



Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

**CONCOURS INTERNE POUR LE RECRUTEMENT
D'INSPECTEURS DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
ANNEE 2014**

MERCREDI 5 MARS 2014

13 h 00 à 17 h 00 (horaire de métropole)

1^{ère} épreuve écrite d'admissibilité : durée 4 heures – coefficient 6

Rédaction, à partir d'un dossier à caractère administratif, d'une note permettant de vérifier les qualités d'analyse et de synthèse du candidat ainsi que son aptitude à dégager les solutions appropriées.

SUJET :

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) vous demande de rédiger une note faisant le point sur les modalités de prise en charge des malades psychiatriques hospitalisés sans leur consentement et les apports de l'évolution de la réglementation en matière de liberté et de sécurité publique.

IMPORTANT : dès la remise des sujets, les candidats sont priés de vérifier la numérotation et le nombre de pages

DOCUMENTS JOINTS

Document 1 :

Pages

LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.....1 à 8

Document 2 :

Extraits du code de la santé publique - loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.....9 à 11

Document 3 :

Extrait de la circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.....12 à 15

Document 4 :

Circulaire n°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - annexes 1 et 6.....16 à 28

Document 5 :

Circulaire interministérielle n°2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.....29 à 36

Document 6 :

Communiqué de presse du Conseil Constitutionnel à l'occasion de sa décision du 20 avril 2012.....37 à 38

Document 7 :

Avis du défenseur des droits n° 13-06.....39 à 42

Document 8 :

Dépêche de l'Agence de Presse Médicale (APM) du 30 septembre 2013 : publication de la loi réformant les soins sans consentement en psychiatrie.....43 à 45

Document 9 :

Dépêche de l'Agence de Presse Médicale (APM) du 1^{er} octobre 2013 : Le Syncass-CFDT se félicite des « avancées » législatives relatives aux soins sans consentement.....46 à 47

Document 10 :

Article du 25 décembre 2013 d'Eric Favereau (Libération) : « On assiste à une forte dérive de la psychiatrie ».....48 à 49

LOIS

LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1)

NOR : AFSX1317654L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}RENFORCEMENT DES DROITS ET GARANTIES ACCORDÉS AUX PERSONNES
EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENTCHAPITRE I^{er}Amélioration de la prise en charge des personnes faisant l'objet
de soins psychiatriques sans consentementArticle 1^{er}

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3211-2-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-2-1. – I. – Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

« La personne est prise en charge :

« 1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

« 2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

« II. – Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

« III. – Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 est ainsi rédigé :

« Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 3211-3, la première occurrence de la référence : « , L. 3213-1 » est supprimée ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 3211-12-5, au 2° du I de l'article L. 3212-1 et à la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3222-1-2, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « du I ».

Article 2

L'article L. 3211-11-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-11-1. – Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée :

« 1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de l'article L. 1111-6 du présent code, pendant toute la durée de la sortie ;

« 2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

« L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.

« Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire.

« Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée. »

Article 3

Le chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1° Le second alinéa de l'article L. 3222-1-1 A est complété par les mots : « , notamment en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-1 » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 3222-1-1 est ainsi rédigé :

« Les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, en application des chapitres II et III du titre I^{er} du présent livre, peuvent être prises en charge et transportées dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 sans leur consentement lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 3222-1-2 est supprimé ;

4° Après l'article L. 3222-4, il est inséré un article L. 3222-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-4-1. — Les députés et les sénateurs ainsi que les représentants au Parlement européen élus en France sont autorisés à visiter à tout moment les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1. »

CHAPITRE II

Amélioration du contrôle du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement

Article 4

Le II de l'article L. 3211-12 du même code est ainsi rétabli :

« II. — Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

« Le juge ne peut, en outre, décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1 du présent code.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement. »

Article 5

L'article L. 3211-12-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-12-1. — I. — L'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II du présent titre ou par le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, ait statué sur cette mesure :

« 1° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 du même code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission ;

« 2° Avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de cette décision ;

« 3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application du présent I ou des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai en application du 2° du présent I ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent 3°.

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, une expertise soit en application du III du présent article, soit, à titre exceptionnel, en considération de l'avis mentionné au II, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'Etat. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« II. — La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

« Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9.

« III. — Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

« Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai mentionné à la première phrase du présent alinéa, la mesure d'hospitalisation complète prend fin.

« Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.

« IV. — Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué avant l'expiration du délai de douze jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de six mois prévu au 3° du même I, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

« Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration du délai de huit jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense. »

Article 6

L'article L. 3211-12-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-12-2. — I. — Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

« A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.

« Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance.

« II. — Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance. »

Article 7

L'article L. 3211-12-4 du même code est ainsi modifié :

1^o La seconde phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , à l'exception du dernier alinéa du I » ;

2^o Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'ordonnance mentionnée au même premier alinéa a été prise en application de l'article L. 3211-12-1, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience. »

TITRE II**CONSOLIDATION DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX MESURES
DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT****CHAPITRE I^{er}****Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits dans le cadre
d'une mesure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent****Article 8**

Le chapitre II du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, après la seconde occurrence du mot : « soins », sont insérés les mots : « pour une durée d'un mois, » ;

2^o L'article L. 3212-7 est ainsi modifié :

a) Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« A l'issue de la première période de soins psychiatriques prononcée en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article. » ;

b) Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « Dans les trois derniers jours de chacune des périodes mentionnées au premier alinéa, un psychiatre... (le reste sans changement). » ;

c) Le deuxième alinéa est supprimé ;

d) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « évaluation », il est inséré le mot : « médicale » ;

– après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Cette évaluation est renouvelée tous les ans. » ;

e) La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;

3^o Au dernier alinéa de l'article L. 3212-9, après le mot : « certificat », sont insérés les mots : « médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical ».

Article 9

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la dématérialisation du registre prévu à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, examinant sa faisabilité technique et détaillant les modalités de consultation et de recueil des observations des autorités chargées du contrôle des établissements de santé accueillant des personnes en soins psychiatriques sans consentement susceptibles d'être mises en œuvre ainsi que les adaptations législatives ou réglementaires qu'elle rendrait nécessaires.

CHAPITRE II**Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits et clarification des procédures
applicables dans le cadre d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat****Article 10**

Le chapitre III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o L'article L. 3213-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-1. – I. – Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et

compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

« Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

« 1^o Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ;

« 2^o Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

« II. – Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'Etat dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

« Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

« III. – Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

« IV. – Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11. » ;

2^o L'article L. 3213-3 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi modifié :

– le début de la première phrase est ainsi rédigé : « Dans le mois qui suit l'admission en soins psychiatriques décidée en application du présent chapitre ou résultant de la décision mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale et ensuite... (*le reste sans changement*). » ;

– à la deuxième phrase, après la référence : « L. 3211-2-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

b) La seconde phrase du II est supprimée ;

c) Les dernières phrases du III sont supprimées ;

d) Est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 recommandant la prise en charge d'une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 sous une autre forme que l'hospitalisation complète, il ordonne une expertise dans les conditions prévues à l'article L. 3213-5-1.

« Lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2^o du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition mentionnée au premier alinéa du I du présent article.

« Lorsque l'expertise préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1^o et 2^o du I de l'article L. 3211-12-1. » ;

3^o Après le mot : « mentionnées », la fin du dernier alinéa de l'article L. 3213-4 est ainsi rédigée : « au II de l'article L. 3211-12. » ;

4^o L'article L. 3213-5 est abrogé ;

5^o L'article L. 3213-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, si la personne concernée fait déjà l'objet d'une mesure de soins psychiatriques en application du même article L. 3213-1, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours. » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Si l'état de la personne mentionnée au premier alinéa le permet, celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le représentant de l'Etat dans le département. Cette information lui est transmise par tout moyen et de manière appropriée à son état.

« L'avis mentionné au premier alinéa indique si la procédure concerne des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Dans ce cas, la personne est également informée des conditions dans lesquelles il peut être mis fin à la mesure de soins psychiatriques en application des articles L. 3211-12, L. 3211-12-1 et L. 3213-8. » ;

6^o L'article L. 3213-8 est ainsi rétabli :

« Art. L. 3213-8. — I. — Si le collège mentionné à l'article L. 3211-9 émet un avis selon lequel la mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dont fait l'objet une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le représentant de l'Etat dans le département ordonne une expertise de l'état mental de la personne par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1. Ces derniers se prononcent, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de leur désignation, sur la nécessité du maintien de la mesure de soins psychiatriques.

« II. — Lorsque les deux avis des psychiatres prévus au I confirment l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques.

« Lorsque ces avis divergent ou préconisent le maintien de la mesure de soins psychiatriques et que le représentant de l'Etat la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. » ;

7° L'article L. 3213-9-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-9-1. — I. — Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée ou que le patient peut être pris en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

« II. — Lorsque le représentant de l'Etat décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil, qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'Etat, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

« III. — Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II du présent article confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical mentionné au I du présent article.

« Lorsque l'avis du deuxième psychiatre prévu au II préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'Etat maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'Etat intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1. »

Article 11

L'article L. 3222-3 du même code est abrogé.

TITRE III

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Article 12

Le chapitre IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 3214-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3214-1. — I. — Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée.

« II. — Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du II de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.

« III. — Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article. » ;

2° L'article L. 3214-2 est ainsi modifié :

- a) Au premier alinéa, les références : « et L. 3211-12 à L. 3211-12-4 » sont remplacées par les références : « , L. 3211-12 à L. 3211-12-4 et L. 3211-12-6 » ;
- b) Le deuxième alinéa est supprimé ;
- c) La seconde phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « , sauf si la personne détenue est hospitalisée au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée en consentant à ses soins ».

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES

Article 13

I. – Au 6° de l'article L. 3215-2 du code de la santé publique, la référence : « L. 3213-5 » est remplacée par la référence : « L. 3213-9-1 ».

II. – L'article L. 3844-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au 4°, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « du I » et, après la première occurrence de la référence : « L. 3222-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) Au début, les références : « Au dernier alinéa des articles L. 3211-2-1 et L. 3211-9, au 2° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 3211-12, au dernier alinéa des I et IV » sont remplacées par les références : « A la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article L. 3211-2-1, au dernier alinéa de l'article L. 3211-9, à la première phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 3211-12, à la première phrase du dernier alinéa du I » ;

b) Les références : « à la première phrase du deuxième alinéa du I et au 2° du III de l'article L. 3213-1, au 2° et, deux fois, au dernier alinéa de l'article L. 3213-8, » sont supprimées ;

3° Au 9°, les deux dernières occurrences des mots : « à la première phrase du » sont remplacées par le mot : « au » ;

4° Au b du 11°, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « deuxième » ;

5° Le 13° est ainsi rédigé :

« 13° L'article L. 3214-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée.

« II. – Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du II de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée.

« III. – Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées au sein d'un service adapté dans un établissement de santé en dehors des unités prévues aux I et II du présent article. »

III. – L'article L. 3844-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le 1° est abrogé ;

2° Au début du 5°, la référence : « A la fin du second alinéa de l'article L. 3222-3, » est supprimée.

Article 14

I. – Les I et IV de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, dans leur rédaction résultant de l'article 5 de la présente loi, ainsi que les articles 6 et 7 de la même loi entrent en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2014.

II. – Les 1° et 2° du I et le IV du même article L. 3211-12-1, dans leur rédaction résultant de l'article 5 de la présente loi, sont applicables aux décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement et aux décisions de réadmission en hospitalisation complète prononcées à compter du 1^{er} septembre 2014.

Le 3° du I du même article L. 3211-12-1, dans sa rédaction résultant du même article 5, est applicable aux décisions judiciaires prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale ainsi qu'aux décisions prises par le juge des libertés et de la détention en application du I de l'article L. 3211-12-1 ou des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du code de la santé publique à compter du 15 mars 2014. Pour toutes les décisions prononcées entre le 1^{er} et le 15 mars 2014, le juge des libertés et de la détention est saisi huit jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au même 3°.

III. – Le présent article est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 27 septembre 2013.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JEAN-MARC AYRAULT

*La garde des sceaux,
ministre de la justice,*
CHRISTIANE TAUBIRA

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

Le ministre de l'intérieur,
MANUEL VALLS

(1) *Travaux préparatoires* : loi n° 2013-869.

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1223 ;

Rapport de M. Denys Robiliard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1284 ;

Discussion et adoption, après engagement de la procédure accélérée, le 25 juillet 2013 (TA, n° 202).

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 817 (2012-2013) ;

Rapport de M. Jacky Le Menn, au nom de la commission des affaires sociales, n° 835 (2012-2013) ;

Texte de la commission n° 836 (2012-2013) ;

Discussion et adoption le 13 septembre 2013 (TA, n° 213, 2012-2013).

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1356 ;

Rapport de M. Denys Robiliard, au nom de la commission mixte paritaire, n° 1284 ;

Discussion et adoption le 19 septembre 2013 (TA, n° 212).

Sénat :

Rapport de M. Jacky Le Menn, au nom de la commission mixte paritaire, n° 844 (2012-2013) ;

Texte de la commission n° 845 (2012-2013) ;

Discussion et adoption le 19 septembre 2013 (TA, n° 215, 2012-2013).

Extraits code de la santé publique (loi n°2011-803 du 5 juillet 2011)

Article L. 3211-1 : Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques, hormis les cas prévus par les chapitres II à IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale.

Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Article L. 3211-2 : Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause.

Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Article L. 3211-2-2 : Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux.

Article L. 3211-2-3 : Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge.

Article L. 3211-3 : Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en

œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée :

- a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;
- 2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;
- 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 4° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- 5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 7° D'exercer son droit de vote ;
- 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Article L. 3211-4 : Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Article L. 3211-5 : Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre Ier du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

Article L. 3211-6 : Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

Article L. 3211-7 : La personne hospitalisée en application des chapitres II et III du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Article L. 3211-8 : La personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du code civil.

Article L. 3211-9 : Pour l'application du II des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 et des articles L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

- 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
 - 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
 - 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.
- Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L. 3211-10 : Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

Article L. 3211-11 : Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié. Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.

Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques

NOR : JUSC1120428C

Le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés,

à

Pour attribution

Mesdames et messieurs les premiers présidents des cours d'appel
Mesdames et messieurs les procureurs généraux près les cours d'appel
Monsieur le président du tribunal supérieur d'appel
Monsieur le procureur près le tribunal supérieur d'appel

Pour information

Monsieur le premier président de la Cour de cassation
Monsieur le procureur général près la Cour de cassation
Monsieur le directeur de l'École nationale de la magistrature

Textes sources:

- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques

La réforme issue de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 procède tout à la fois d'un remaniement substantiel des préalables sanitaires de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation et d'une mise en conformité de la loi avec les exigences constitutionnelles telles que définies par le Conseil constitutionnel dans ses décisions 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 et 2011-135 /140 QPC du 14 juin 2011.

La présente circulaire vise à présenter les principales modifications issues de la loi du 5 juillet 2011 (I), la procédure applicable aux différents cas de saisine du juge (II), les avis médicaux et expertises (III) et enfin, les conditions d'application dans le temps de la réforme (IV).

I - Présentation générale des principales modifications du code de la santé publique issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011

Quatre aspects de cette réforme, qu'ils résultent ou non des exigences constitutionnelles, ont des incidences majeures sur l'office du juge des libertés et de la détention appelé à opérer le contrôle des mesures mettant en œuvre des soins psychiatriques sous contrainte.

A. L'introduction d'une pluralité de modes de prise en charge des patients

Comme la loi du 27 juin 1990, la loi du 5 juillet 2011 distingue les soins mis en place à la demande d'un tiers, (article 2 de la loi) et les soins intervenant sur décision du représentant de l'État (article 3 de la loi).

Toutefois, la loi du 27 juin 1990 ne traitait que des mesures d'hospitalisation sous contrainte, et considérait ainsi implicitement qu'un malade ne pouvait faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement que dans le cadre d'une hospitalisation. La réforme étend considérablement le champ d'application de la loi en prévoyant diverses modalités de soins psychiatriques dont une personne peut faire l'objet sans son consentement (article L. 3211-1).

A cet égard, la loi du 5 juillet 2011 introduit une distinction fondamentale entre deux types de mesures sous contrainte : d'une part, l'hospitalisation complète, et d'autre part, un ensemble de modalités particulières de soins, définies dans un programme de soins (article L. 3211-2-1). Ces alternatives à l'hospitalisation complète peuvent prendre plusieurs formes, notamment une hospitalisation à temps partiel (de jour, de nuit), des soins à domicile, des consultations en ambulatoire, des activités thérapeutiques.

Les nouvelles modalités de soins supposent en toute hypothèse la mise en œuvre d'une phase initiale d'hospitalisation complète à des fins d'évaluation, dont la durée peut aller jusqu'à 72 heures. Avant l'achèvement de celle-ci, un certificat médical spécifique est établi et, s'il conclut au maintien nécessaire de la mesure, une proposition motivée se prononçant sur la forme de la prise en charge et, le cas échéant, sur le programme de soins, est formulée par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Des soins ambulatoires, ou un autre mode de suivi contraignant peuvent alors être substitués à l'hospitalisation complète. Une procédure souple permet cependant au directeur d'établissement de rétablir une hospitalisation complète, s'il est constaté que la prise en charge sous une forme moins contraignante ne permet pas de dispenser les soins nécessaires.

La distinction entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation complète, laquelle seule, doit, au regard de l'article 66 de la Constitution, être considérée comme relevant du contrôle de plein droit du juge judiciaire en sa qualité de gardien de la liberté individuelle, a, ainsi qu'on le verra ci-après, des conséquences importantes sur l'office de celui-ci.

B. L'introduction de plusieurs cas de contrôle systématique par le juge des mesures d'hospitalisation complète

1) Le contrôle de plein droit prévu à l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique

Suite à la décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010, un contrôle de plein droit, portant sur la nécessité du maintien de l'hospitalisation complète, a été instauré à l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique.

Ce contrôle systématique s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète, ainsi qu'aux décisions les renouvelant :

- celles décidées par le directeur d'établissement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent sur le fondement des articles L. 3212-1 (demande d'un tiers accompagnée de 2 certificats médicaux), L. 3212-3 (demande d'un tiers accompagnée d'un seul certificat médical, en raison d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade), ou L. 3212-7 (renouvellement de la mesure tous les mois) ;

- celles décidées par le représentant de l'État dans le département sur le fondement des articles L. 3213-1 (hospitalisation initiale), L. 3213-4 (renouvellement de la mesure à 1 mois, puis 3 mois, puis tous les 6 mois), L. 3213-6 (lorsque consécutivement à des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, un psychiatre constate la nécessité de soins, le patient compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public) et L. 3214-1 (mesure concernant une personne détenue) ;

- celles prononcées, à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, soit par la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement (article 706-135 du code de procédure pénale), soit par le représentant de l'État (article L. 3213-7).

Le nouveau contrôle intervient, conformément à l'exigence constitutionnelle, avant l'expiration du quinzième jour à compter de l'admission en hospitalisation complète, puis à l'issue de chaque période de 6 mois à compter de la précédente décision judiciaire. En cas d'hospitalisation sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les 6 mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les 6 mois.

Le juge peut, soit maintenir l'hospitalisation complète, soit en ordonner la mainlevée.

Ce dispositif ne s'applique pas aux mesures incluant des soins ambulatoires, même si ceux-ci sont associés à une hospitalisation à temps partiel, de telles mesures ne constituant pas une privation complète de la liberté individuelle relevant de l'article 66 de la Constitution.

2) Le contrôle de plein droit prévu par l'article L. 3213-5 du code de la santé publique

La loi prévoit également une saisine systématique du juge, si, au-delà du quinzième jour de l'admission en hospitalisation complète, le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, alors qu'un psychiatre atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié cette hospitalisation ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée (article L.3213-5 du code de la santé publique).

Ces contrôles de plein droit se cumulent avec les recours qui existaient antérieurement à la réforme du 5 juillet 2011, à savoir avec :

- La faculté pour les intéressés, ou les personnes habilitées à agir dans leur intérêt, d'exercer un recours facultatif à l'encontre d'une mesure de soins sans consentement, prévu à l'article L. 3211-12 modifié du code de la santé publique, étant précisé que ce recours a été étendu et peut désormais être formé quelle que soit la forme des soins contraints (hospitalisation complète ou partielle et soins ambulatoires) ;

- La faculté pour le juge de se saisir d'office : Les articles L. 3211-12 et R. 3211-14 du code de la santé publique reprennent ainsi les dispositions permettant au juge des libertés et de la détention de se saisir d'office (ancien article R. 3211-7) et fixent les spécificités applicables dans ce cas.

C. La possibilité pour le juge de prévoir un effet différé de sa décision de mainlevée

La décision de mainlevée de l'hospitalisation complète qu'est habilité à prendre le juge connaît une importante innovation dans ses modalités d'application. Qu'une telle mesure soit prise à la suite de l'exercice du recours facultatif prévu par l'article L. 3211-12, ou qu'elle intervienne dans le cadre du contrôle systématique instauré par les nouveaux articles L. 3211-12-1 et L. 3213-5, il appartient désormais au juge, au vu des éléments du dossier, d'apprécier s'il convient ou non d'assortir sa décision d'une mention en différant l'effet pendant une durée qui ne peut excéder 24 heures. Si l'ordonnance de mainlevée inclut dans son dispositif la précision relative à un tel report d'effet, celle-ci doit alors nécessairement faire l'objet d'une motivation spéciale.

Le législateur a prévu une telle possibilité afin de garantir la continuité des soins, lorsqu'une poursuite de ceux-ci sous forme ambulatoire s'avère nécessaire malgré la décision de mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Toutefois, lorsque le juge use de cette faculté, sa décision ne contraint ni l'établissement de soins, ni le représentant de l'État dans le département à mettre en œuvre un programme de soins constituant une alternative à l'hospitalisation complète. La décision prise sur ce point par le juge ne revient pas davantage à lui demander d'apprécier l'opportunité de la mise en place d'un programme de soin ambulatoire ou la forme que devrait revêtir celui-ci, ces points échappant nécessairement à ses compétences. Elle a pour unique objet de ménager à l'autorité administrative la possibilité, sous sa responsabilité, de mettre en œuvre le cas échéant, un tel programme avant que ne soit mise à exécution la levée de la mesure d'hospitalisation complète.

Lorsqu'ils décideront d'assortir une décision de mainlevée d'hospitalisation complète d'un report d'effet ne pouvant excéder 24 heures, les juges des libertés et de la détention devront, indépendamment des notifications qui incombent aux greffes, veiller à ce que les directeurs d'établissements et, le cas échéant, les représentants de l'État dans le département soient informés par tout moyen du report d'effet.

D. La prise en compte des précédents médicaux des patients et le régime procédural « renforcé » alors applicable

Dans le souci d'assurer un équilibre entre la sauvegarde des droits des personnes souffrant de troubles mentaux, la protection de leur santé et la prévention des atteintes à l'ordre public, le législateur a soumis à un régime renforcé le contrôle de la nécessité de la mesure contraignante à laquelle sont soumises certaines catégories de patients dont l'état peut être présumé dangereux, et, le cas échéant, les décisions ordonnant mainlevée de la mesure dans de telles hypothèses.

Trois catégories de malades font l'objet, eu égard à leur état de dangerosité potentielle présumée, d'un dispositif particulier impliquant un suivi renforcé.

Il s'agit :

- Des patients dont la mesure de soins psychiatriques fait suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale, que

cette mesure ait été ordonnée par l'autorité judiciaire sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou qu'elle ait été décidée par le représentant de l'État dans le département en application de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique ;

- Des patients dont la mesure de soins psychiatriques, décidée par le représentant de l'État en application de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, est mise en œuvre en unité pour malades difficiles (UMD) ;

- Des patients qui, alors qu'ils font l'objet d'une mesure de soins psychiatriques décidée par le représentant de l'État :

- soit, ont déjà fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale et ayant pris fin depuis moins de 10 ans (1° du II de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique),
- soit, ont séjourné en UMD durant un an ou plus, au cours des 10 dernières années (2° du II de l'article L. 3211-12 et article R.3222-9 du code de la santé publique).

Il convient de noter que ce régime renforcé n'est en revanche pas applicable aux patients faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

L'appartenance d'une personne à l'une ou l'autre de ces trois catégories a des conséquences procédurales importantes, tant lors de l'exercice d'un recours facultatif que lors d'un contrôle de plein droit (en application de l'article L. 3211-12-1 ou L. 3213-5 du code de la santé publique).

En effet :

- Quelle que soit la manière dont celui-ci envisage de statuer, le juge doit pour se prononcer disposer de l'avis motivé d'un collège de professionnels appartenant au personnel de l'établissement, constitué de deux psychiatres, dont un participant à la prise en charge du patient, ainsi que d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à cette prise en charge ;

- Si le juge envisage d'ordonner une mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il doit préalablement avoir recueilli les conclusions de deux experts.

... / ...


MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau R4

Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale

 Personne chargée du dossier : **Christine Bronnec**

Tél : 01 40 56 47 52

Mèl : christine.bronnec@sante.gouv.fr

Le Ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

 Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux
d'agence régionale de santé

(pour diffusion et mise en œuvre)

 Mesdames et Messieurs les Directeurs
d'établissements de santé

(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

 Date d'application : 1^{er} août 2011

NOR : ETSH1121499C

Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 29 juillet 2011 - Visa CNP 2011-210

Catégorie : Mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.
Résumé : Information à destination des établissements de santé pour la mise en œuvre de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, qui crée de nouvelles relations entre les établissements de santé et les tribunaux de grande instance.
Mots-clés : soins psychiatriques – juge des libertés et de la détention

Textes de référence :

Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques

Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Annexes :

Annexe 1: Protection des échanges dématérialisés entre les directeurs d'établissements de santé et les juges des libertés et de la détention

Annexe 2: Réforme de l'hospitalisation d'office - cahier des charges immobilier

Annexe 3: Fiche box d'entretien confidentiel

Annexe 4: Fiche salle des délibérés

Annexe 5: Schéma d'organisation d'une salle d'audience civile

Annexe 6: Fiche d'information: Procédure d'assermentation et rôle de l'agent hospitalier au cours de l'audience par visioconférence du juge des libertés et de la détention (JLD)

Annexe 7: Audience en visioconférence du juge des libertés et de la détention: procès-verbal des opérations techniques

Annexe 8: Requête en mainlevée de soins psychiatriques adressée au juge des libertés et de la détention

Annexe 9: Notice: Requête en mainlevée de soins psychiatriques adressée au juge des libertés et de la détention

Annexe 10: Saisine pour contrôle du juge des libertés et de la détention d'une mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques

Annexe 11: Saisine du juge des libertés et de la détention par un directeur d'établissement d'une demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques sur décision du préfet

L'entrée en vigueur le 1^{er} août 2011 de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et la publication des deux décrets d'application n°846 et n°847 du 18 juillet 2011, créent de nouvelles relations entre les établissements de santé et les tribunaux de grande instance.

