

**”La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Deux ans après, quels apports au régime de protection des personnes atteintes de troubles cognitifs ?”, Le Commentaire, La Revue du Centre Michel de l’Hospital [édition électronique], 2018, n° 14, pp. 113-119
Lemuel Gbodjo**

► **To cite this version:**

Lemuel Gbodjo. ”La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Deux ans après, quels apports au régime de protection des personnes atteintes de troubles cognitifs ?”, Le Commentaire, La Revue du Centre Michel de l’Hospital [édition électronique], 2018, n° 14, pp. 113-119. La Revue du Centre Michel de l’Hospital - édition électronique, Centre Michel de l’Hospital CMH EA 4232, 2018, pp. 113-119. hal-01830200

HAL Id: hal-01830200

<https://hal.uca.fr/hal-01830200>

Submitted on 1 Oct 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé. Deux ans après, quels apports au régime de protection des personnes atteintes de troubles cognitifs ?

Lemuel **GBODJO**,
doctorant en droit public ED 245,
Université Clermont Auvergne, Centre Michel de l'Hospital EA 4232, F-63000 Clermont-Ferrand, France

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé, comme son nom l'indique, se présente comme un outil novateur garantissant une certaine mise à niveau du système de santé en France.

L'une des innovations majeures de cette loi est la consécration d'une véritable politique de santé mentale ayant pour objectif de démocratiser et d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs. Cette innovation se matérialise par un dispositif appelé *projet territorial de santé mentale*¹ (PTSM) dont l'objet spécifique est « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture² (...) ». Le but recherché par cette nouvelle approche de prise en charge sanitaire est l'autonomie des personnes concernées. En effet, il ressort de l'article 92 de la loi que « (...) Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie. ». À la suite du législateur un arrêté en date du 17 mars 2016³ vient compléter les modalités de l'autonomie dans la prise en charge des malades. Dès lors semble souffler un vent de révolution, non pas seulement structurel, mais aussi juridique. Car les critères de promotion de l'autonomie tels que contenus dans ce nouveau cadre juridique pourraient profondément modifier la vision et le contenu de l'autonomie.

Mais si l'on pourrait déjà apercevoir une révolution des soins en matière de santé mentale au travers de cette loi, le cadre posé par la loi de 2016 avec le projet territorial de santé mentale débouchera-t-il sur un régime nouveau du droit des personnes atteintes de l'Alzheimer et maladies apparentées, ou plus largement du droit des personnes atteintes de troubles cognitifs ? Car on le sait, l'éthique de la vulnérabilité et celle de l'autonomie imposent une tension⁴ dans la prise en charge des malades contribuant à une certaine précarité aussi bien juridique que sanitaire. Ce constat qui est vrai en droit interne reste inchangé dans le droit international avec une tension persistante entre conception positive et négative⁵ dans la conceptualisation de l'autonomie.

Ainsi dans ce cadre de mise en œuvre d'un parcours de soin intégral et permanent au bénéfice des patients atteints de troubles cognitifs, dans quelle mesure l'édification d'un véritable droit à l'autonomie, indispensable à une meilleure promotion de la dignité des personnes atteintes de troubles cognitifs et à la valorisation de leurs droits, sera-t-elle possible ? Pour le dire différemment, l'approche de prise en charge intégrale, sécurisée et sans rupture dont le but est l'autonomie des personnes atteintes de troubles cognitifs en particulier, et des patients en général, constitue-t-elle une formulation indirecte d'un droit à l'autonomie des personnes concernées ? À défaut, en quoi nous fait-elle avancer dans la construction d'un régime juridique cohérent et pertinent de l'autonomie des personnes atteintes de troubles cognitifs (II) ? Et pour évaluer ces apports faudrait-il peut-être considérer en amont les parts d'ombre ou les critiques à l'encontre de la loi, notamment le fait qu'elle semble osciller entre démocratie et étatisation du secteur sanitaire (I).

