



**CYCLE DE FORMATION DES ELEVES
ATTACHES D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE
SESSION 2016**

*

31 mai, 1^{er} et 02 juin 2016

Concours EXTERNE, INTERNE et 3^{ème} CONCOURS

Mercredi 1^{er} juin 2016

2^{ème} épreuve d'admissibilité :

NOTE REDIGEE A PARTIR D'UN DOSSIER, PERMETTANT DE VERIFIER L'APTITUDE DU CANDIDAT A FAIRE L'ANALYSE ET LA SYNTHESE D'UNE QUESTION RELATIVE A L'ORGANISATION ET A LA GESTION DANS LE DOMAINE SANITAIRE, SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL.

Durée 4 heures – Coefficient 4

Sujet : 46 pages + 2 pages (page de garde + liste des pièces jointes)

« A la lumière du dossier ci-joint, vous rédigerez une note à l'attention de votre Directeur sur le dispositif juridique organisant les soins sans consentement et les questions posées afin qu'il fasse une communication sur ce point au Conseil de Surveillance de votre établissement. Vous aborderez dans cette note d'une part, le cadre juridique dans lequel s'opère un tel dispositif et ses différentes modalités et, d'autre part, les questions soulevées par ce dispositif ».

IMPORTANT !

Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages de leur document. Les pages blanches ne sont pas numérotées.

Liste des documents

1. Code de la santé publique - (page 1 à 10)
2. *Rapport de M Denis ROBILIARD – (page 11 à 22)*
3. *APMnews : juridique psychiatrie justice hôpital patients-usagers ESPIC - (page 23)*
4. *APMnews : établissements de santé psychiatrie prison accès aux soins justice hôpital éthique-déontologie journal officiel clinique ESPIC - (page 24 à 26)*
5. *APMnews : établissements de santé psychiatrie accès aux soins clinique ESPIC ethnique-déontologie hôpital journal officiel justice prison - (page 27)*
6. *APMnews : juridique psychiatrie justice hôpital patients-usagers ESPIC - (page 28)*
7. *Entretien avec Denys ROBILIARD - (page 29 à 35)*
8. *Santé mentale : quels choix politiques ? - (page 36 à 41)*
9. *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien traiter - (page 42 à 43)*
10. *FOCUS : les tribunes de la santé - (page 44 à 46)*

**CODE LA SANTÉ PUBLIQUE
(Version en vigueur en mars 2016)**

Chapitre Ier : Droits des personnes hospitalisées.

Article L3211-1 En savoir plus sur cet article...

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre.

Toute personne hospitalisée 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 L3211-2 En savoir plus sur cet article...

Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Article L3211-3 En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 120 JORF 11 août 2004

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

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 ;
- 3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- 4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- 5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- 6° D'exercer son droit de vote ;
- 7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Article L3211-4 En savoir plus sur cet article...

Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en oeuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Article L3211-5 En savoir plus sur cet article...

A sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

Article L3211-6 En savoir plus sur cet article...

Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 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 l'un des établissements mentionnés aux articles L. 3222-1 et L. 3222-2, 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.

NOTA :

La présente version de cet article est en vigueur jusqu'au 1er janvier 2009.

Article L3211-7 En savoir plus sur cet article...

La personne hospitalisée sans son consentement 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.

Si une tutelle a été constituée, les significations sont faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles doivent être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

Article L3211-8 En savoir plus sur cet article...

Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre.

Article L3211-9 En savoir plus sur cet article...

Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1.

Ce curateur veille :

1° A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

Article L3211-10 En savoir plus sur cet article...

Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

Article L3211-11 En savoir plus sur cet article...

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'[article L. 6121-2](#).

La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;

2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Article L3211-11-1 En savoir plus sur cet article...

Créé par [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 19 JORF 5 mars 2002](#)

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

Article L3211-12 En savoir plus sur cet article...

Modifié par [Loi n°2000-516 du 15 juin 2000 - art. 49](#)

Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin,

un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

Article L3211-13 En savoir plus sur cet article...

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre II : Hospitalisation sur demande d'un tiers.

Article L3212-1 En savoir plus sur cet article...

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

- 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;
- 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

Article L3212-2 En savoir plus sur cet article...

Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 ou de l'article L.

3212-3 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

Article L3212-3 En savoir plus sur cet article...

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Article L3212-4 En savoir plus sur cet article...

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

Article L3212-5 En savoir plus sur cet article...