L'objet de la présente circulaire est d'organiser ces relations, à travers deux chapitres :

- l'explicitation des délais à prendre en compte dans le cas de passage préalable d'un patient dans une unité de médecine d'urgence ;
- l'organisation des audiences et la création de salles d'audience dans les établissements de santé.

Vous trouverez par ailleurs des fiches de procédure et documents modèles sur le site dédié à la réforme de la loi relative aux soins psychiatriques : www.loipsy2011.sante.gouv.fr.

1 Passage d'un patient dans une unité de médecine d'urgence

Le cas où un patient est soigné dans un service d'urgence dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques est traité à l'article L.3211-2-3. Il y est précisé qu'un transfert dans un délai de 48 heures dans un établissement de santé habilité à le traiter sur le plan psychiatrique doit être effectué et que la date de début de prise en charge détermine le début de la période d'observation et de soins initiale.

Il est important de fixer la date de début de la prise en charge avec précision, car cette date permet de déterminer les délais, tant en ce qui concerne la saisine du juge des libertés et de la détention, que la rédaction des certificats médicaux.

Le début de la prise en charge coïncide avec la date et l'heure d'admission lorsque le patient est admis dans un établissement de santé, autorisé en psychiatrie et exerçant la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, sans passer préalablement par une unité de médecine d'urgence.

Lorsque le patient est admis dans une unité de médecine d'urgence, deux cas peuvent se produire :

- si le patient arrive aux urgences pour la prise en charge psychiatrique (cas par exemple d'un certificat médical déjà effectué) : le début de la prise en charge est l'heure d'admission aux urgences;

- si le patient arrive aux urgences mais que la nécessité d'une prise en charge psychiatrique n'est avérée que secondairement: le début de la prise en charge est acté par le premier certificat du psychiatre, qui doit donc être horodaté.

Le début de prise en charge, ainsi défini, est celui qui sera pris en compte pour déterminer les délais de saisine du juge et de rédaction des certificats médicaux.

Plusieurs certificats médicaux doivent être établis concernant les patients en soins psychiatriques sans leur consentement. Ces certificats initiaux ne doivent pas être rédigés par un médecin de l'établissement d'accueil, c'est-à-dire de l'établissement qui va prononcer l'admission en soins psychiatriques, à l'exception des cas d'urgence pour les soins sur demande d'un tiers, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (art. L. 3212-3). Un médecin des urgences peut donc, si besoin, rédiger ce certificat initial.

Après l'admission sont rédigés un certificat dans les 24, puis les 72 premières heures. Si le passage du patient aux urgences est supérieur à 24 heures, en application de l'article L.3211-2-3, le certificat de 24 heures pourra être établi par le psychiatre du service des urgences qui a assuré sa prise en charge, dès lors que celui-ci n'a pas rédigé le certificat initial.

Dans le cas où l'état de santé somatique du patient empêche son transfert dans le délai de 48 heures dans un établissement exerçant la mission de service public de soins psychiatriques sans consentement, les conditions d'application de l'article L.3211-2-3 ne sont pas remplies et la décision d'admission en soins psychiatriques ne peut être prise. Il convient d'attendre que l'état somatique du patient permette de relancer une nouvelle procédure.

2. Saisine et audience par le juge des libertés et de la détention

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée ou bénéficie d'un programme de soins, la loi lui garantit le droit, sous certaines conditions, de voir sa situation examinée par le juge des libertés et de la détention (JLD). D'une part, le juge peut être saisi, notamment par le patient, pour ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins

psychiatriques (article L.3211-12) ; d'autre part, le juge doit être saisi systématiquement et statuer avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision d'hospitalisation complète sans consentement d'un patient, puis six mois plus tard dans le cas où l'hospitalisation à temps complet se poursuit et ensuite tous les six mois, aussi longtemps que dure cette hospitalisation (article L.3211-12-1). Sa saisine doit donc être suffisamment anticipée, conformément aux dispositions des articles L.3211-12-1 et R.3211-27, pour lui permettre de statuer dans les délais légaux. Enfin, lorsqu'un psychiatre atteste que la levée d'une mesure peut être ordonnée, mais que le représentant de l'Etat dans le département n'ordonne pas cette levée, le directeur de l'établissement de santé doit saisir le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue sur la mesure.

a) Modalités de transmission des éléments du dossier nécessaire pour la saisine du juge des libertés et de la détention

Il convient de garantir un échange sécurisé des documents entre l'établissement de santé et le tribunal dans la perspective de l'audience et à l'issue de celle-ci.

En cible, un système d'information dédié à ces échanges assurant la confidentialité et l'imputabilité des documents échangés permettant de les verser au dossier devra être mis en place. Ce projet est en cours d'instruction.

Dans l'attente de la mise en place de ce système d'information, un exemplaire papier des éléments du dossier nécessaire pour la saisine du juge des libertés et de la détention doit en tout état de cause lui être transmis par voie postale.

Concernant les échanges dématérialisés:

- La transmission par télécopie des documents papier peut être considérée comme permettant des échanges dans de bonnes conditions, sous réserve que l'accès aux télécopies soit encadré en interne. Les accusés de réception devront être conservés pour le cas échéant prouver la bonne transmission des pièces. Un échange téléphonique ou informatique avec le destinataire l'avertissant au préalable ou durant la réalisation de ces envois permettra d'attirer son attention sur l'arrivée imminente de ces documents.
- Les transmissions des documents numériques via des médias non sécurisés comme la messagerie électronique ne peuvent s'effectuer sans procédure de sécurisation des données (chiffrement des documents). Vous trouverez ci-jointe une note technique vous précisant les moyens que vous pouvez mobiliser pour effectuer ce cryptage sans délais.

Le cas échéant, vous pouvez vous rapprocher de l'agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP santé) dans l'hypothèse où vous avez déjà mis en place une telle procédure (annexes 1, 1.1 et 1.2) afin d'en valider la conformité.

b) Audiences effectuées dans l'établissement de santé

La loi prévoit (article L.3211-12-2) l'aménagement spécial de salles d'audience dans les établissements de santé, pour que l'audience puisse s'effectuer sur place. Les salles doivent dans ce cas répondre à un certain nombre de critères.

A cette fin un cahier des charges immobilier se trouve annexé (annexe 2) à cette instruction. Il définit la taille des locaux nécessaires, les aménagements immobiliers périphériques, et les aménagements intérieurs. Il y est précisé que l'entretien des locaux, la maintenance, la consommation des fluides sont à la charge de l'établissement de santé, ainsi que l'équipement en téléphonie et télécopieur. Plusieurs fiches décrivant le box d'entretien

confidentiel, la salle des délibérés, et le schéma d'organisation de la salle d'audience sont également jointes (annexes 3, 4, 5).

c) Les audiences s'effectuant par visioconférence entre l'établissement de santé et le tribunal

Dans ce cas, l'audience doit se dérouler, au sein de l'établissement de santé, dans la salle prévue pour effectuer les audiences foraines.

Cette modalité nécessite: d'une part, qu'un agent hospitalier soit assermenté en vue de contrôler et rendre compte du bon déroulement de l'audience; d'autre part que certaines spécifications soient respectées pour la réalisation dans de bonnes conditions de cette visioconférence.

Procédure d'assermentation des agents : Un (ou plusieurs) agent(s) hospitalier(s) est (sont) désigné(s) par l'établissement pour préparer la salle d'audience, y assister et en préparer le procès-verbal. Pour ce faire, il leur est nécessaire au préalable, de prêter serment devant le tribunal de grande instance. Vous trouverez en annexe à cette instruction une fiche d'information sur la procédure d'assermentation et le rôle de l'agent hospitalier au cours de l'audience par visioconférence et un modèle de procès-verbal des opérations techniques de l'audience en visioconférence du juge des libertés et de la détention (annexes 6 et 7).

Un groupe de travail est en place auprès de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) afin de spécifier les modalités d'acquisition, de mise en service et d'exploitation d'un système de visioconférence cohérent avec les spécifications technique du ministère de la justice et des libertés.

3- Formulaires-types

Vous trouverez également en annexe des formulaires types de requête et de saisine du juge des libertés et de la détention.

a) Documents pour la requête ou la saisine du juge des libertés et de la détention (annexes 8 à 11)

- Requête en mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques;
- Notice de remplissage de la requête en mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques;
- Saisine pour contrôle d'une mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques ;
- Saisine du JLD pour statuer sur une mesure de maintien en hospitalisation dans le cadre du L.3213-5.

Pour information, sont listés ci-dessous, les documents-types préparés par le ministère de la justice et des libertés et qui pourront être transmis par le tribunal au directeur de l'établissement de santé et/ou au patient.

b) Documents transmis par le tribunal au directeur de l'établissement de santé et/ou au patient

- Avis de communication d'une requête en mainlevée;
- Avis d'une saisine d'office en mainlevée;
- Avis d'audience pour le Directeur de l'établissement de santé et pour le patient;

- Notification d'une ordonnance statuant sur une procédure de mainlevée de soins psychiatriques au directeur de l'établissement, et, par l'intermédiaire du directeur au patient
- Avis de réception d'une notification d'ordonnance du juge des libertés et de la détention au directeur de l'établissement de santé, à la personne hospitalisée;

Pour le ministre et par délégation



Annie PODEUR
Directrice générale de l'offre de soins

ANNEXE 1

**La protection des échanges dématérialisés
entre les directeurs d'établissements de santé
et les juges des libertés et de la détention**

Dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, le juge des libertés et de la détention (JLD) peut être saisi pour valider les différentes étapes de la prise en charge des patients. Dans le cadre de cette procédure, le juge et le directeur de l'établissement de santé (ES) sont amenés à échanger des données de santé à caractère personnel et des éléments de procédure. Conformément au décret n° 2007-960 du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales d'une part, et à la politique ministérielle de défense et de sécurité du ministère de la justice et des libertés (MJL) d'autre part, ces données échangées doivent être chiffrées.

En matière d'échanges de données numérisées, des travaux conjoints du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et du ministère de la justice et des libertés seront engagés pour définir un dispositif sécurisé de communication électronique, conforme notamment au référentiel général de sécurité (RGS). Sa mise en œuvre nécessitera des études complémentaires (recueil et formalisation des besoins: identification des acteurs, expression des besoins de sécurité dont la confidentialité, l'intégrité et la traçabilité, processus d'acquisition et de mise en œuvre, etc.).

Dans l'attente de ce dispositif, deux processus de communication entre les établissements de santé et les juges des libertés et de la détention sont autorisés à partir du 1er août 2011, pour la transmission des expertises psychiatriques et des éléments de procédure :

la **télécopie**, sous réserve de la mise en place de mesures organisationnelles garantissant la confidentialité : avis d'envoi et dispositif de réception de la télécopie, ainsi que la remise d'un accusé de réception à l'émetteur ;

la **messagerie avec chiffrement des pièces jointes** par le logiciel AxCrypt (Voir annexe 1.1).

D'autres moyens d'échanges sécurisés pourront être expérimentés, après validation conjointe du ministère en charge de la santé et du MJL. Il s'agit par exemple d'autres outils de chiffrement de fichiers transmis par messagerie standard, de l'utilisation d'une messagerie sécurisée partagée par les différents acteurs ou bien encore de l'utilisation de plateforme d'échanges sécurisés. Le processus de validation des expérimentations est décrit à l'annexe 1.2..

Rappel important: En aucun cas, des données de santé à caractère personnel ne devront être transmises au travers de la messagerie électronique sans la mise en œuvre d'une protection adaptée.

Annexe 1.1

Utilisation du logiciel de chiffrement « AxCrypt » pour l'échange de données de santé à caractère personnel et d'éléments de procédure

Présentation de l'outil

AxCrypt est un logiciel libre de chiffrement en environnement Microsoft Windows. Ce logiciel permet de chiffrer des fichiers de tous types. Il est proposé qu'il soit utilisé pour chiffrer les fichiers contenant des données personnelles, fichiers qui seront transmis par une messagerie standard sur internet. Les données ainsi protégées peuvent circuler via la messagerie électronique sur des réseaux publics. Les fichiers sont ensuite déchiffrés par le destinataire du message.

Adresses de messagerie utilisées

Les adresses de messagerie utilisées pour ces échanges dématérialisés sont idéalement des adresses structurelles (non-nominatives).

Pour la juridiction, le nom doit respecter la structure suivante : <jld.ho.tgi-ville@justice.fr>

Dans tous les cas, le choix des adresses doit être convenu entre les parties avant le partage de la clé de chiffrement.