I. UNE LOI PARTAGÉE ENTRE DÉMOCRATIE SANITAIRE ET ÉTATISATION

La loi de modernisation du système de santé de 2016 se trouve dans une sorte d'ambiguïté. D'une part, l'on constate une intention affirmée d'aller vers plus de démocratie⁶ notamment en associant à la prise de décision les professionnels de santé et des acteurs du social et du médico-social⁷. D'un autre côté, il lui est reproché de renforcer la présence et le poids du pouvoir central dans le processus de décision de manière à renforcer une certaine étatisation⁸ des politiques publiques en

¹ Cf. Article 69 et suivants de la loi de modernisation du système de santé. En abrégé PTSM dans la suite pour « *projet territorial de santé mentale* ».

² *Ibid.*

³ Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé.

⁴ Cf. COQUELET, Alice, « Le droit et la maladie d'Alzheimer », dossier thématique, avr. 2015, Fondation Médéric Alzheimer.

⁵ Cf. BAUDOIN, Marie-Élisabeth, KANG-RIOU, Nicolas, « Vers un droit à l'autonomie des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer ? », *Gérontologie et société*, 2017/3 (vol. 39 / n° 154), p. 45-59.

⁶ Le titre IV de la loi s'intitule « Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire ». Il contient un ensemble de précisions sur l'organisation des régions autour du PTSM entre autres points.

⁷ Cf. l'article L. 3221-1 de la loi, auquel fait référence l'alinéa VIII de l'article 158 relatif aux modalités de mise en œuvre de la démocratie sanitaire.

⁸ Cf. Les commentaires de la loi : CLEMENT, Jean-Marie, « L'esprit de la loi 2016 », *RGDM*, n° 58, 2016, p.291-301.

matière de santé. Considérant le fait qu'elle est très étendue sur différents aspects⁹ de la santé, il est intéressant de voir les limites de la démocratie sanitaire annoncée dans le cas spécifique de la politique en santé mentale visée en son article 69 (A), et quels sont les effets de cette démocratie inachevée sur la qualité du projet territorial de santé mentale (B).

A. Les limites de la démocratie sanitaire dans la mise en œuvre du PTSM

Aux termes de l'article L. 3221-1 de la loi de modernisation du système sanitaire, sont invités à prendre part à l'élaboration du PTSM « (...) les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. ». Cet article a pour effet d'inclure dans le processus décisionnel de la politique en santé mentale des acteurs qui lui étaient traditionnellement extérieurs¹⁰, voire étrangers¹¹. Outre la dimension démocratique, il s'agit, de manière élargie, de garantir la collecte du maximum de données pour un meilleur diagnostic en associant les acteurs susceptibles d'intervenir à toutes les étapes d'un parcours global de santé.

Mais la première limite que l'on peut opposer à cette démocratie en matière de santé mentale est celle relative à l'initiative de mise en œuvre du projet territorial de santé. En effet, il ressort de l'article L. 3221-2-I que le projet de santé « (...) est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale (...) ». Ce pouvoir d'initiative sans titulaire propre peut engendrer un problème d'inclusion de l'ensemble des acteurs concernés. Concrètement sans préciser les modalités de l'initiative, la loi ne garantit pas la spontanéité et la synchronisation des acteurs envisagés dans la mise en œuvre du PTSM. Le risque d'exclusion de certains acteurs par l'hésitation d'autres acteurs en raison d'une initiative aux contours flous dans l'élaboration du PTSM n'est pas à minimiser. C'est le lieu de rappeler les multiples protestations¹² de certaines professions médicales, notamment les médecins généralistes libéraux lors de l'élaboration du projet de loi, dont les désaccords n'ont pas tous été résolus lors de l'adoption finale du texte.