Dans les trois jours de l'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;

2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

Article L3212-6 En savoir plus sur cet article...

Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le représentant de l'Etat dans le département, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désigne.

Article L3212-7 En savoir plus sur cet article...

Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités.

Le certificat médical est adressé aux autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et selon les modalités prévues à ce même alinéa.

Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

NOTA :

Dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (NOR : CSCX1030159S), le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 337 du code de la santé publique, devenu son article L. 3212-7. La déclaration d'inconstitutionnalité prend effet le 1er août 2011 dans les conditions fixées au considérant 41.

Article L3212-8 En savoir plus sur cet article...

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, les procureurs de la République mentionnés à l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

Le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

Article L3212-9 En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 19 JORF 5 mars 2002

Une personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

- 1° Le curateur nommé en application de l'article L. 3211-9 ;
- 2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;
- 3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;
- 4° S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;
- 5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;
- 6° Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;
- 7° La commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononce dans un délai d'un mois.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sans préjudice des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-6, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux

dispositions de l'article L. 3213-1. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le représentant de l'Etat dans le département n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

Article L3212-10 (abrogé au 1 août 2011) En savoir plus sur cet article...

Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le représentant de l'Etat dans le département ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et les procureurs mentionnés à l'article L. 3212-5 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 3212-9.

Article L3212-11 En savoir plus sur cet article...

Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

- 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;
- 2° La date de l'hospitalisation ;
- 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;
- 4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;
- 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
- 6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-8 ;
- 7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 3211-11 ;
- 8° Les levées d'hospitalisation ;
- 9° Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

Article L3212-12 En savoir plus sur cet article...

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre III : Hospitalisation d'office.

Article L3213-1 En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 19 JORF 5 mars 2002

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 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. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

NOTA :

Dans sa décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 (NOR : CSCX1115973S), le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3213-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution. La déclaration d'inconstitutionnalité prend effet le 1er août 2011 dans les conditions fixées au considérant 16.

Article L3213-2 En savoir plus sur cet article...

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, 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, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Article L3213-3 En savoir plus sur cet article...

Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 par le directeur de l'établissement.

Article L3213-4 En savoir plus sur cet article...

Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.

NOTA :

Dans sa décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 (NOR : CSCX1115973S), le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3213-4 du code de la santé publique contraire à la Constitution. La déclaration d'inconstitutionnalité prend effet le 1er août 2011 dans les conditions fixées au considérant 16.

Article L3213-5 En savoir plus sur cet article...

Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai.

Article L3213-6 En savoir plus sur cet article...Modifié par Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 19 JORF 5 mars 2002

A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

Article L3213-7 En savoir plus sur cet article...Modifié par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 5

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Article L3213-8 En savoir plus sur cet article...

Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

Article L3213-9 En savoir plus sur cet article...

Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

Article L3213-10 En savoir plus sur cet article...

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre IV : Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.**Article L3214-1 En savoir plus sur cet article...**Modifié par Loi 2002-1138 2002-09-09 art. 48 | 1°, 3° 10 septembre 2002Modifié par Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - art. 48

L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

Article L3214-2 En savoir plus sur cet article...Modifié par Loi 2002-1138 2002-09-09 art. 48 | 1°, 3° 10 septembre 2002

Modifié par Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - art. 48

Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L. 3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat visé à l'article L. 3214-5.

Article L3214-3 En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi 2002-1138 2002-09-09 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002

Modifié par Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - art. 48

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.

Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1.

Article L3214-4 (abrogé au 1 août 2011) En savoir plus sur cet article...

Modifié par Loi 2002-1138 2002-09-09 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002

Modifié par Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - art. 48

La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L. 3213-3, L. 3213-4 et L. 3213-5.

Article L3214-5 En savoir plus sur cet article...

Créé par Loi 2002-1138 2002-09-09 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002

Créé par Loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 - art. 48

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA PROPOSITION
DE LOI *relative aux soins sans consentement en psychiatrie*,

(Procédure accélérée)

PAR M. Denis ROBILIARD,

Député.

INTRODUCTION

I.- LES INSUFFISANCES DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

A. UNE LOI AMBIVALENTE

1. Une loi née sous les auspices du discours d'Antony

Après le meurtre d'un étudiant à Grenoble par une personne souffrant de troubles mentaux le 13 novembre 2008 ⁽¹⁾, le Président de la République Nicolas Sarkozy avait demandé aux ministres de l'intérieur, de la justice et de la santé de l'époque, de préparer une réforme de l'hospitalisation psychiatrique portant, notamment, sur les conditions de sortie des malades mentaux.