Installation d'AxCrypt

Le guide d'installation et d'utilisation du logiciel est disponible en ligne à l'adresse suivante :

- <<http://www.axantum.com/axcrypt/etc/axcrypt-manuel-francais.pdf>>

Le logiciel est disponible en ligne aux adresses suivantes (pour le ministère de la santé) :

- <<http://sourceforge.net/projects/axcrypt/>>
- <<http://www.axantum.com/AxCrypt/>>

Pour les services judiciaires, la Sous-direction de l'informatique et des télécommunications a établi un paramétrage spécifique d'installation du logiciel commun à l'ensemble du territoire et des juridictions.

Le logiciel AxCrypt doit être installé sur le poste utilisateur, dédié à la création ou à la lecture des pièces jointes.

Utilisation d'AxCrypt

Tous les fichiers attachés doivent être chiffrés en utilisant une clé de chiffrement convenue entre le directeur de l'établissement de santé et le JLD.

Il est recommandé de ne pas utiliser les options «retenir cette clé» et «crypter et copier» si le poste dédié aux opérations de chiffrement est accessible à d'autres personnes, qui ne sont pas concernées par cette procédure.

L'option « créer exécutable » ne doit pas être utilisée, car les fichiers exécutables sont filtrés par les passerelles anti-virales de messagerie.

Gestion de la clé de chiffrement (mot de passe)

La clé doit posséder une longueur minimum de 8 caractères et être composée d'un assemblage de lettres majuscules et minuscules, de chiffres et de caractères spéciaux. Le site de l'ANSSI donne une évaluation de la «force» du mot passe en fonction de sa taille et des symboles qui le composent :

<http://www.securite-informatique.gouv.fr/gp_article728.html>.

La connaissance de la clé doit être limitée aux personnes directement concernées par la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.

Une clé unique peut être utilisée pour tous les échanges entre les deux correspondants¹ ES et JLD pour une période de temps définie. La clé doit être modifiée périodiquement, selon une méthode à définir localement. La période de renouvellement suggérée est d'un mois. Elle ne doit pas dépasser deux mois.

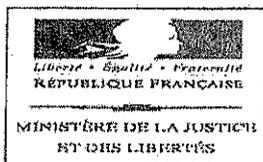
Les correspondants conviennent de la clé de vive voix ou par téléphone. En aucun cas la clé ne doit être transmise en clair sur la messagerie.

Volume maximal des pièces jointes

Le volume maximal autorisé par les serveurs de messagerie du MJL pour les pièces jointes est de 5Mo.

¹ Une clé par paire de correspondants définis par leur adresse structurelle

ANNEXE 6



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Fiche d'information
Procédure d'assermentation et rôle de l'agent hospitalier au cours de
l'audience par visioconférence du
juge des libertés et de la détention (JLD)

Article R 3211-15 II du décret 2011-846 du 18-07-2011

La présente fiche a pour objet de préciser :

- la procédure d'assermentation des agents hospitaliers
- leur rôle au cours de l'audience tenue par visioconférence

1 - La procédure d'assermentation des agents hospitaliers :

En application de l'art. R.3211-15 du décret visé ci-dessus, l'agent hospitalier qui assiste à l'audience est tenu d'avoir prêté serment devant le tribunal de grande instance après avoir été désigné par son autorité hiérarchique (le directeur de l'établissement). Cette démarche est justifiée par le fait que celui-ci va apporter son concours au service de la justice en rédigeant le procès verbal technique.

➤ **Autorité compétente pour recevoir le serment**

Le **tribunal de grande instance** dans le ressort duquel est situé l'établissement dont dépend l'agent.

La prestation de serment est reçue en **audience publique**.

➤ **Formalités préalables à la réception du serment**

L'établissement de santé prend rendez-vous auprès du greffe du tribunal de grande instance compétent pour une audience au cours de laquelle l'agent ou les agents prêteront serment. Il transmet, dans cette perspective, les demandes de prestations de serment des agents concernés, sauf si ceux-ci souhaitent les transmettre eux-mêmes.

Chaque agent hospitalier doit remplir une demande de prestation de serment accompagnée des documents utiles. Il est recommandé d'utiliser **le formulaire CERFA n°13486*01** qui se trouve sur le site Internet du Ministère de la justice et des libertés à la rubrique Droits et Démarches, « formulaire pour les professionnels » accessible à l'adresse suivante :

<http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/>

La formule du serment est la suivante : « ***je jure de bien et fidèlement remplir mes fonctions et de ne rien révéler ou utiliser de ce qui sera porté à ma connaissance à l'occasion de leur exercice*** ».

Les documents à joindre :

- la décision par laquelle le directeur a désigné le ou les agents
- la photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire...) de chaque agent désigné.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la notice explicative CERFA N° 51210#01. <http://www.vos-droits.justice.gouv.fr/>

➤ Déroulement de l'audience de prestation de serment

- L'agent est appelé à la barre par le président d'audience qui donne lecture du serment.
- L'agent répond à l'invitation du président et **prête serment, debout et la main droite levée.**
- Le président donne acte à l'agent hospitalier de son serment. Le greffier en dresse procès verbal qu'il fait signer par le président et signe ensuite ; le procès-verbal est classé aux minutes du tribunal.
- Après l'audience, le greffier remet à l'intéressé copie de sa prestation de serment. Le greffier peut également porter mention de la prestation de serment sur l'acte de sa nomination ou sur la carte professionnelle de l'agent hospitalier. Le greffier date, signe et appose le sceau du tribunal sous la mention.
Afin de faciliter la connaissance par l'établissement des agents effectivement assermentés, une liste globale des agents peut être préparée par l'établissement avant l'audience de prestation. Le greffier de même indiquera la date et apposera le sceau du tribunal sur cette liste.

2 – Le rôle de l'agent assermenté au cours de l'audience par visioconférence :

➤ Rappel des tâches à accomplir par l'agent :

L'agent assermenté aura à remplir obligatoirement deux types de tâches : les tâches techniques et administratives décrites ci-dessous. Cependant, afin de faciliter les relations entre l'établissement de santé et le tribunal et le bon déroulement général de

l'organisation des audiences sous forme de visioconférence, il pourra lui être confié des missions de liaison telles que :

- La prise de rendez-vous, la gestion du planning de la salle de visioconférence de l'hôpital;
- le cas échéant, avant l'audience, le fait de s'assurer de la confidentialité de l'entretien entre l'avocat et son client.

→ **Fonctions techniques :**

- Etablir la connexion avec la salle d'audience du tribunal pour tester la ligne de visioconférence, avant le début de l'audience ;
- Assurer l'ouverture de la salle d'audience au public ou sa fermeture, si le président décide que les débats ne seront pas publics.

→ **Fonctions administratives :**

- Assurer, au cours de l'audience, la transmission de tout document dont la communication est demandée par le juge des libertés et de la détention, soit en le présentant à la caméra pour une lecture directe par le juge, soit par fax si le matériel ne permet pas d'exercer un contrôle satisfaisant ;
- Etablir le procès-verbal des opérations techniques selon le modèle proposé ;
- **Signer et transmettre** par tout moyen le procès-verbal technique au greffe du JLD dès la fin de l'audience.

➤ **Contenu du procès-verbal des opérations techniques :**

Un modèle de procès verbal est accessible à cette adresse : <http://www.vos-droits.justice.gouv.fr>.

Les mentions prévues par l'article **R3211-15 II du code de la santé publique** sont les suivantes :

- numéro de l'affaire (N° RG qui est mentionné en haut à gauche sur tous les documents du tribunal),
- date de début et de fin de la connexion,
- caractère public ou non de l'audience,
- nom et prénom de la personne hospitalisée,
- nom de l'avocat assistant la personne hospitalisée,
- incident technique éventuel,
- signature de l'agent assermenté,
- une liste des personnes présentes dans la salle d'audience, en précisant leur nom, leur qualité et leur fonction. Dans cette liste figure :
 - la personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques ;
 - l'avocat du barreau présent aux côtés de la personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques ;

- o le cas échéant, l'interprète aux côtés de la personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques ;
- o le cas échéant, le tiers demandeur des soins pour la personne en faisant l'objet, éventuellement accompagné par son avocat ;
- o le cas échéant, d'autres personnes physiques ou morales parties à l'affaire, en précisant le cas échéant l'identité de l'avocat les accompagnant.

Dans le cas d'une audience publique, il n'est pas utile de relever les identités des personnes qui viennent assister aux débats sans être partie prenante.

Un procès-verbal des opérations techniques est dressé dans chacune des salles où se déroule l'audience : hôpital et tribunal.

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER,
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
ET DE L'IMMIGRATIONMINISTÈRE DE L'EMPLOI,
DU TRAVAIL ET DE LA SANTÉ**Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge**

NOR : IOCD1122419C

Validée par le CNP le 29 juillet 2011 – Visa CNP 2011-211.

Mots clés : soins psychiatriques sur décision du préfet.*Références* :

- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques ;
- Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration et le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département et Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agence régionale de santé.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et les décrets n° 2011-846 et n° 2011-847 du 18 juillet 2011 modifient les dispositions du code de la santé publique relatives aux droits des patients en hospitalisation psychiatrique et le régime des hospitalisations sans consentement, issues de la loi du 27 juin 1990.

Cette réforme prend en compte les deux décisions du Conseil constitutionnel rendues sur questions prioritaires de constitutionnalité (QPC n° 2010-71 du 26 novembre 2010 et QPC n° 2011-135/140 du 9 juin 2011). Elle s'inscrit également dans le cadre des préconisations de plusieurs rapports d'inspections générales, dont notamment le rapport des inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005.

La présente circulaire comprend :

- une présentation de la réforme ;
- un rappel du rôle des ARS dans la gestion des mesures de soins psychiatriques sur décision du préfet ;
- des éléments pour la mise en œuvre de cette réforme.

1. Présentation de la réforme**1.1. De l'hospitalisation d'office aux soins psychiatriques sur décision du préfet**

Une des principales novations de la réforme porte sur la substitution de la notion de soins psychiatriques sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement. Désormais, le patient fera l'objet de soins psychiatriques sur décision du préfet et non plus d'une hospitalisation d'office. Les modèles d'arrêtés préfectoraux sont revus afin de tenir compte de cette évolution.

Cette substitution ouvre la possibilité d'une prise en charge soit en hospitalisation complète, soit sous une autre forme incluant, le cas échéant, des hospitalisations partielles, des consultations ou des soins à domicile (art. L. 3211-2-1).

La forme de prise en charge devra être adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental du patient.

1.2. *Entrée, formes de prise en charge, suivi*

Le maintien des conditions d'entrée dans les soins psychiatriques

Les conditions d'entrée définies aux articles L. 3213-1 et L. 3213-2 ne sont pas modifiées.

Ainsi, le préfet de département ou, à Paris, le préfet de police prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

De même, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires (art. L. 3213-2). Cette information doit toujours être transmise dans les vingt-quatre heures au préfet qui prononce, s'il y a lieu, un arrêté dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme de quarante-huit heures.

Les modifications apportées à la procédure avant le terme des quinze premiers jours suivant l'admission en soins psychiatriques

La loi du 5 juillet 2011 modifie le rythme d'élaboration des certificats médicaux dans les quinze premiers jours qui suivent l'admission en soins psychiatriques et instaure une période initiale d'observation et de soins d'une durée maximale de soixante-douze heures (art. L. 3211-2-2).

La période initiale d'observation et de soins, qui débute à l'admission en soins psychiatriques, consiste toujours en une hospitalisation complète. Elle a pour finalité d'évaluer la capacité du patient à consentir aux soins, d'engager les soins nécessaires et d'évaluer l'état du patient pour définir la forme de prise en charge la mieux adaptée à ses besoins : prise en charge libre ou mesure de contrainte en hospitalisation complète, partielle ou soins ambulatoires.

Afin de mieux appréhender l'évolution de l'état du patient, le rythme de production des certificats médicaux en début de procédure ainsi que la qualité de leurs auteurs ont été revus. En effet, outre le ou les certificats à l'admission, sont prévus un certificat établi dans les vingt-quatre heures et un nouveau certificat qui doit être établi dans les soixante-douze heures suivant l'admission en soins. Ces deux certificats médicaux établis par un psychiatre de l'établissement d'accueil constatent l'état mental du patient et confirment ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné.

Par ailleurs, un examen somatique est également réalisé par tout médecin dans les vingt-quatre heures suivant l'admission du patient, afin d'exclure une origine somatique d'un trouble d'allure psychiatrique. Conformément à l'article R. 6153-3, un interne peut réaliser cet examen somatique, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. Cet examen médical ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical.

À l'issue de cette période maximale de soixante-douze heures, et dès lors que les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir le patient en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement propose dans un avis motivé la forme de la prise en charge. Cet avis doit être clair c'est-à-dire, dactylographié, précis et compréhensible.

Par la suite, et quelle que soit la forme de la prise en charge, un certificat ou avis médical, confirmant ou infirmant la nécessité de soins et l'adaptation de la forme de la prise en charge, est établi par un psychiatre de l'établissement après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision d'admission en soins psychiatriques. Ce certificat remplace le certificat qui était antérieurement établi dans les quinze jours de l'hospitalisation d'office (art. L. 3213-3-I).

Lorsque le patient fait l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète, ce nouveau certificat est adressé par le directeur de l'établissement au juge des libertés et de la détention (art. L. 3213-3-II).

La prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète

Comme indiqué plus haut, la loi du 5 juillet 2011 prévoit désormais plusieurs types de forme de prise en charge : l'hospitalisation complète et les autres formes de prise en charge, alternatives à l'hospitalisation complète (art. L. 3211-2-1).