Une autre limite à la démocratisation sanitaire annoncée, d'ailleurs qui confirme la plausibilité de la limite de l'initiative, est celle du renforcement des pouvoirs de l'agence régionale de santé¹³ dans la mise en œuvre du PTSM créant plus d'étatisation que de démocratie. En effet à l'alinéa 3 de l'article L. 3221-2-I, il est prévu que « (...) En l'absence d'initiative¹⁴ des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. ». Ainsi, la limite de la démocratie en matière d'initiative se confirme très nettement. Dire qu'il y a une limite de la démocratie au niveau de l'initiative du PTSM part de l'idée selon laquelle la démocratie annoncée prend forme dans la possibilité pour tous les acteurs de prendre part au processus d'élaboration du PTSM. Et pourtant le renvoi à l'ARS de la réalisation d'un diagnostic supposé être partagé par l'ensemble des acteurs, réduit l'expression démocratique au profit d'une étatisation croissante. Il est vrai que l'ARS doit prendre l'« (...) avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé¹⁵ (...) » avant d'« (...) arrêter le diagnostic territorial partagé et le projet territorial¹⁶ (...) ». Mais, un tel avis de ces instances territoriales de santé peut-il valablement se substituer à l'ensemble des professionnels de santé et acteurs du social et du médico-social dans leur diversité ? La probabilité d'une inclusion partielle n'est pas négligeable.

Cette démocratie sanitaire fragile n'est pas sans conséquence dans la mise en œuvre du PTSM.

B. Les effets d'une démocratie sanitaire fragile sur la qualité du projet territorial de santé mentale

L'ambiguïté de la loi quant à son positionnement entre démocratie et étatisation a une incidence directe sur la qualité du projet territorial de santé mentale en cas d'une incapacité pour les acteurs à contourner les limites sus-mentionnées. En effet, le succès du PTSM repose sur deux points essentiels : la bonne qualité du diagnostic, et l'inclusion de tous les professionnels de santé présents sur le territoire. Or la limite relative à l'étatisation consistant à reconnaître à l'ARS la capacité, après avis¹⁷ des conseils locaux de santé, de doter le territoire d'un PTSM fragilise les deux piliers de succès de cette politique.

⁹ Pour une analyse plus exhaustive des différents domaines de la loi, cf. La loi santé. Regards sur la modernisation de notre système de santé, A. LAUDE, D. TABUTEAU, École Nationale des Hautes Études en Santé Publique (2016), 480 pp.

¹⁰ A l'instar des acteurs médecins libéraux, ou des acteurs de la prévention dans certains cas.

¹¹ A l'instar des acteurs du logement.

¹² L'un des points de désaccord était relatif à la généralisation du tiers payant. Cf. ROMANENS, Jean-Louis, « Projet de loi relatif à la santé : chronique d'une vie annoncée », *RDS*, n° 64, 2015, p.201- 212.

¹³ Agence Régionale de Santé pour ARS dans la suite.

¹⁴ L'article 2 du décret n° 2017-1200 du 27 juill. 2017 relatif au projet territorial de santé mentale dispose que « Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au 1 de l'article R. 3224-2 du Code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de 36 mois après la publication du présent décret. ».

¹⁵ Cf. l'article L. 3221-2 -IV. En réalité sur ce point le législateur n'est pas assez clair. S'agit-il exclusivement de l'hypothèse du défaut d'initiative par les acteurs ? Ou de celle avec l'initiative des acteurs ?

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Quid* de la valeur de cet avis ? Est-ce un avis contraignant ou un avis simple ?

Dans un premier temps, l'effet sur le diagnostic est évident en ce sens que la réalisation du diagnostic exige, en principe, une participation inclusive de tous les acteurs susceptibles de contribuer à une offre de soin globale. Dès lors, il y a un manque à gagner dans la qualité du diagnostic dans la mesure où il ne serait effectué substantiellement que par l'ARS sans les autres acteurs. L'avis des conseils territoriaux de santé est certes un atout important, mais il ne garantit pas la possibilité d'offrir aux usagers un parcours de santé avec une diversité de compétences¹⁸ que permet en revanche une réelle inclusion de tous les acteurs concernés par la loi.