À l'occasion de sa visite à l'hôpital Erasme d'Antony le 2 décembre 2008, le chef de l'État avait ainsi prononcé un discours où il exposait sa conception de l'hospitalisation sous contrainte. Revenant sur les circonstances du meurtre, il avait déclaré : « *J'ai été choqué par cette affaire. Voilà une personne - le futur meurtrier - qui avait déjà commis plusieurs agressions très graves dans les murs et hors les murs ! Voilà une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties d'essai par semaine ! Et j'entends dire que rien n'indiquait que cette personne pouvait à nouveau passer à l'acte, que rien n'avait été fait pour renforcer sa surveillance ?* ». Considérant que « *ces faits divers doivent tous nous interroger sur les lacunes qu'ils peuvent révéler dans le système d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge. Surtout lorsque ces drames ne peuvent être imputés à la fatalité.* », le Président de la République avait alors appelé de ses vœux une réforme de la prise en charge psychiatrique permettant de « *trouver un équilibre entre la protection de la société et la réinsertion du patient* » : « *Mon devoir, notre devoir, c'est aussi de protéger la société et nos*

compatriotes. L'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale, ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte ».

Le Président de la République avait conclu à la nécessité de mettre en place un **plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques**, permettant de mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et à prévenir les fugues, grâce, entre autres, à la création de nouvelles unités fermées et de chambres d'isolement, la mise en place de dispositifs de géo-localisation des patients ou encore la création d'unités supplémentaires pour malades difficiles. Il avait enfin annoncé un **nouvel encadrement des sorties des patients**, que ce soit en sortie d'essai ou en sortie définitive, sur la base d'un avis rendu par un collège de trois soignants.

Cette feuille de route a trouvé sa traduction dans le projet de loi n° 2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, déposé à l'Assemblée nationale le 5 mai 2010. Ce projet de loi contenait en effet des dispositions spécifiques quant aux modalités de sortie de soins de deux catégories de patients :

– les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire qui font ou ont fait l'objet d'une **déclaration d'irresponsabilité pénale** ;

– les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État qui séjournent ou ont séjourné, pendant au moins un an, dans une **unité pour malades difficiles** (UMD).

Le projet de loi prévoyait des mesures de précaution renforcées pour ces deux catégories de malades consistant en des avis médicaux supplémentaires requis lorsqu'il est envisagé de modifier la forme de prise en charge ou de prononcer la levée des hospitalisations dont ces patients font l'objet. La portée de ces dispositions a été encadrée à l'occasion des débats parlementaires par l'introduction d'un dispositif dit de « droit à l'oubli » permettant de ne pas prendre en compte les « antécédents » des patients admis en soins sans leur consentement, c'est-à-dire les hospitalisations dont ils avaient déjà pu faire l'objet à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou incluant un séjour en UMD, lorsque ces antécédents remontaient à une période ancienne et que les mesures de soins correspondantes avaient pris fin depuis plus de dix ans.

....

2. La dissociation entre l'obligation de soins et leurs modalités

La loi du 5 juillet 2011 ne peut toutefois être cantonnée au seul aspect sécuritaire de certaines de ses dispositions, car elle comporte également un volet sanitaire très important. Elle introduit en effet une **révolution conceptuelle dans la philosophie des soins sous contrainte** en substituant la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement. Il s'agit là d'un changement de paradigme majeur visant à réduire l'enfermement à une modalité de soins parmi d'autres.

Cette évolution est issue d'une réflexion de longue date sur les modalités de soins psychiatriques sous contrainte, ayant notamment abouti à un certain nombre de propositions de réforme formulées en 2005 dans le cadre des travaux d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) ⁽⁴⁾.

La mission avait ainsi recommandé de **passer du régime de l'hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte**, afin de dissocier l'obligation de se soigner de ses modalités. La mission jugeait en effet regrettable que le régime de l'hospitalisation sous contrainte ne permette pas de disposer de solutions variées, adaptées à la singularité de la situation de chaque patient, et ne propose pour seule réponse que l'enfermement dans un hôpital psychiatrique.