Ces alternatives à l'hospitalisation complète peuvent prendre plusieurs formes, notamment une hospitalisation à temps partiel (de jour, de nuit), des soins à domicile, des consultations en ambulatoire, des activités thérapeutiques. Dans ce cas, un programme de soins définissant les types de soins, leur lieu de réalisation et leur périodicité doit être établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

La qualité des informations contenues dans le programme de soins est la garantie d'une décision éclairée du préfet. En effet, il appartient au préfet d'arrêter la forme de la prise en charge, soit en hospitalisation complète, soit sous une autre forme. Dans ce dernier cas, le préfet joint à sa décision le programme de soins.

En fonction des soins décidés par le psychiatre, le programme de soins précise la forme de l'hospitalisation partielle (jour, nuit), le lieu de la prise en charge ainsi que la fréquence des consultations et visites en ambulatoire ou à domicile. Par ailleurs, il mentionne l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

En cas d'existence d'un traitement médicamenteux, le programme de soins ne porte aucune mention sur la nature ou le détail de ce traitement, notamment sur les modalités d'administration de ce traitement (4^e du II de l'article R. 3211-1).

De même, le programme ne comporte pas d'indication sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Toute modification du programme de soins relève d'un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient et vise à adapter les soins à l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

À cet égard, toute modification ayant pour effet de changer substantiellement la forme de prise en charge doit être portée à la connaissance du préfet. Elle est en effet susceptible de conduire à une appréciation différente au regard des considérations d'ordre public. Le préfet doit pouvoir, le cas échéant, confirmer l'évolution du programme de soins par un nouvel arrêté.

Une modification peut être considérée comme substantielle dès lors qu'un des éléments constitutifs de la décision évolue notablement par sa fréquence (par exemple une consultation par mois en lieu et place de deux consultations hebdomadaires ou réciproquement), par sa nature (évolution des formes de prise en charge d'une hospitalisation incomplète en mode ambulatoire par exemple) ou par la durée de la prise en charge.

Afin de limiter le nombre de modifications, le programme de soins peut prévoir la durée pendant laquelle les soins sont dispensés selon une certaine fréquence (pendant un mois deux consultations hebdomadaires, puis une consultation hebdomadaire).

Par ailleurs, pour éviter les ruptures de soins, parallèlement à la possibilité d'une prise en charge extrahospitalière des patients, l'article L. 3211-11 encadre le suivi des intéressés en prévoyant que le psychiatre participant à la prise en charge du patient peut modifier à tout moment la forme de la prise en charge pour garantir la continuité des soins du patient au vu de son état. À ce titre, le praticien peut proposer une hospitalisation complète du patient. Dans ce cas, une décision modifiant la forme de la prise en charge est prise.

Les sorties accompagnées de courte durée (art. L. 3211-11-1)

La loi du 5 juillet 2011 a maintenu le régime antérieur des autorisations de sortie d'établissement accordées aux patients hospitalisés, pour motif thérapeutique ou pour effectuer des démarches extérieures.

La nouveauté réside seulement dans la possibilité pour un membre de la famille ou pour la personne de confiance désignée par le patient de l'accompagner. Auparavant, seul un soignant pouvait accomplir ces missions.

Pour les patients faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet, le régime de décision implicite d'acceptation est maintenu. La demande, accompagnée des mêmes éléments d'informations qu'antérieurement, ainsi que de l'avis du psychiatre traitant, est transmise quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Il convient désormais de préciser les modalités d'accompagnement envisagées.

Par ailleurs, si la sortie accompagnée concerne un patient faisant l'objet d'un suivi particulier, la mention de celui-ci doit figurer dans la demande.

Comme antérieurement, le préfet peut s'opposer à la demande de sortie accompagnée qui lui est transmise quarante-huit heures au préalable.

1.3. Transformation d'une mesure de soins psychiatriques sur demande de tiers ou en cas de péril imminent en mesures de soins psychiatriques sur décision du préfet (art. L. 3213-6)

L'article L. 3213-6 permet au préfet de modifier le cadre juridique des soins sans consentement d'un patient jusqu'alors placé en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Ainsi, sur la base du certificat ou avis médical d'un psychiatre de l'établissement attestant que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le préfet peut prendre une mesure de soins psychiatriques.

Le patient fait alors l'objet d'une nouvelle période de soins et d'observation, les certificats établis dans les vingt-quatre heures, puis dans les soixante-douze heures sont alors élaborés par deux psychiatres différents.

La procédure antérieure qui prévoyait un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, caduc à défaut de confirmation sous les quinze jours, est supprimée.

1.4. Rôle du juge des libertés et de la détention (JLD)

Le contrôle systématique des mesures par le JLD (art. L. 3211-12-1 et L. 3213-5)

Outre la procédure de requête aux fins de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques ouverte notamment à la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques (art. L. 3211-12), un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète par le juge des libertés et de la détention est mis en place (art. L. 3211-12-1). Cette nouvelle procédure répond aux exigences fixées par le Conseil constitutionnel.

Ce contrôle systématique s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète continue, ainsi qu'aux décisions les renouvelant :

- celles décidées par le préfet sur le fondement des articles L. 3213-1 (hospitalisation initiale), L. 3213-4 (renouvellement de la mesure à un mois, puis trois mois, puis tous les six mois), L. 3213-6 (lorsque consécutivement à des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, un psychiatre constate la nécessité de soins, le patient compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public) et L. 3214-1 (mesure concernant une personne détenue) ;
- celles prononcées, à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale émanant soit de la chambre de l'instruction, ou d'une juridiction de jugement (art. 706-135 du code de procédure pénale), soit émanant du préfet (art. L. 3213-7).

Le nouveau contrôle intervient, conformément à l'exigence constitutionnelle, avant l'expiration du quinzième jour d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de la décision de réhospitalisation, puis à l'issue de chaque période de six mois continus à compter de la précédente décision judiciaire, y compris si cette décision intervient dans le cadre d'une requête en mainlevée. En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les six mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les six mois.

Le préfet, lorsqu'il est l'auteur de la décision ou lorsque cette décision a été prise par l'autorité judiciaire, doit donc saisir le juge des libertés et de la détention :

- pour l'exercice de son contrôle avant l'échéance du quinzième jour, au plus tard trois jours avant l'expiration du délai dans lequel le juge doit statuer. Sa saisine, accompagnée des pièces utiles à l'examen du dossier, doit donc intervenir au plus tard le douzième jour à compter de l'admission en hospitalisation complète (deuxième alinéa du IV de l'article L. 3211-12-1 et de l'article R. 3211-27) ;
- pour l'exercice du contrôle avant l'échéance du sixième mois, au moins huit jours avant l'expiration de ce délai.

En cas de saisine après l'expiration du délai prévu, le juge des libertés et de la détention constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Le IV de l'article L. 3211-12-1 laisse cependant au juge une marge d'appréciation pour statuer sur la demande malgré une saisine tardive. En effet, le juge ne constatera pas la mainlevée s'il est justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et si le débat peut avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

L'article R. 3211-28 prévoit que la saisine est accompagnée, lorsqu'ils ont été requis, de l'avis de deux psychiatres de l'établissement dont l'un participe à la prise en charge du patient ou de l'avis du collège de soignants (II de l'article L. 3211-12-1) ainsi que des pièces prévues aux 1^o à 4^o de l'article R. 3211-11 et, le cas échéant, de l'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle et de l'avis médical mentionné par l'article L. 3211-12-2, au vu duquel le juge décide des modalités d'audition de la personne qui fait l'objet des soins.

L'article L. 3211-12-2 prévoit plusieurs modalités d'audience : audience au tribunal, audience au sein de l'établissement de santé dans une salle spécialement aménagée, visioconférence.

À l'issue de l'audience, le juge peut, soit maintenir l'hospitalisation complète, soit en ordonner la mainlevée.

Toutefois, que la décision de mainlevée de l'hospitalisation complète soit prise à la suite de l'exercice du recours facultatif prévu par l'article L. 3211-12, ou qu'elle intervienne dans le cadre du contrôle systématique instauré par les nouveaux articles L. 3211-12-1 et L. 3213-5, le juge apprécie, au vu des éléments du dossier, s'il convient ou non d'assortir sa décision d'une mention en différant l'effet pendant une durée qui ne peut excéder vingt-quatre heures.

Ce délai doit alors permettre d'élaborer un programme de soins pour une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète. À défaut d'élaboration de ce programme de soins et de la prise d'un arrêté modifiant la forme de la prise en charge, la mesure de soins prend fin.

En l'absence de décision du juge des libertés et de la détention dans les délais fixés pour le contrôle systématique ou en cas de constatation de la mainlevée, soit qu'il n'ait pas pu statuer, soit qu'il n'ait pas été saisi dans les temps, le patient peut faire l'objet de soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation complète dès la mainlevée, sous réserve que les conditions d'admission en soins psychiatriques soient toujours réunies et qu'un programme de soins soit établi (art. L. 3211-12-5).

Les évolutions de la répartition des contentieux entre les deux ordres de juridictions

Le nouvel article L. 3216-1 transfère au juge judiciaire, à compter du 1^{er} janvier 2013, le contentieux de la régularité des décisions administratives, ainsi que le contentieux indemnitaire en résultant. La juridiction administrative restera compétente pour statuer sur les recours introduits antérieurement à cette date.

1.5. Dispositions particulières relatives à certains patients

Les patients concernés

Le législateur a introduit des dispositions particulières pour certains patients, dont la situation est sensible. Celles-ci s'appliquent lors du contrôle de la mesure de contrainte et lors des décisions en ordonnant la mainlevée.

Ces dispositions particulières concernent :

- les patients qui lors de l'examen de leur dossier font l'objet de soins suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ordonnée par l'autorité judiciaire sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou par le préfet en application de l'article L. 3213-7 ;
- les patients qui lors de l'examen de leur dossier sont placés en unité pour malades difficiles (UMD) au cours de la mesure de soins décidée par le préfet en application de l'article L. 3213-1 ;
- les patients qui, alors qu'ils font l'objet d'une mesure de soins psychiatriques décidée par le préfet ont, depuis moins de dix ans :
 - soit, fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (1^o du II de l'article L. 3211-12) ;
 - soit séjourné en UMD durant une période continue d'au moins un an, (2^o du II de l'article L. 3211-12 et article R. 3222-9).

Lorsque le psychiatre a connaissance, au regard des informations disponibles dans le dossier médical, que le patient qu'il prend en charge relève de ces dispositions particulières, il doit en informer le directeur de l'établissement, qui le signale au préfet (I de l'article L. 3213-1). Cette information est transmise par le psychiatre au moment où celui-ci envisage :

- une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ;
- une sortie accompagnée de courte durée ;
- une levée de la mesure de soins psychiatriques.

Pour apprécier la proposition de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le préfet dispose pour ces patients d'un avis supplémentaire émis par un collège défini à l'article L. 3211-9 (III de l'article L. 3213-1). Dès lors que la proposition du psychiatre de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète est confirmée par l'avis du collège, le préfet suit la proposition.

L'avis du collège doit être transmis dans un délai maximal de sept jours suivant l'établissement du certificat médical initial ou la demande de saisine du collège par le préfet auprès du directeur de l'établissement (art. R. 3213-2).

Cet avis est également requis si le préfet envisage de prendre un nouvel arrêté suite à la modification du programme de soins (IV de l'article R. 3211-1).

Pour lever la mesure de soins psychiatriques, l'avis du collège doit être complété par les deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres experts prévus à l'article L. 3213-8. Le préfet désigne dans les vingt-quatre heures suivant la production de l'avis du collège les deux experts et précise le délai dont ils disposent pour rendre leur avis. Ce délai ne peut excéder dix jours (art. R. 3213-1). Passé ce délai, le préfet prend immédiatement sa décision.

Aux termes de l'article R. 3213-3 : « Les certificats et avis médicaux établis [dans ce cadre] sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés.

Lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, ils sont motivés au regard des soins nécessités par les troubles mentaux de la personne intéressée et des incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes. »

Les unités pour malades difficiles (UMD)

La loi du 5 juillet 2011 définit désormais les unités pour malades difficiles (UMD) qui peuvent prendre en charge les patients faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète décidés par le préfet, les détenus faisant l'objet de soins psychiatriques ou les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sur décision judiciaire, lorsque l'état de ces patients présente des difficultés telles que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique.

Les procédures antérieures relatives à l'admission dans ces unités (arrêté de transfert, engagement de reprise, arrêté d'admission) sont désormais codifiées aux articles R. 3222-2 et R. 3222-3.

Il convient de souligner que ces patients peuvent bénéficier de sorties accompagnées de courte durée (art. R. 3222-4).

La direction de l'établissement organise le transport sanitaire des patients vers l'unité pour malades difficiles. La mise à disposition d'une escorte de policiers ou de gendarmes peut être accordée par le préfet en cas de circonstances exceptionnelles.

1.6. Conditions et modalités d'aménagement ou de levée des mesures (art. L. 3213-5)

Les délais

Afin d'améliorer les droits des patients, les délais dans lesquels le préfet statue sur une proposition du psychiatre de lever la mesure de soins psychiatriques sont désormais précisés.