Dans un second temps, une réalisation quasi unilatérale du diagnostic par l'ARS suscite d'autres réflexions. En effet, aux termes de l'article L. 3221-2-V : « *Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions* ». La question qui se pose est celle de la valeur des différents types de PTSM que la loi peut engendrer. D'une part, on pourrait se retrouver dans une situation à « *double vitesse* » entre un projet qui a pu intégrer tous les acteurs dès le moment de l'initiative et du diagnostic en opposition à un autre projet dans lequel les professionnels de santé et autres acteurs concernés ont été exclus *de facto* du diagnostic, mais éventuellement intégrés au moment de l'exécution. D'autre part, comment des acteurs qui n'ont pas réalisé le *diagnostic partagé* pourraient engager leur responsabilité dans un cadre contractuel de mise en œuvre des mesures découlant du diagnostic auquel ils n'ont pas pris part ? Le contrat territorial de santé mentale, peut-il n'être conclu qu'entre l'ARS et les conseils territoriaux de santé à l'exclusion des autres professionnels de santé et acteurs du domaine social et médico-social ?

En somme, la loi reste perfectible sur plusieurs plans, notamment celui du diagnostic et de la qualité du projet qui sera adopté sur le territoire. Certainement le législateur a anticipé ce besoin d'ajustement en précisant que « (...) *Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment*¹⁹ ». Cette lucidité du législateur témoigne d'une réelle volonté d'atteindre l'objectif visé en se donnant la possibilité de se corriger tout au long du chemin. Ainsi, même s'il s'agit d'une loi partagée à bien d'égards entre démocratie sanitaire et étatisation il faut souligner néanmoins ses qualités, en l'occurrence, ses apports théoriques qui ont le potentiel de révolutionner le droit des personnes atteintes de troubles cognitifs.

II. DES APPORTS THÉORIQUES POUVANT RÉVOLUTIONNER LE DROIT DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES COGNITIFS

Ces apports au potentiel révolutionnaire se résument, d'une part, par la consécration implicite d'un nouveau paradigme (A) et, d'autre part, par l'inclusion des besoins et droits sociaux dans l'offre de soin en matière de santé mentale (B).

A. La consécration implicite d'un nouveau paradigme de prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs

La nouvelle politique de santé mentale telle que contenue dans la loi de 2016 propose un nouveau paradigme qui semble résoudre *de facto* le dilemme éthique de la vulnérabilité *versus* éthique de l'autonomie²⁰. Du moins, *a priori*. En effet, le diagnostic met les besoins réels des personnes au départ du processus de construction de leur prise en charge. Cette évaluation préalable réduit la part de disproportion entre les mesures à prendre et les mesures prises, dans le cadre du suivi des malades, qui rendait inappropriée tantôt l'approche libérale ou une approche protectionniste de la prise en charge. Avec un diagnostic réussi on peut désormais proposer un parcours de soin et de prise en charge adapté aux situations des personnes dans leur meilleur intérêt, offrant de la liberté quand il faudra et de la protection quand cela sera nécessaire.

Cette approche de la prise en charge des personnes en situation de handicap, ou malades, n'est pas totalement nouvelle. C'est l'idée de proposer un *accompagnement adapté aux besoins* des personnes telle que contenue à l'article 12 de la convention relative aux droits des personnes handicapées²¹. Le rapprochement est aisé avec le législateur qui parle d'« *amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture*²² ». Du côté de la juridiction européenne des droits de l'homme même approche, certes de manière timide, mais constante. Dans l'affaire *Jasinski c. Lettonie*²³, la Cour rappelle en substance que, *s'agissant d'un détenu handicapé, il y a lieu d'apporter d'autant plus de soin à garantir que les conditions de détention répondent à ses besoins propres*, et conclut à une violation du droit à la vie sur le fondement de l'article 2 de la C.E.D.H.²⁴ pour défaut de soins adéquats. Il en va de

¹⁸ Cf. art. L. 3221-2-1 « (...) *pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.* ».