L'objectif poursuivi par la loi du 5 juillet 2011 était donc, concrètement, de favoriser l'accès à toutes les solutions thérapeutiques, tout en remédiant à la « précarité » juridique du dispositif des sorties d'essai. La mission de 2005 avait en effet également dénoncé le **dévolement de la pratique des sorties d'essai**, celles-ci se poursuivant, parfois pendant des années, en référence à une hospitalisation initiale déconnectée de la réalité d'une prise en charge en ambulatoire.

....

Le rapporteur se félicitait notamment de la « *fin du primat de l'enfermement ou de l'internement* » et mettait en exergue plusieurs évolutions significatives dans le dispositif de prise en charge :

- la création d'une **période d'observation de soixante-douze heures** sous forme d'hospitalisation complète, dont la fin se matérialise par l'établissement d'un certificat médical spécifique, lequel recommande, le cas échéant, une forme de prise en charge et prévoit un programme de soins adapté ;
- la possibilité pour le psychiatre de proposer à tout moment, au-delà de la période d'observation, de **passer d'une prise en charge hospitalière à une prise en charge sous une autre forme** ;
- enfin, la possibilité de **réintégrer le patient** suivi en soins ambulatoires dans une structure hospitalière, **en cas de non-respect du programme de soins**.

3. L'introduction d'un contrôle judiciaire systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement

Enfin, la loi du 5 juillet 2011 acte un renforcement sans précédent des droits des patients faisant l'objet de soins sans consentement.

Dès sa version initiale, le projet de loi prévoyait des dispositions visant à prendre en compte les recommandations émises sur la base de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ou formulées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, telles que la garantie d'une information régulière des patients sur leurs droits, notamment de recours, et sur leur état de santé ainsi que le recueil systématique de leurs observations sur les décisions les concernant. Mais ce n'est pas là la mesure principale de la loi, qui instaure par ailleurs un **contrôle systématique des mesures de soins sous forme d'hospitalisation complète par le juge des libertés et de la détention** dans les 15 jours suivant l'admission ou la réadmission en soins (en cas d'échec du programme de soins) puis tous les six mois.

...

Un pas considérable a néanmoins été franchi avec la **décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel**. Dans cette décision, le Conseil a en effet déclaré contraires à l'article 66 de la Constitution, avec prise d'effet le 1^{er} août 2011, les dispositions du code de la santé publique permettant de maintenir une personne en hospitalisation sous contrainte au-delà de quinze jours sans l'intervention du juge judiciaire, estimant que la liberté individuelle ne pouvait être tenue pour sauvegardée que si le juge intervenait dans un délai le plus court possible. Le Conseil a également rappelé que les conditions d'admission en soins devaient permettre de garantir que l'hospitalisation n'était mise en œuvre que dans les cas où elle est « *adaptée, nécessaire et proportionnée* » à l'état du malade. Ainsi, s'il a considéré que les garanties encadrant l'entrée dans le dispositif d'hospitalisation sans consentement étaient suffisantes, le juge constitutionnel n'en a pas moins insisté sur la diversité, non seulement, des certificats requis à cet effet mais également des médecins appelés à les établir.

La transcription dans la loi des principes dégagés par le Conseil constitutionnel a ainsi eu pour corollaire de **réexaminer la question de l'allègement des exigences en matière de certificats médicaux** établis préalablement à l'admission ⁽⁶⁾ pour se traduire *in fine* par une augmentation considérable du nombre de certificats et d'avis produits par les psychiatres aux différents stades de la procédure d'entrée et de maintien en soins.

...

B. UNE LOI DONT L'IMPACT A ÉTÉ MAL ANTICIPÉ

1. De nouvelles obligations à assumer pour les professionnels de la santé et de la justice

a) Dans les établissements de santé

La charge administrative supplémentaire que représente pour les professionnels de santé la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 est revenue comme un leitmotiv dans les auditions menées par votre rapporteur. La lourdeur des procédures mises en place par la loi et notamment le **nombre de certificats médicaux à produire** constitue pour les psychiatres un mal d'autant plus aigu qu'il ne leur apparaît pas justifié.

....

Quant à la **distinction entre psychiatre participant et psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient**, introduite afin d'associer un regard extérieur à celui du médecin traitant dans la rédaction de certains avis (notamment de l'avis conjoint accompagnant la saisine du juge des libertés et de la détention), de l'opinion unanime de tous les interlocuteurs rencontrés, elle ne correspond en rien à la pratique médicale qui s'articule autour d'une équipe soignante au sein de laquelle plusieurs psychiatres peuvent être amenés à connaître régulièrement ou ponctuellement du cas de certains patients.