Ainsi, le préfet dispose d'un délai de trois jours francs après réception du certificat médical attestant que les conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques ne sont plus remplies et proposant la levée de la mesure. Ce délai est prolongé en cas de demande d'expertise psychiatrique. Le directeur de l'établissement dispose, quant à lui, toujours de vingt-quatre heures pour transmettre ce certificat.

La procédure particulière lorsque le préfet ne suit pas la proposition formulée par le psychiatre

La décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011 a conduit le législateur à prévoir une procédure lorsque le préfet ne suit pas une proposition de levée d'une mesure d'hospitalisation complète.

Ainsi, il résulte de l'article L. 3213-9-1, que si le préfet souhaite ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement de faire sortir le patient de l'hospitalisation complète, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre.

Si ce deuxième avis, rendu au plus tard soixante-douze heures après la demande du préfet, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet, en situation de compétence liée, ordonne la mise en place de la mesure de soins proposée par le psychiatre traitant et prend un arrêté en ce sens auquel il joint le programme de soins.

Si le deuxième avis psychiatrique ne confirme pas le premier, le patient reste alors en hospitalisation complète.

Dans le cas d'une demande de levée de la mesure de soins psychiatriques, si le second avis propose le maintien de l'hospitalisation complète (les deux avis médicaux sont donc divergents), la décision revient alors au juge des libertés et de la détention en application de l'article L. 3213-5. Il appartiendra alors au directeur de l'établissement de saisir le juge de ce dossier.

2. Rôle des agences régionales de santé

2.1. Cadre légal et réglementaire dans lequel interviennent les ARS

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et au territoire a fixé le principe d'intervention de l'ARS pour le compte du préfet (art. L. 1435-1) : « pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaires et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence ». À cette fin, une astreinte doit donc être organisée pour assurer cette mise à disposition « à tout moment » (en dehors des heures ouvrées).

Le décret relatif aux pouvoirs des préfets (art. 13 du décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié) précise que le « préfet de département est assisté dans l'exercice de ses fonctions du directeur général de l'ARS et du responsable de sa délégation territoriale dans le département ».

Ce dispositif est également précisé par le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations des représentants de l'État dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 et les instructions interministérielles des 24 mars et 24 septembre 2010 (1). Ce décret prévoit que des protocoles départementaux triennaux visent notamment à préciser « les modalités suivant lesquelles l'ARS intervient pour préparer et, le cas échéant, mettre en œuvre les compétences du préfet au titre de la veille, de la sécurité, et de la police sanitaire ainsi que de la salubrité et de l'hygiène publiques. Il précise notamment ses interventions en ce qui concerne : la préparation ou la mise en œuvre des décisions relatives aux hospitalisations sans consentement ».

Les protocoles, pris en application de ces références, sont signés après consultation du comité régional de sécurité sanitaire, présidé par le préfet de région, réunissant le directeur général de l'ARS et les préfets des départements de la région.

À cet égard, l'entrée en vigueur au 1^{er} août 2011, de la loi du 5 juillet 2011 justifie que le comité régional de sécurité sanitaire soit réuni afin de coordonner l'organisation à mettre en place à l'échelle de la région.

2.2. Organisation des ARS

La loi du 5 juillet 2011 n'apporte pas de modification majeure sur le rôle des ARS. Les organisations mises en place localement continuent donc à s'instituer dans le cadre des protocoles relatifs aux modalités de coopération entre les préfets et les directeurs généraux des agences régionales de santé, conformément aux textes rappelés ci-dessus et à la circulaire DGS/MC4 n° 2011-66 du 11 février 2011 relative au rôle des agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office.

Il appartient aux directeurs généraux d'ARS de définir l'organisation interne de leur agence et les modalités pratiques de mise en œuvre de la réponse aux demandes préfectorales pour apporter la meilleure qualité de service, et répondant notamment aux exigences de délais prévus par la loi.

(1) Instruction interministérielle santé-intérieur du 24 mars 2010 sur les relations entre les préfets et les agences régionales de santé (ARS) - mesures transitoires.

Circulaire IOCA 1024175C du 24 septembre 2010 relative à la conclusion des protocoles pluriannuels entre le préfet et le DGARS.

Afin de fiabiliser les échanges avec les préfets et les établissements de santé ainsi que, le cas échéant, les établissements pénitentiaires, chaque ARS fera connaître les interlocuteurs désignés en matière de soins psychiatriques au sein de l'ARS, notamment pour les périodes d'astreinte.

2.3. Appui apporté par l'ARS

Les ARS veillent à ce que le dossier produit soit établi conformément aux textes en vigueur, notamment à ce que le dossier soumis à l'appréciation du préfet soit complet et que les documents qu'il contient soient datés, signés et exploitables.

S'agissant des pièces utiles à l'appréciation du préfet, l'ARS s'assure ainsi que l'avis médical est dactylographié, clair et précis sur les motifs qui conduisent le médecin psychiatre à proposer une mesure de contrainte, un maintien, une nouvelle modalité de prise en charge ou une mainlevée.

Dans ce cadre, l'article R. 3213-3 précise ainsi que : « lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, ils [les certificats ou avis médicaux] sont motivés au regard des soins nécessités par les troubles mentaux de la personne intéressée et des incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes. »

Cet avis sera accompagné de l'ensemble des éléments disponibles de nature à éclairer l'appréciation préfectorale (parcours médical, modalités de prise en charge, précédents connus, éventuelle décision judiciaire concluant à une irresponsabilité pénale...). Si l'avis concerne un patient relevant des dispositions particulières (cf. paragraphe 1.5 *supra*) le motif n'est transmis que lorsque le psychiatre envisage une sortie accompagnée de courte durée, une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ou une levée de la mesure de soins psychiatriques.

L'ARS récapitule l'ensemble des pièces utiles afin de faciliter l'instruction des dossiers et le contrôle interne.

D'autre part, lorsque l'avis est accompagné d'un programme de soins, en cas d'évolution de la prise en charge du patient proposée au préfet, l'ARS veille à la qualité des informations contenues dans le programme de soins, qui précise les types de soins, leur lieu de réalisation et leur périodicité.

2.4. Le rôle du médecin de l'ARS

Il est rappelé qu'il n'appartient pas aux ARS, et notamment pas aux médecins affectés à l'agence, de produire un avis médical sur le dossier et sur les certificats produits par les professionnels de santé concernés.

Le rôle du médecin de l'ARS, qui ne connaît pas le patient et n'a pas qualité d'expert, ne peut consister à porter une appréciation médicale sur le bien-fondé des mesures proposées par le psychiatre hospitalier. En revanche, sa qualité de médecin facilite les contacts avec les psychiatres des établissements de santé accueillant des patients pris en charge sans leur consentement, et, le cas échéant, les échanges entre les services de la préfecture et les médecins hospitaliers.

Ce type d'interventions est suggéré par la circulaire DGS/DAGPB/MSD/99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique toujours en vigueur, qui précise que leur qualité de médecin facilite l'établissement de liens étroits avec les professionnels de la santé, notamment avec les professionnels médicaux. Pour autant, ces médecins ne sont pas seuls chargés du suivi des soins psychiatriques sans consentement, la même circulaire précisant que ce suivi peut être réalisé par des personnels administratifs, après contrôle de la procédure initiale par un médecin.

3. Mise en œuvre

La loi et les textes d'application entrent en vigueur le 1^{er} août 2011.

Toutefois, afin de permettre l'application des dispositions du IV de l'article 18 de la loi, les dispositions relatives aux modalités de recueil de l'avis du collège pour les patients faisant l'objet d'un suivi particulier sont d'ores et déjà en vigueur, afin de permettre l'examen de leur situation par le juge des libertés et de la détention dès le 1^{er} août.

Concernant la gestion des mesures de soins psychiatriques décidées par les préfets, l'application HOPSYWEB doit toujours être utilisée. Les principaux arrêtés, initiaux et de maintien, sont actualisés et donc utilisables depuis le 2 août 2011. Les utilisateurs doivent se conformer aux nouveaux modèles d'arrêtés (cf. : voir tableaux et arrêtés annexés).

Seuls les arrêtés concernant les modalités de prise en charge et les courriers de saisine du juge des libertés et de la détention n'existent pas dans l'application.

La mise en œuvre de cette réforme dans des délais contraints et dans une période estivale justifie un suivi attentif et renforcé. Vous voudrez donc bien organiser conjointement des cellules opérationnelles associant auprès de vous les différents acteurs concernés.

Afin de vous accompagner dans cette mise en œuvre, un dossier spécifique sur le site du ministère chargé de la santé a été ouvert (www.loipsy2011.sante.gouv.fr). Il comprend une foire aux questions, qui sera régulièrement alimentée.

Nos services restent à votre disposition pour répondre à vos interrogations.

*Le directeur de cabinet
du ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer,
des collectivités territoriales
et de l'immigration,*
S. BOUILLON

*Le directeur de cabinet
de la secrétaire d'État chargée
de la santé auprès du ministre
de l'emploi, du travail et de la santé,*
F.-X. SELLERET



Communiqué de presse

Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie [Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement]

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 8 février 2012 par le Conseil d'État, dans les conditions prévues par l'article 61-1 de la Constitution, d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par l'association « Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie ». Cette question était relative à la conformité aux droits et libertés que la Constitution garantit des dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, du paragraphe II de son article L. 3211-12, du 3^e du paragraphe I de son article L. 3211-12-1 et de son article L. 3213-8.

Cette QPC portait sur des dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette loi, réformant la loi du 27 juin 1990, s'inscrit dans le prolongement de deux décisions de censure du Conseil constitutionnel (n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011). La loi du 5 juillet 2011 n'avait pas été soumise au Conseil dans le cadre du contrôle a priori de l'article 61 de la Constitution. Quatre de ses dispositions étaient contestées.

1 – L'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, relatif aux soins sans consentement, est conforme à la Constitution.

La loi du 5 juillet 2011 a permis qu'une personne puisse être soumise à des soins psychiatriques sans son consentement, soit sous la forme d'une « hospitalisation complète », soit « sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement » psychiatrique et, le cas échéant, des séjours effectués dans un tel établissement. Selon la loi, seules les mesures de soins psychiatriques ordonnées sous la forme de l'hospitalisation complète ne peuvent se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention (JLD) se soit prononcé sur leur maintien. Les requérants dénonçaient l'absence d'une telle intervention du JLD pour les soins ambulatoires.

Le Conseil constitutionnel a relevé que les personnes traitées en soins ambulatoires ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins. Aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge en soins ambulatoires ne peut être mise en œuvre pour imposer des soins ou des séjours en établissement sans que la prise en charge du patient ait été préalablement transformée en hospitalisation complète. Dès lors le grief, dirigé contre l'article L. 3211-2-1, tiré de la violation de la liberté individuelle, manquait en fait.

Par ailleurs, le Conseil a jugé que le législateur avait en l'espèce assuré, entre la protection de la santé et la protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, protégée par les articles 2 et 4 de la Déclaration de 1789, d'autre part, une conciliation qui n'est pas manifestement déséquilibrée.

2 – Le 3^e du paragraphe I de l'article L. 3211-12-1, relatif au réexamen tous les six mois des hospitalisations décidées par un juge, est conforme à la Constitution.

Le 3^e du paragraphe I de l'article L. 3211-12-1 prévoit que toute mesure d'hospitalisation ordonnée par une juridiction ou sur laquelle le JLD s'est déjà prononcé ne peut se poursuivre sans que le JLD n'ait statué sur cette mesure avant l'expiration d'un délai de six mois. Les requérants dénonçaient ce délai comme inconstitutionnel car excessif.



Cependant le Conseil constitutionnel a relevé que la loi impose un réexamen périodique, au maximum tous les six mois, des mesures de soins sans consentement sous la forme de l'hospitalisation complète sur lesquelles une juridiction judiciaire s'est déjà prononcée. Par ailleurs la loi ne fait pas obstacle à ce que le JLD puisse être saisi à tout moment aux fins d'ordonner la mainlevée immédiate de la mesure. Le Conseil constitutionnel en a conclu que le 3° du paragraphe I de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, ne méconnaît aucun droit ou liberté que la Constitution garantit.

3 – Le paragraphe II de l'article L. 3211-12 et l'article L. 3213-8, relatifs aux règles particulières applicables aux personnes hospitalisées après avoir commis des infractions pénales en état de trouble mental ou qui ont été admises en unité pour malades difficiles (UMD), sont contraires à la Constitution.

Le paragraphe II de l'article L. 3211-12 et l'article L. 3213-8 sont applicables aux personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou ayant été admises en UMD. Pour ces personnes, des conditions particulières sont prévues pour la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques. D'une part, le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis d'un collège de soignants et ne peut décider la mainlevée de la mesure sans avoir ordonné deux expertises supplémentaires établies par deux psychiatres. D'autre part, le préfet ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collège de soignants et deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres.

Le Conseil constitutionnel a, à nouveau, reconnu qu'en raison de la spécificité de la situation des personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou qui présentent, au cours de leur hospitalisation, une particulière dangerosité, le législateur pouvait assortir de conditions particulières la levée de la mesure de soins sans consentement dont ces personnes font l'objet. Toutefois, il appartient alors au législateur d'adopter les garanties contre le risque d'arbitraire encadrant la mise en œuvre de ce régime particulier.

