** la surveillance
- La politique de sécurité relève de la responsabilité du Directeur sur la base d'un dialogue médico-administratif
- Importance d'une politique d'établissement sur les questions où le droit est muet



2 – LA LOI DU 26 JUIN 90 : QUELLES PERSPECTIVES ?

- But de la rénovation législative de 1990, complétée en 2002 : apporter plus de garanties aux patients

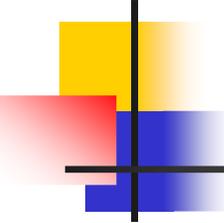
LIMITES DE LA LOI DU 26

JUIN 90 :

Mais des doutes sur l'efficacité de ces garanties:

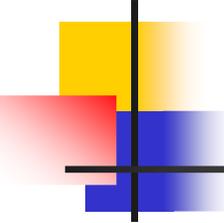
- Utilité incertaine des 2 certificats médicaux
- Lourdeur de la procédure
- Contournement par le recours à la procédure d'urgence
- Les limites de la demande du tiers
- Le rôle des CDHP

LES PERSPECTIVES DE REFORME



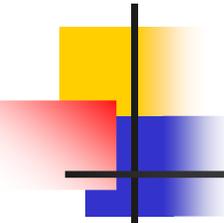
- Entre 1997 et 2005, plusieurs rapports sur le dispositif en vigueur pointent ces insuffisances et contradictions
- Un constat : la France, figure d'exception par rapport aux autres états européens
- Des statistiques inquiétantes : forte augmentation des hospitalisations sans consentement et de la part des procédures d'urgence dans celles-ci

LES TENDANCES DE LA REFORME

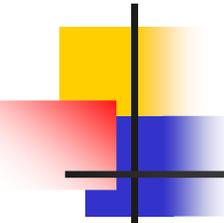


- Un projet de loi sur la santé mentale pour le printemps 2009 incluant la réforme de la loi de 90

LES TENDANCES DE LA REFORME

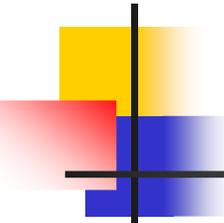


- Le schéma des soins sans consentement :
 - Création d'une période d'observation de 72 heures
 - Contrôle du Juge des libertés et de la détention
 - Après l'observation, hospitalisation sans consentement ou obligation de soins ambulatoires
 - Une seule procédure d'HSC
 - Suppression du motif de trouble à l'ordre public



DES QUESTIONS QUI RESTENT EN DEBAT

- Quelle que soit la réforme, question de son effectivité : cf. la disparité en nombre des HSC, selon le territoire concerné
- Un régime d'exception pour les personnes atteintes de troubles mentaux ou un droit commun des personnes dans l'incapacité de consentir?



DES QUESTIONS QUI RESTENT EN DEBAT

- Faut-il judiciaireiser le système ?
- L'hospitalisation sans consentement et traitement sans consentement
- Quid des soins somatiques ?
- Des ambiguïtés récentes pour les majeurs protégés