¹⁹ Cf. Article L. 3221-2.IV.

²⁰ COQUELET, Alice, *op. cit.*

²¹ Convention relative aux droits des personnes handicapées, 13 déc. 2006. Dans la suite, CRDPH.

²² Cf. L. 3221-2, *op. cit.*

²³ C.E.D.H., 21 déc. 2010, *Jasinski c. Lettonie*, requête n° 45744/08.

²⁴ Convention européenne des droits de l'homme, 4 nov. 1950.

même dans l'affaire *Cam c. Turquie*²⁵ dans laquelle la Cour soutient que les autorités turques « (...) ne cherchèrent pas non plus à envisager des aménagements pour pourvoir aux besoins pédagogiques spécifiques que la cécité de la requérante pouvait requérir (...) ». (§ 65). On pourrait multiplier les exemples et même si la Cour n'intervient pas exactement dans les mêmes matières, et ne semble pas aller dans un sens constant d'une autonomie libérale ou protectionniste, sa jurisprudence indique cependant une approche casuistique²⁶ qui traduit *in fine* l'idée selon laquelle il faudrait aborder les problématiques de santé mentale et de handicap sous le prisme des besoins réels des personnes.

On peut conclure sur ce point que le législateur tend à rehausser ses standards de promotion et de prise en charge en matière de santé mentale, et de handicap plus généralement, en adaptant les notions d'*assistance* et d'*accompagnement* préconisées par le droit de la CRDPH au sens d'un « *parcours de santé intégral et sécurisé* ». Par ailleurs, l'article 92 de la loi santé de 2016 fait de *l'autonomie le but de l'accompagnement*. En filigrane et de manière parallèle, l'accompagnement tel que consacré dans la loi santé et dans la CRDPH, réalisé à partir d'une prise en compte effective des besoins des personnes concernées, protège et réhabilite la personne dans un état propice à l'expression de son autonomie. Ainsi, l'autonomie de la personne atteinte de troubles cognitifs n'est plus uniquement l'expression de sa compétence décisionnelle²⁷, mais aussi et surtout l'ensemble des procédés qui, répondant à ses besoins, lui permettent d'être réhabilitée dans ses attributs d'être humain de façon intégrale.

Dès lors on peut comprendre pourquoi la loi de 2016 inclut une dimension sociale importante dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs.

B. L'inclusion des besoins et droits sociaux dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs

En plus des acteurs traditionnels de la santé, sont associés à la politique territoriale de santé mentale visée à l'article 69 « (...) l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion. ». Cette inclusion des compétences et acteurs de domaines relevant du social et du médico-social témoigne d'une réelle avancée dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles cognitifs. C'est l'avancée relative à un changement d'une offre cloisonnée²⁸ de soins primaires traditionnels à un parcours de santé, d'une prise en charge intégrale et d'une vision globale de l'autonomie²⁹. Le législateur innove et renforce à cette occasion, non pas directement les droits sociaux, mais la dimension sociale rattachée à la fragilité mentale et la nécessité de prendre en compte les besoins sociaux des personnes en perte d'autonomie en raison de troubles cognitifs.

Également sur ce point le législateur semble quelque peu s'inspirer de la Cour EDH. Car au niveau du droit de la C.E.D.H., même si les droits sociaux des personnes atteintes de troubles cognitifs ne sont pas directement consacrés³⁰, le juge strasbourgeois construit tout de même une jurisprudence protectrice de ces droits. Et ce, par une interprétation dite constructive³¹ du droit de ne pas subir des traitements inhumains et dégradants sur le fondement de l'article 3 de la convention. De cette jurisprudence relative à des situations plurielles notamment en matière d'internement³², l'on retient substantiellement l'idée selon laquelle l'instabilité mentale entraînant une incapacité sociale à se prendre en charge ne justifie pas nécessairement un placement dans une maison spécialisée au titre de mesures privatives de liberté³³. Et qu'il faut prendre en compte, en addition des éléments médicaux, le bien-être³⁴ de la personne atteinte de troubles cognitifs. Ainsi, à défaut d'une reconnaissance de droits sociaux spécifiques aux personnes en perte d'autonomie, le législateur, à l'instar du juge de la Cour EDH, tend à reconnaître la nécessité de développer des « *programme(s) relatif(s) au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné (...) pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin* »³⁵.