Cette complexité, qui avait déjà été en grande partie identifiée lors de l'examen du projet de loi en 2011, a été de nouveau soulignée dans le rapport d'application de Guy Lefrand et Serge Blisko ⁽⁷⁾ amenant ses auteurs à recommander la création d'un groupe de travail *ad-hoc*.

...

b) Dans les juridictions

Pour mettre en œuvre la loi du 5 juillet 2011, les chiffrages exposés dans l'étude d'impact du projet de loi n° 3116 évaluaient les besoins globaux en effectifs des services relevant du ministère de la justice comme suit :

- magistrats : entre 77,71 et 80,63 équivalents temps plein travaillé (ETPT) ;
- fonctionnaires de catégorie B : entre 59,53 et 61,61 ETPT ;
- fonctionnaires catégorie C : entre 7,62 et 7,82 ETPT.

C'est cependant à **moyens constants** que les personnels relevant de ce ministère – magistrats et greffiers – ont dû faire face au surcroît d'activité représentée par la mise en œuvre de la loi. En février 2012, dans leur rapport d'application sur le texte, Guy Lefrand et Serge Blisko avaient cependant alerté le Gouvernement de l'époque sur la gestion à flux tendu du contentieux de l'hospitalisation sous

contrainte : « *La plupart des personnes auditionnées par vos rapporteurs, et notamment les syndicats de magistrats, ont souligné que les efforts initialement et temporairement consentis pour faire en sorte que la loi soit appliquée, ne pourraient perdurer durablement sans moyens nouveaux* ».

)...)

2. De nouvelles modalités de prise en charge aux conséquences incertaines

a) Les soins sans consentement hors hospitalisation complète : une extension contestée...

Si le passage de l'hospitalisation sans consentement aux soins sans consentement n'a pas été « inventé » par la loi du 5 juillet 2011 mais repose sur une réflexion préalable, argumentée, notamment dans le rapport de la mission conjointe des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005, cette évolution continue néanmoins de susciter de nombreuses oppositions dans le milieu médical.

Nombre de psychiatres considèrent en effet qu'elle s'apparente à une aberration théorique, les soins sans consentement supposant une contrainte susceptible de s'exercer uniquement au sein d'un établissement de santé. En mettant en place des programmes de soins, la loi du 5 juillet 2011 a ainsi créé un « **entre-deux** » **entre la contrainte exercée en hospitalisation complète et l'alliance thérapeutique consentie sur laquelle reposent les soins libres**. Si, comme l'a confirmé le Conseil constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012 (*cf. infra*), l'exercice de la contrainte est limité à la sphère hospitalière, il pèse néanmoins sur le patient en programme de soins une obligation légale et morale de respecter ce programme, obligation assortie d'une sanction : le retour éventuel en hospitalisation complète en cas d'échec.

(...)

Il convient en revanche de souligner que l'institutionnalisation et la généralisation des prises en charge en soins sans consentement hors hospitalisation complète supposeraient *a priori* la mobilisation de moyens considérés par la mission conjointe IGAS/IGSJ comme des conditions *sine qua non* de la réussite de la réforme. Le rapport de la mission soulignait à cet égard le **manque de structures alternatives à l'hôpital** pour prendre en charge les patients.

(...)

b) ... à la mise en œuvre complexe

Au-delà du strict plan théorique, la définition et la mise en œuvre des programmes de soins ont suscité après l'entrée en vigueur de la loi des difficultés importantes liées :

– d'une part, à la **suppression du dispositif des sorties d'essai**, rendant impératif de mettre en œuvre un programme de soins à chaque sortie ;

– d'autre part, à la **réintégration des patients en hospitalisation complète** suite à l'échec du programme, la loi ayant laissé le soin aux acteurs locaux de s'entendre pour organiser la prise en charge des patients en amont et en aval de l'hospitalisation.

(...)

3. Une réflexion inaboutie sur les modalités d'admission en soins

La loi du 5 juillet 2011 avait pour mandat de réformer la loi de 1990 : elle a permis d'apporter des réponses ponctuelles à certains manques identifiés, au prix, parfois d'un certain flou juridique, tout en faisant délibérément l'impasse sur un certain nombre de sujets.

a) Les soins sur demande d'un tiers sans tiers

(...)