D'une part, il n'en allait pas ainsi s'agissant des personnes ayant séjourné en UMD. Aucune disposition législative n'encadre les formes ni ne précise les conditions dans lesquelles une décision d'admission en UMD est prise par l'autorité administrative. Les dispositions contestées font ainsi découler d'une hospitalisation en UMD, laquelle est imposée sans garanties légales suffisantes, des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes admises en hospitalisation complète, notamment en ce qui concerne la levée de ces soins. Cette absence de garanties légales a été jugée contraire à la Constitution.

D'autre part, pour les personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental, les autorités judiciaires « avisent » immédiatement le préfet qui peut, après avoir ordonné la production d'un certificat médical sur l'état du malade, prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques. Le Conseil constitutionnel a relevé que la transmission au préfet par l'autorité judiciaire est prévue quelles que soient la gravité et la nature de l'infraction commise en état de trouble mental. Par ailleurs, ces dispositions ne prévoient pas l'information préalable de la personne intéressée de cette transmission. Faute de dispositions particulières relatives à la prise en compte des infractions ou à une procédure adaptée, ces dispositions font découler d'une telle décision de transmission, sans garanties légales suffisantes, des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes soumises à une obligation de soins psychiatriques, notamment en ce qui concerne la levée de ces soins. Cette absence de garanties légales méconnaît également la Constitution.

Au total, le Conseil constitutionnel a jugé que le paragraphe II de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique et l'article L. 3213-8 sont contraires à la Constitution. L'abrogation immédiate de ces dispositions aurait eu des conséquences manifestement excessives. Afin de permettre au législateur de remédier à cette inconstitutionnalité, le Conseil constitutionnel a reporté au 1^{er} octobre 2013 la date de cette abrogation.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

LE DÉFENSEUR
DES DROITS

Avis du Défenseur des droits n° 13-06

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n°2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Le Défenseur des droits a été auditionné le 11 juillet 2013 par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale sur la proposition de loi n° 1223 relative aux soins sans consentement en psychiatrie.

Le Défenseur des droits a émis l'avis ci-joint.

Le Défenseur des droits

Dominique Baudis

Le Défenseur des droits a été sollicité afin d'émettre un avis sur la proposition de loi n°1223 relative aux soins sans consentement en psychiatrie déposée le 4 juillet 2013.

Le débat en séance publique et en 1^{ère} lecture sur cette proposition de loi s'est ouvert le 25 juillet 2013 à l'Assemblée Nationale.

La majorité des modifications proposées notamment par le Défenseur des droits ont été adoptées : Suppression du certificat médical des 8 jours devant être transmis au juge dans les soins sans consentement à la demande d'un tiers ; Contrôle plus précoce du Juge des libertés et de la détention (on passe d'une décision du JLD dans les 15 jours à une décision dans les 12 jours) ; Principe de l'audience à l'hôpital (ou dans un autre proche en cas de nécessité) ; Recours à la visioconférence par le juge limitée « à titre exceptionnel » ; L'audience demeure publique, sauf demande contraire de l'une des parties, le patient pouvant exiger le huis clos ; Remise au Parlement d'un rapport sur la faisabilité d'une tenue dématérialisée du « registre de la loi ».

Le texte a été voté par le Sénat le 13 septembre 2013, pour ensuite être examiné le 17 septembre par la commission mixte paritaire (CMP).

INTRODUCTION

Le Défenseur des droits a été saisi au mois de juillet 2011 par un membre de la FNAPSY sur la question spécifique de la publicité des débats devant le Juge des libertés et de la détention et la confidentialité des informations de santé. Une réflexion s'est engagée chez le Défenseur des droits.

Le Défenseur des droits a participé aux travaux menés par la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) dont l'avis a été adopté en assemblée plénière le 22 mars 2012.

Le Défenseur des droits a par la suite organisé une table ronde le 27 septembre 2012 réunissant des acteurs du monde psychiatrique, judiciaire et administratif, portant spécifiquement sur le respect des droits des malades (respect de la dignité, de la vie privée et du secret médical) au regard de la loi du 05 juillet 2011.

En novembre 2012 a été créée la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale (y seront auditionnés par la suite, la majorité des acteurs entendus au sein du Défenseur des droits).

CHIFFRES

En 2012 : environ 1500 dossiers traités par le pôle santé, dont une cinquantaine concerne le domaine de la psychiatrie parmi lesquels une dizaine relève des soins sans consentement. Typologie : accès aux informations médicales, maltraitance, retard dans l'intervention du juge, défaut d'information des familles ...

CONTEXTE

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a bénéficié de deux années d'application.

Son démarrage a été difficile mais semble réussi, grâce notamment à la très forte implication des acteurs du monde administratif, associatif, médical et judiciaire.

Un bilan : la 1^{ère} année d'application = 72.000 mesures dans l'année, montre que tous les acteurs se sont mobilisés pour « une mise en œuvre à marche forcée » de façon globalement réussie mais à un prix lourd. Des disparités territoriales de moyens et de pratiques ont été néanmoins constatées (ex. fragilité dans la mise en œuvre des mesures de contrat de soins (soins sans consentement ambulatoires) par manque de ressources extérieures (secteurs de psychiatrie saturés)).

La table ronde a reconnu le bien fondé de la prise en compte des droits des patients malades psychiques dans le cadre particulier des soins sans consentement et donc de la privation de liberté.

Un thème, complexe, avait été écarté délibérément de la table ronde et annoncé comme tel : le statut des Unités pour malades difficiles (UMD) ainsi que la position juridique des personnes pénalement irresponsables, questions traitées par le Conseil Constitutionnel (cf. décision du 20 avril 2012).

La table ronde a confirmé qu'un débat sur les orientations générales de la loi était d'actualité. D'où la suggestion des acteurs de santé mentale d'un réexamen plus complet de la loi et de son inscription dans les références européennes.

La Commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale a auditionné le Défenseur des droits en juillet 2013 et a plus particulièrement souhaité l'entendre sur plusieurs points :

1/ Certificats médicaux produits dans les 15ers jours de l'hospitalisation:

La loi du 05 juillet 2011 a été jugée comme excessivement formelle dans son application (création de 47 nouveaux documents contre 17 dans la loi du 27 juin 1990). En se voulant protecteur des droits des patients, cet excès de formalisme, forcément chronophage, ne peut que nuire aux intérêts de leur prise en charge, notamment médicale.

L'article 7 de la proposition de loi, en supprimant la production du certificat médical de huit jours destiné à être transmis au juge, rejoint donc une demande unanime.

Il pourrait en être de même du certificat de 24 heures, le certificat de 72 heures demeurant indispensable ; le psychiatre conservant par ailleurs la possibilité de proposer de modifier à tout moment la prise en charge de son patient.

Cette disposition est importante car nous aurons observé qu'une production accrue de certificats pouvait avoir pour effet d'en appauvrir le contenu.

2/ Saisine du juge des libertés et de la détention, modalités concrètes, délai pour statuer :

L'article 5 de la proposition de loi, en diminuant le délai dont lequel il est procédé au contrôle du juge, rejoint également une demande unanime.

Les modalités concrètes de cette saisine pourraient être encore simplifiées et mieux sécurisées : la question de la dématérialisation du « registre de la loi » pourrait être ainsi posée, les éléments qu'il est destiné à faire apparaître se trouvant réunis par ailleurs. De même, les préconisations officielles en matière de cryptage des données transmises devraient être plus rigoureusement appliquées.

Plus généralement, l'article 6 de la proposition de loi prévoyant la tenue, en priorité, des audiences à l'hôpital ne peut que satisfaire au respect des droits des patients ; notamment quant à leur dignité, au respect de leur vie privée. Il satisfait également au respect du secret médical en simplifiant les possibilités de statuer en chambre du conseil (huis-clos).

On peut craindre néanmoins que les conditions matérielles posées par le texte à la tenue de ces audiences « foraines » (« salle d'audience spécialement aménagée, assurant la clarté, sécurité, sincérité des débats ainsi que l'accès du public ») ne soient interprétées avec trop de rigueur pour donner à cette disposition tout son intérêt (à partir de quel niveau d'« insatisfaction » le juge ou l'une des parties s'estimeront-ils fondés à solliciter l'audience au tribunal ?)

On peut craindre également que l'obligation posée par l'article 6 de la proposition de loi de l'assistance obligatoire du patient par un avocat et dont il faut se féliciter ne soit, de fait, entravée par l'insuffisance alléguée des conditions matérielles de cette intervention (honoraires, accès au dossier du patient...)

3/ De la table ronde organisée chez le Défenseur des droits, les propositions suivantes avaient également été avancées :

Renforcer la formation des magistrats (notamment aux troubles psychiques), les alerter sur les risques d'un formalisme juridique excessif, de la lecture in extenso des certificats médicaux, de la divulgation de l'identité du tiers.

Auditionner le malade, ne pas rendre de décisions sur dossier.

Sécuriser les transmissions d'information (mail, fax, visioconférence, rendre compatibles les systèmes hôpitaux, tribunaux), s'assurer de l'application de la circulaire DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011.

Renforcer la compétence des avocats en droit de la personne.

Renforcer le rôle des CDSP (commissions départementales des soins psychiatriques)

Réduire le nombre des certificats médicaux, réduire le délai de contrôle du juge de 14 jours à 72 heures.

AUTRES PERSPECTIVES

- Une première proposition consisterait à donner à l'institution de la " personne de confiance", trop peu présente en milieu psychiatrique, les conditions d'une réelle existence. D'abord, en amont de la prise en charge par l'établissement, sous la forme d'une sensibilisation dont serait prioritairement chargé, auprès de son patient, le médecin traitant. S'il est effectivement présent dans les moments difficiles qui précèdent l'hospitalisation, ce praticien est sans doute le mieux placé pour donner à ce patient une information que l'équipe qui le prendra en charge pourra ensuite relayer.

D'une autre manière, un « référent patient » pourrait se situer à l'admission, dans un rôle de contribution à l'accueil dont il serait chargé. Représentant d'usagers, il permettrait, avec l'accord du patient, de créer entre lui-même et l'institution qui le reçoit les conditions minimales d'un indispensable dialogue. Des expériences de ce genre menées à l'étranger (notamment aux Pays-Bas) ont montré tout leur intérêt, au point de faciliter rapidement, chez de très nombreux patients, la compréhension de leur situation et de susciter leur adhésion à un programme de soins dispensés en hospitalisation libre.¹

- Une seconde propose de donner à la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des moyens plus effectifs dans l'accomplissement d'une mission plus régulière de contrôle, de visite et de traitement des réclamations. Sa composition, ses moyens et les conditions de son fonctionnement pourraient être précisées en ce sens.

- Une troisième proposition consisterait à réfléchir à l'institution d'un juge orienté vers des populations vulnérables, parmi lesquelles les patients hospitalisés en psychiatrie, plus particulièrement lorsqu'ils relèvent de soins sans consentement.

En touchant le grand âge, l'enfance, l'incapacité et la santé, toutes ces situations de vulnérabilité s'inscrivent en effet dans des problématiques proches et peuvent légitimer une telle réflexion sur un juge « dédié ».

¹ Une expérience de cette nature menée dans un établissement public de santé mentale (EPSM) du Nord s'est révélée concluante, en se bornant aux seuls patients admis en hospitalisation libre, et en s'appuyant sur d'anciens patients investis d'une mission de « médiateur de Santé Paire ».



SUJET : PSYCHIATRIE-SANTE MENTALE JUSTICE PARLEMENT PATIENTS-USAGERS HOPITAL ESPIC CLINIQUE ARS JOURNAL OFFICIEL PRISON

Publication de la loi réformant les soins sans consentement en psychiatrie

PARIS, 30 septembre 2013 (APM) - La loi réformant les soins sans consentement en psychiatrie et modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 a été publiée au Journal officiel dimanche.

C'est donc juste à temps que cette loi est publiée, puisque le législateur avait jusqu'à mardi 1er octobre pour modifier le texte de 2011, suite à l'annulation de deux dispositions par le Conseil constitutionnel en avril 2012.

Ces deux dispositions concernaient le régime spécifique de mainlevée d'une hospitalisation sous contrainte pour les personnes ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental ou ayant été admises en unité pour malades difficiles (UMD), rappelle-t-on (cf APM VGPDK003).

Le député Denys Robiliard (PS, Loir-et-Cher) avait déposé sa proposition de loi le 3 juillet et le Parlement a définitivement adopté le texte jeudi 19 septembre (cf APM VGQIJ002).

Le titre I de cette loi composée de 14 articles est consacré au "renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement". Le chapitre premier précise la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

L'article premier du texte précise la loi du 5 juillet 2011, en réécrivant l'article L3211-2-1 du code de la santé publique qui définit les modes de prise en charge des patients en soins psychiatriques sans consentement. Il décrit notamment le type de prise en charge (hospitalisation complète, soins ambulatoires ou encore soins à domicile) et la procédure pour l'établissement et la modification du programme de soins.

Un décret en Conseil d'Etat doit déterminer les conditions de ce programme de soins, "le type de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation". Par ailleurs, ce programme "ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient", que par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

L'article 2 réintroduit la possibilité d'autorisation de sorties de courte durée pour les personnes faisant l'objet de soins sans consentement en hospitalisation complète. Le texte précise les conditions de la sortie accompagnée de 12 heures maximum, et de la sortie non accompagnée d'une durée de 48 heures maximum.