²⁵ C.E.D.H., 23 mai 2016, *Çam c. Turquie*, Requête n° 51500/08.

²⁶ C.E.D.H., 5 janv. 2005, *H. L. c. Royaume-Uni*, requête n° 45508/99 ; C.E.D.H., 17 avr. 2008, *Dodov c. Bulgarie*, requête n° 59548/00. ; C.E.D.H., 4 juin 2010, *Shtukaturov v. Russia*, requête n° 44009/05. In BAUDOIN, *op. cit.*, p.50.

²⁷ Cf. DWORKIN, in BAUDOIN, *op. cit.*, p.50, L'autonomie dans cette approche philosophique n'est pas uniquement une donnée fonctionnelle, en termes de compétence cognitif.

²⁸ Cf. BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2016/12 du 15 janv. 2017, p. 5 : « Cette évolution vise à améliorer le décloisonnement entre les différents acteurs de santé et la cohérence entre les politiques menées. »

²⁹ < <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> > (consulté le 08/06/2018, à 11h 22 minutes).

³⁰ Cf. Frédéric SUDRE, [La protection des droits sociaux par la Cour européenne des droits de l'homme : un exercice de "jurisprudence fiction" ?](#), in *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, 55/2003, p. 755 (consulté en ligne, le 08/06/2018 à 12h45min).

³¹ Cf. LUCAS, Katia, La Cour de Strasbourg garde-fou des personnes atteintes de troubles mentaux (C.E.D.H., G.C. 17 janv. 2012, *Stanev c. Bulgarie*), < <http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/2012/01/26/la-cour-de-strasbourg-garde-fou-des-personnes-atteintes-de-troubles-mentaux-cedh-g-c-17-janvier-2012-stanev-c-bulgarie/> >, (consultation en ligne du 07/05/2018 à 11h47min).

³² Cf. C.E.D.H., 17 janv. 2012, *Stanev c. Bulgarie*, requête n° 36760/06.

³³ *Ibid.* (§ 153), « (...) Néanmoins, le besoin objectif d'un logement et d'une assistance sociale ne doit pas conduire automatiquement à l'imposition de mesures privatives de liberté (...) ».

³⁴ *Ibid.* (§ 153), « (...) Elle (la cour) est d'avis que dans certaines circonstances le bien-être d'une personne atteinte de troubles mentaux peut constituer un facteur additionnel à prendre en compte, en plus des éléments médicaux, lors de l'évaluation de la nécessité de placer cette personne dans une institution(..) ».

³⁵ Article L3221-2, *op. cit.*

En définitif, il convient de retenir au regard de tout ce qui précède que la loi est dans une phase expérimentale. Dans le cadre du PTSM, elle suggère plus que ne prescrit essayant de faire bouger les lignes en faveur d'une vision plus globale de l'autonomie des personnes atteintes de troubles psychiques. Il faudra attendre encore quelques années pour savoir si la révolution du droit des personnes atteintes de troubles mentaux a eu lieu. Mais pour l'heure, les possibilités d'un tel cadre juridique propice à la construction d'un droit à l'autonomie³⁶ à part entière, en faveur des personnes atteintes de troubles cognitifs, ne sont pas à négliger.

³⁶ Dans cette approche globale, un droit avec des garanties judiciaires opposable à l'Etat, et contribuant à une réhabilitation des personnes mentalement fragiles dans leurs attributs d'êtres humains.