La loi du 5 juillet 2011 a (...) créé une procédure d'admission en soins sur demande d'un tiers (SDT) « sans tiers » en autorisant, sous certaines conditions, le directeur d'établissement à prononcer l'admission d'un patient en SDT en l'absence de tiers « en cas de péril imminent » ; les deux certificats médicaux nécessaires à l'admission restent quant à eux requis. La notion de « péril imminent », utilisée préalablement pour caractériser les situations d'urgence ⁽¹⁶⁾, a été interprétée par la Haute autorité de santé (HAS) comme un « *risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation* » ⁽¹⁷⁾. Pour apprécier la nécessité de soins immédiats, la Haute autorité propose également de rechercher : un risque suicidaire ; un risque d'atteinte potentielle à autrui ; une prise d'alcool ou de toxique associée ; un délire ou des hallucinations ; des troubles de l'humeur ; le degré d'incurie.

Cette réforme, pensée pour garantir un réel accès aux soins, en particulier aux **personnes les plus isolées ou en grande précarité**, devait favoriser une meilleure prise en charge des patients en limitant la recherche vaine d'un tiers dans les situations rendant l'hospitalisation sans consentement indispensable et pressante. (...). S'il est logique qu'une partie des entrées en hospitalisation sur demande d'un tiers aient basculé vers cette procédure, une **évaluation** de sa mise en œuvre semble nécessaire, dans la mesure où, d'une part, cette procédure, dans l'esprit du législateur, devait rester une **procédure dérogatoire** et, d'autre part, les

conditions d'admission des patients ont ensuite des répercussions non négligeables sur la mise en œuvre des soins. (...)

b) Le rôle du préfet

Il est frappant de constater à quel point les bases de la législation sur les soins psychiatriques sans consentement ont peu évolué depuis le XIX^{ème} siècle, la loi du 5 juillet 2011 n'étant que la troisième loi à intervenir globalement sur ce thème après la loi de 1838 et celle de 1990. À cet égard, la **persistance du rôle confié au préfet**, au nom de la sauvegarde de l'ordre public, a de quoi surprendre. Certes, ce rôle, initialement central, a décliné, en particulier avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a renforcé le **caractère médical de la décision** d'hospitalisation d'office, une telle mesure ne pouvant plus être prise qu'en cas d'atteinte « de façon grave » à l'ordre public. On ne peut toutefois que regretter que l'intervention du préfet n'ait pas été questionnée ni même discutée sérieusement à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. (...)

(...) Cette question méritait d'autant plus d'être posée en 2011 que le Conseil constitutionnel est lui-même intervenu dans le débat en posant clairement des limites aux décisions préfectorales prises en matière d'hospitalisation d'office. Au travers de sa **décision du 9 juin 2011**, le **Conseil constitutionnel** a en effet largement questionné les principes de son intervention, remettant en cause par là même les dispositions du projet de loi en cours d'examen devant le Parlement.

(...)

II.- UNE PROPOSITION DE LOI MODESTE MAIS INDISPENSABLE

(...)

B. DES PROPOSITIONS CONSENSUELLES POUR AMÉLIORER LA LOI DE 2011

Bien que limitée dans son champ d'intervention, la présente proposition de loi ne se contente pas d'intervenir sur les deux sujets mis en exergue par le Conseil constitutionnel, mais reprend également un certain nombre de recommandations issues du rapport d'étape de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie »⁽²⁶⁾. Comme l'indique l'exposé des motifs, « *la présente proposition de loi s'attache donc à la fois à apporter les améliorations d'ordre législatif requises par la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 et à modifier les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 sur certains aspects ayant fait l'objet d'un large assentiment parmi les personnes auditionnées par la mission et parmi ses membres.* »

1. Les principales dispositions de la proposition de loi

a) L'encadrement d'un régime de sortie de soins spécifique pour certaines catégories de patients

• **La suppression des dispositions spécifiques relatives aux personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles**

La proposition de loi vise en premier lieu à ne plus donner de statut légal aux unités pour malades difficiles : l'article 9 supprime ainsi l'article L. 3222-3 du code de la santé publique, introduit par la loi du 5 juillet 2011, afin de définir les critères d'admission dans ces unités ⁽²⁷⁾. Le parti pris de la proposition de loi est en effet de considérer ces unités comme des services de soins intensifs au sujet desquels il n'est pas nécessaire de légiférer.