L'article 3 complète le dispositif de traitement des urgences psychiatriques sous l'égide des agences régionales de santé (ARS). Les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement peuvent être prises en charge et transportées sans leur consentement "lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état".

L'article 3 prévoit aussi que les députés, les sénateurs et les parlementaires européens français puissent visiter "à tout moment" les établissements de santé

concernés.

LES UMD A NOUVEAU DANS LE CHAMP REGLEMENTAIRE

Le chapitre II de la loi vise à l'"amélioration du contrôle du juge des libertés et de la détention [JLD] sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement".

Suite à la décision du Conseil constitutionnel d'avril 2012, la loi retire donc son statut légal aux UMD, qui retournent dans le droit commun des services hospitaliers, en supprimant du code de la santé publique les dispositions y faisant référence. Ces unités soignent des patients dont le comportement n'est pas compatible avec le maintien dans des services de psychiatrie générale, rappelle-t-on.

L'article 4 réécrit l'article L3211-1 du code de la santé publique et définit un nouveau régime de mainlevée pour les patients déclarés pénalement irresponsables ou ayant commis des actes graves punis d'au moins cinq ans de prison en cas d'atteinte aux personnes, ou d'au moins 10 ans en cas d'atteinte aux biens.

Pour décider de la mainlevée des soins sans consentement, le juge des libertés et de la détention doit statuer sur la base de l'avis d'un collège de deux psychiatres et d'un soignant, et ne peut ordonner la mainlevée qu'après deux expertises réalisées par des psychiatres. Un décret en Conseil d'Etat doit fixer le délai maximum dans lequel l'avis du collège et les deux expertises doivent être produits.

Dans l'article 5, le JLD doit statuer sur l'hospitalisation sous contraintes dans les 12 jours suivant l'admission du patient, au lieu de 15 actuellement. Il doit être saisi dans les huit jours par le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat. Il a donc quatre jours minimum pour statuer.

L'article 6 prévoit les conditions d'audience dans l'établissement accueillant le patient, mais laisse la possibilité de salles mutualisées entre plusieurs établissements. Ainsi le juge peut statuer "en cas de nécessité" dans une salle d'audience "sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance [TGI], dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le TGI et l'agence régionale de santé [ARS]".

Après bien des discussions en séance, et contre l'avis de la ministre des affaires sociales et de la santé, le recours à la visioconférence est en revanche définitivement exclu (cf APM MHQIB004).

L'article 7 précise les conditions dans lesquelles l'ordonnance du JLD peut faire l'objet d'un appel et notamment que, dans le cas où c'est le directeur d'établissement ou le représentant de l'Etat qui demande la poursuite de l'hospitalisation, un avis du psychiatre de l'établissement est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard 48 heures avant l'audience.

CONSOLIDATION DES PROCEDURES POUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT

Le titre II de la loi vise à la "consolidation des procédures applicables aux mesures de soins psychiatriques sans consentement". Le chapitre premier et son article 8 posent la "rationalisation du nombre de certificats produits dans le cadre d'une mesure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent" (cf APM VGQIH003).

L'article 9 stipule que dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, le gouvernement remet au Parlement un rapport sur la dématérialisation du registre sur lequel chaque établissement de santé concerné doit retranscrire ou reproduire toutes les informations concernant les mesures de soins mises en oeuvre dans l'établissement.

Le chapitre II et son article 10 visent la "rationalisation du nombre de certificats médicaux produits et [la] clarification des procédures applicables dans le cadre d'une

mesure de soins sur décision d'un représentant de l'Etat".

Sur la lancée de la décision du Conseil constitutionnel, l'article 11 abroge l'article L3222-3 du code de la santé publique qui stipulait que certains patients ne pouvaient être pris en charge que dans une UMD.

Le titre III -"Modalités de prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux"- ne comporte qu'un seul article, l'article 12. Il stipule que les personnes détenues hospitalisées avec leur consentement doivent l'être "au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée [UHSA]" et celles hospitalisées sans leur consentement le sont "au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée".

Enfin le titre IV de la loi et ses deux articles (13 et 14) portent sur des "dispositions finales et transitoires".

(Journal officiel, dimanche 29 septembre, texte 1)

v1/ab/APM poison
redaction@apmnews.com

VLQIU002 30/09/2013 14:40 ACTU

©1989-2014 APM International.



**SUJET : PYSCHIATRIE-SANTE MENTALE DIRECTEURS MEDECINS SYNDICATS
FINANCES PATIENTS-USAGERS RESSOURCES HUMAINES**

Le Syncass-CFDT se félicite des "avancées" législatives relatives aux soins sans consentement

PARIS, le 1er octobre 2013 (APM) - Le Syndicat de national des directeurs, cadres, médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés-CFDT (Syncass-CFDT) s'est félicité lundi dans un communiqué des "avancées" législatives relatives aux soins sans consentement.

La loi réformant les soins sans consentement en psychiatrie et modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 a été promulguée au Journal officiel dimanche (cf APM VLQIU002).

Le Syncass-CFDT salue, avec cette loi, "une première avancée".

Trois points du nouveau texte retiennent particulièrement l'attention du syndicat.

D'abord, il "incite les magistrats à se délocaliser au sein des établissements de santé, afin que l'audience évite les déplacements des patients au sein des tribunaux", ce qui "prévient de très importants problèmes de sécurité et de sous-encadrement au sein des unités de soins", observe le Syncass-CFDT.

Ensuite, le texte "simplifie et allège les procédures, en réduisant le nombre de certificats, ainsi que les délais d'examen, en avançant le contrôle du juge à 12 jours et non à 15 afin d'être au plus près de la réalité".

Enfin, il simplifie les modalités d'élaboration des programmes de soins en facilitant la programmation "selon un calendrier plus cohérent et non perturbé par des procédures éloignant le patient", souligne le syndicat.

Pour autant, le Syncass-CFDT "regrette" que la psychiatrie ne soit examinée qu'en procédure d'urgence pour répondre à une question prioritaire de constitutionnalité et "sur le seul versant des soins contraints".

De fait, le texte promulgué dimanche répond notamment à l'annulation par le Conseil constitutionnel en avril 2012 de deux dispositions de la loi de 2005 sur les soins psychiatriques sans consentement (cf APM VGPDK003).

"Sans rien ôter à la pertinence de la démarche faite en urgence, la psychiatrie mérite mieux qu'un rapide examen estival", précise le Syncass-CFDT en rappelant que la plupart des usagers de psychiatrie ne font l'objet ni d'une hospitalisation, ni de soins contraints.

Le syndicat réclame une "discussion approfondie" sur la psychiatrie et la santé mentale, "prenant le temps de la concertation et mettant en perspective les besoins de la société et les réponses des politiques publiques".

Il plaide aussi pour que "le gouvernement, puis le Parlement" se penchent sur les modalités de financement et les qualifications des personnels. Il demande une

"approche d'ensemble, cohérente" et non des initiatives "isolées, au détour du recueil informatisé des actes", afin de revoir la répartition des ressources entre établissements.

Le Syncass-CFDT demande "une concertation, dans une logique de santé publique" afin que la santé mentale ne soit plus examinée par "le prisme des faits divers ou de la contrainte".

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé présentée le 23 septembre, la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, avait annoncé que la santé mentale serait l'une des priorités de santé publique inscrites de la loi de santé présentée en 2014, rappelle-t-on (cf APM VLQIN001).

vi/cb/APM polsan
redaction@apmnews.com

VLQJ1002 01/10/2013 12:23 ACTU

©1989-2014 APM International.

«On assiste à une forte dérive de la psychiatrie»

Eric FAVEREAU 25 décembre 2013 à 18:26 (Mis à jour : 28 décembre 2013 à 10:29)



Dans un hôpital psychiatrique de Lyon, en 2006. (Photo Jean-Philippe Ksiazek, AFP)

INTERVIEW

Denys Robiliard, rapporteur d'une mission parlementaire sur la santé mentale, pointe une forte augmentation des mesures de contention et des hospitalisations sous contrainte.

Denys Robiliard poursuit son chemin. Dans une relative solitude, ce député socialiste du Loir-et-Cher a porté pendant un an une «mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie». Il l'a fait, sans œillère, recevant tous les acteurs de cet univers fragmenté. En mai, dans un prérapport, il avait pointé une «hausse énorme» du nombre d'hospitalisations en psychiatrie sans le consentement de la personne : plus de 50% en cinq ans.

Etat des lieux, à l'occasion de la fin de sa mission, d'une psychiatrie publique en panne d'avenir.

Ces dernières années, il y a eu beaucoup de rapports sur la psychiatrie qui préconisaient souvent des recommandations similaires. Mais ils n'ont pas été suivis d'effet...Aucune des recommandations n'a en effet été mise en œuvre. Peut-être que cela pointe une force d'inertie du côté des soignants en psychiatrie, une sorte de résistance au changement. Quel est votre diagnostic ?

Le paysage psychiatrique n'est pas stable, et surtout il ne va plus l'être. D'abord, il est clairement confronté à un problème d'effectifs, avec des perspectives délicates : plus de 20% des postes de psychiatre sont vacants dans le public.

En même temps, il n'y a jamais eu autant de psychiatres en France...

Nous avons une forte densité : 22 psychiatres pour 100 000 habitants. Seule la Suisse fait mieux avec 45. Mais nous avons une mauvaise répartition entre le public et le libéral. Et même dans le libéral, s'il y a pléthore de psychiatres dans certaines zones, d'autres sont assez dépourvues : 80% des psychiatres exercent dans des villes de plus de 50 000 habitants. Comme pour le reste des médecins, nous avons de forts déséquilibres régionaux et, dans cinq ans, près de 40% des psychiatres vont prendre leur retraite. Dans ce contexte, ne rien faire est impossible ou suicidaire.

Que faire alors ?

Il n'y a pas le choix : nécessité faisant loi. On va faire avec des délégations de compétence des psychiatres vers les psychologues, les infirmiers, comme cela se pratique en Allemagne, en Grande-Bretagne, aux États-Unis. Des actes médicaux doivent pouvoir être effectués par d'autres. Sans baisser la qualité des soins, on peut ainsi réarticuler les exercices professionnels pour permettre d'assurer l'offre de soins nécessaire.

Dans votre pré-rapport, vous aviez pointé le développement des mesures de contention qui se multiplient...

Oui, on assiste là à une forte dérive : s'il y a un indice pour mesurer la dégradation de la psychiatrie, c'est bien celui-là. C'est ce que nous a dit fortement le docteur Jean-Claude Pénocet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux : «*La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée.*» Or, tous les acteurs notent une progression des mesures de contention, avec les chambres d'isolement, les mesures aussi pour attacher les malades, certains pointant même une culture de personnel soignant qui a été modifiée. La docteure Christiane Santos, secrétaire générale de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique, a mené une enquête qui a fait ressortir que la pratique de la contention était utilisée partout.

Les raisons invoquées ?

Souvent, on évoque la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation de ces équipes et le manque de formation des infirmiers et des jeunes médecins.

Et cela va de pair avec la hausse des hospitalisations sans consentement...

C'est impressionnant aussi. Y a-t-il un air du temps qui fait de la sécurité un principe directeur ? Comment inverser cette tendance vers une psychiatrie de la contrainte ?

Je ne suis pas psychiatre, je n'ai aucun titre, je regarde avec les yeux du citoyen. Mais comment se fait-il que, dans certains hôpitaux, il y ait un recours très fréquent à la contention et pas dans d'autres ? Le monde de la psychiatrie doit affronter cette question. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, est allé plus loin. Il a insisté sur «*les fortes différences de régimes qui peuvent exister entre les unités dans un hôpital déterminé [...] Ce ne sont donc pas les types d'affection qui vont déterminer le régime, mais la volonté du responsable d'unité, qui va définir un régime particulier*». Autre exemple : Jean-Marie Delarue évoque l'accès au téléphone portable. Il est autorisé dans certaines unités, sans guère de restrictions ; dans d'autres, il faut quémander le droit d'utiliser son propre téléphone. Aucune raison ne justifie de telles différences car, s'agissant des droits des malades, les régimes doivent être identiques sauf si la nature de la maladie s'y oppose.

Quelles mesures proposez-vous ?

Les chambres d'isolement comme les mesures de contention doivent être des solutions de dernier recours : elles relèvent d'une prescription médicale individuelle, prise pour une durée limitée dont la mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte. Ce qui n'est pas le cas actuellement. Nous demandons aussi de constituer un registre administratif dans chaque établissement, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre. Ces pratiques, au minimum, doivent être explicitées.

Vous insistez sur le rôle clé du secteur...

Oui, en santé mentale, nous sommes souvent sur des maladies au long cours. Le secteur qui définit un cadre géographique avec une offre de soins variés, est une donnée essentielle.

Finalement, comment caractérisez-vous le climat actuel ?

Le monde de la psychiatrie est ballotté, en attente. Il espérait une grande loi de santé mentale. Ce ne sera pas le cas, comme nous l'a redit la ministre de la Santé, Marisol Touraine. On le sait, la psychiatrie est un monde relativement éclaté. Le consensus ne la caractérise pas. En même temps, méfions-nous de la normalisation, il n'y a pas de remède miracle, ce pluralisme est important. Il est le garant de notre liberté.

Recueilli par Eric Favreau