Cette suppression va de pair avec la suppression du régime spécifique de levée par le représentant de l'État ou de mainlevée par le juge des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles. En conséquence, la proposition de loi modifie ou réécrit les articles du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique en y supprimant toute référence aux unités pour malades difficiles (articles 4, 5 et 8). Cette « délégalisation » des UMD n'a en revanche pas de conséquence sur ces unités elles-mêmes et le régime réglementaire dont elles relèvent.

• **Les précisions introduites dans le dispositif de sortie de soins applicable aux personnes déclarées pénalement irresponsables**

S'agissant des personnes pénalement irresponsables, la proposition de loi maintient un régime juridique spécifique tout en le limitant aux personnes ayant commis des actes d'une particulière gravité. Aussi la proposition de loi prévoit-elle de n'appliquer des précautions particulières que lorsque l'on est en présence de faits pour lesquels les peines encourues sont d'au moins cinq ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes à la personne et de dix ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes aux biens (articles 4 et 5).

Afin de satisfaire les exigences exprimées par le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012, la garantie des droits des personnes irresponsables pénales est en outre précisée par l'article 8.

b) Des délais réduits pour l'intervention du juge

Alors que la loi du 5 juillet 2011 s'était strictement inscrite dans la limite posée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010 en fixant un délai de 15 jours à compter de l'admission en soins pour procéder au contrôle de la mesure, la présente proposition de loi estime nécessaire, après deux ans de mise en œuvre de la loi, de réduire ce délai.

Il est donc proposé de le ramener de quinze jours à dix jours, en précisant par ailleurs que le juge des libertés et de la détention doit être saisi dans les six jours suivant l'admission en soins sans consentement. Le juge disposera donc d'un délai minimal de quatre jours pour statuer. C'est sur cette base que l'article 5 de la proposition modifie l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique.

c) Des modalités d'organisation des audiences plus adaptées aux personnes souffrant de troubles mentaux

– le **lieu de l'audience** : constatant que les patients gagneraient à être entendus par le juge dans un environnement qu'ils connaissent, c'est-à-dire dans un cadre hospitalier, l'article 6 de la proposition de loi prévoit que le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice située sur l'emprise de l'établissement de santé où est pris en charge le patient ou d'un autre établissement de santé. (...)

(...) La salle d'audience doit cependant être spécialement aménagée afin d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public, conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Lorsque ces conditions ne seront pas satisfaites, le juge statuera d'ailleurs au siège du tribunal de grande instance ;

– le recours à la **visioconférence** : la proposition de loi revient également sur la visioconférence, procédé unanimement décrié. Celle-ci ne pourra donc être utilisée qu'en cas d'impossibilité de procéder autrement. L'article 6 modifie ainsi l'article L. 3211-12-2 afin de préciser qu'il ne peut y être recouru qu'en cas de nécessité ;

– la **publicité de l'audience** : si la publicité reste nécessaire afin de manifester l'indépendance de la justice, *a fortiori* lorsque l'audience a lieu sur l'emprise de l'hôpital, la possibilité pour les parties de demander à ce que l'audience puisse se tenir en chambre du conseil est réaffirmée clairement ;

– l'**assistance d'un avocat** : si l'assistance de l'avocat était prévue par la loi du 5 juillet 2011, l'obligation de cette assistance n'était pas établie. C'est désormais ce qui est proposé, considérant qu'un malade dont l'état ne lui permet pas de consentir aux soins qui lui sont nécessaires ne peut être présumé pouvoir renoncer, en pleine connaissance de cause, à l'assistance d'un conseil.

d) Une clarification des dispositions applicables en cas de désaccord entre psychiatre et préfet

Afin de clarifier les dispositions applicables en cas de désaccord entre psychiatre et préfet sur la levée de mesure de soins d'un patient admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, l'article 8 de la présente proposition de loi prévoit, d'une part, d'abroger l'article L. 3213-5 du code de la santé publique et, d'autre part, de réécrire l'article L. 3213-9-1. Comme indiqué plus haut, l'article L. 3213-9-1, qui prévoit le recours à un deuxième avis de

psychiatre, avait en effet été introduit dans la loi du 5 juillet 2011 pour répondre aux principes dégagés par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 9 juin 2011, alors même que des dispositions concurrentes avaient déjà été prévues dans l'article L. 3213-5 (saisine du juge des libertés et de la détention).

Il est donc proposé de clarifier ces dispositions, d'une part, en supprimant l'article L. 3213-5 et, d'autre part, en proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 3213-9-1 qui prévoit le recours à un deuxième avis de psychiatre qui :

– s'il confirme le premier avis, doit entraîner la levée ou la modification de la mesure de soins par le préfet ;

– et, s'il ne confirme pas le premier avis, entraîne la saisine du juge des libertés et de la détention lorsque le préfet décide de maintenir la mesure.

e) Une meilleure prise en compte de la réalité de la prise en charge psychiatrique

• **La réintroduction d'un dispositif de sorties non accompagnées**

La proposition de loi prévoit la réintroduction d'autorisations de sorties de courte durée non accompagnées (autrement dit des « sorties d'essai ») supprimées par la loi de 2011.

L'article 2 modifie pour ce faire l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, qui fixait, depuis la loi du 5 juillet 2011, le dispositif d'autorisations de sorties accompagnées, lequel n'est pas modifié.

• **La suppression du certificat établi entre le cinquième et le huitième jour**

L'article 7 de la proposition de loi supprime la production du « certificat médical de huit jours », ce dernier étant jugé inutile, tant du point de vue du soin que de la procédure judiciaire.

• **Une clarification du droit des personnes détenues à être pris en charge en soins libres en UHSA**

Des difficultés d'application de la loi du 5 juillet 2011 s'étant faites jour concernant la prise en charge en soins libres, en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, l'article 10 de la présente proposition de loi modifie l'article L. 3214-2 du code de la santé publique, afin de prévoir expressément qu'un détenu hospitalisé en UHSA en soins sans consentement peut poursuivre ses soins en y consentant sous un régime d'hospitalisation libre, sans avoir à retourner au préalable en détention.

Rappelons que les personnes présentant des troubles psychiques sont aujourd'hui fortement surreprésentées dans les établissements pénitentiaires : alors que 1 détenu sur 6 a déjà été hospitalisé pour des raisons psychiatriques préalablement à son

incarcération, 3,8 % des détenus souffriraient d'une schizophrénie nécessitant un traitement et 17,9 % présenteraient un état dépressif majeur soit, dans l'un et l'autre cas, quatre fois plus que dans la population générale. ⁽²⁸⁾

2. Les améliorations introduites lors de l'examen en commission

Lors de l'examen de la présente proposition de loi en commission, de nombreux amendements de coordination et de précisions rédactionnelles ont été adoptés. Au-delà de ces améliorations de forme, plusieurs améliorations du texte sur le fond ont également été introduites :

– s'agissant des **programmes de soins**, leur contenu a été clarifié ainsi que la portée des dispositions visant à reprendre le principe dégagé par le Conseil constitutionnel concernant l'usage de la contrainte (article 1^{er}) ;

– en ce qui concerne **l'organisation des audiences devant le juge des libertés et de la détention**, la commission des affaires sociales, sur la proposition de votre rapporteur, a prévu que la tenue des audiences en chambre du conseil soit de droit dès lors que le patient le demande. Elle a également assorti l'assistance obligatoire d'un avocat d'une précision sur les modalités d'intervention de ce dernier, qui peut être soit choisi par son client, soit désigné au titre de l'aide juridictionnelle soit commis d'office. Enfin, deux restrictions ont été apportées, d'une part, à l'organisation des audiences dans une salle d'audience mutualisée entre plusieurs établissements de santé (limitée aux cas de « nécessité impérieuse ») et, d'autre part, au recours à la visioconférence, prévu uniquement « à titre exceptionnel » (article 6) ;

– des précisions ont également été introduites sur proposition de votre rapporteur concernant la **procédure d'appel** : il a été prévu, d'une part, que l'audience d'appel continuerait d'avoir lieu à la Cour d'appel eu égard au champ territorial très large couvert par celle-ci et, d'autre part, que le Premier président puisse disposer d'un certificat médical actualisé pour statuer, le délai entre la décision au fond du juge des libertés et de la détention et la tenue de l'audience d'appel pouvant atteindre 22 jours (article 6 *bis*) ;

– la production d'un **rapport sur la dématérialisation du registre prévu à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique** dont la tenue est aujourd'hui fastidieuse et chronophage pour les établissements de santé a été demandée (article 7 *bis*) ;

– enfin, la commission a procédé à la réécriture complète de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique afin de réaffirmer plus clairement les **droits des personnes détenues à une prise en charge psychiatrique adaptée** (article 10)