

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

143^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du mercredi 16 mars 2011

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CHRISTOPHE LAGARDE

1. Protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (*suite*) (n° 3189) (p. 1845)

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 1845)

Article 1^{er} (*suite*) (p. 1845)

Amendements identiques n° 110 et 4.

M. Guy Lefrand, rapporteur de la commission des affaires sociales.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

Amendements n° 30, 16, 11, 2, 111.

Amendements identiques n° 112 et 3.

Amendements n° 72, 8, 10, 44 rectifié, 9, 93, 17, 46 rectifié, 31, 92, 81.

Amendements identiques n° 113 et 6.

Amendements n° 7, 114 rectifié, 1, 45.

Article 2 (p. 1855)

Amendements n° 32, 5 rectifié, 35, 51, 53, 80, 13, 82, 83.

Article 3 (p. 1858)

M. Rémi Delatte.

Amendements n° 37, 89, 38, 47, 84, 85, 12, 88, 120.

Amendements n° 34 et 121.

Amendements n° 90, 39, 91.

Article 4 (p. 1865)

Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean Mallot.

Suspension et reprise de la séance (p. 1865)

Amendements n° 97, 99, 100.

Article 5 (p. 1866)

Article 6 (p. 1866)

Amendements n° 119, 86 avec les sous-amendements n° 115 et 116.

Amendements n° 18, 101, 87 rectifié.

Après l'article 6 (p. 1870)

Amendement n° 75 rectifié.

Article 7 (p. 1870)

Article 8 (p. 1870)

Article 8 *bis* (p. 1870)

Article 9 (p. 1870)

Amendements n° 102, 103, 104, 105 rectifié.

Article 10 (p. 1870)

Amendement n° 106 rectifié.

Article 11 (p. 1870)

Article 12 (p. 1870)

Article 13 (p. 1870)

Article 14 (p. 1870)

2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 1870)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTIE DE M. JEAN-CHRISTOPHE LAGARDE,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt et une heures trente.)

1

DROITS ET PROTECTION DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion 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 (n^{os} 2494, 3116, 3189).

Le temps de parole restant pour la discussion de ce texte est de quatre heures trente-six minutes pour le groupe UMP, dont quarante-trois amendements restent en discussion, cinq heures vingt-deux minutes pour le groupe SRC, dont cinq amendements restent en discussion, trois heures dix-huit minutes pour le groupe GDR, dont dix amendements restent en discussion, deux heures cinquante-quatre minutes pour le groupe Nouveau Centre, dont quatorze amendements restent en discussion, quarante minutes pour les députés non-inscrits.

DISCUSSION DES ARTICLES *(suite)*

M. le président. Cet après-midi, l'Assemblée a commencé l'examen des articles, s'arrêtant aux amendements identiques n^{os} 110 et 4 à l'article 1^{er}.

Article 1^{er} *(suite)*

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 110 et 4.

La parole est à M. Guy Lefrand, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n^o 110.

M. Guy Lefrand, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État chargée de la santé, mes chers collègues, la commission des affaires sociales a souhaité prévoir la possibilité pour le juge de substituer une forme de prise en charge à une autre lorsqu'il est saisi dans le cadre d'un recours individuel ou de la saisine automatique déjà prévue dans le projet de loi. Un des objectifs poursuivis était de renforcer l'obligation pesant sur le patient

de se soigner – nous en avons longuement débattu en commission –, y compris lorsqu'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire.

L'amendement n^o 110 ne renonce pas à cet objectif mais précise que la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète décidée par le juge ne signifie pas l'arrêt des soins. Nous abordons là un point très important. Je voudrais reprendre l'image de la double couche : la couche de l'hospitalisation complète, la privation de liberté telle qu'elle a été prévue par le projet de loi suite aux décisions du Conseil constitutionnel, et, si j'ose dire, une seconde couche, celle des soins sous contraintes, des soins obligatoires. Je propose de bien préciser que la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète qui a été décidée par le juge ne signifie pas l'arrêt de soins et que le patient peut continuer à faire l'objet de soins, y compris sans son consentement, sous une autre forme si son état le justifie.

J'avais proposé, par un amendement, qu'on ne puisse pas passer de l'hospitalisation complète aux soins libres – il me semblait nécessaire de prévoir un statut intermédiaire. Cependant, j'ai entendu les inquiétudes, les interrogations des magistrats et de M. le garde des sceaux lui-même sur les difficultés concrètes d'application, notamment sur la possibilité pour le juge d'imposer des soins. Nous étions dans un cadre qui ne répondait pas complètement à la problématique posée.

Je propose donc de supprimer la mesure qui a été adoptée en commission et de prendre en compte cette double couche entre hospitalisation complète, ce qui implique une privation de liberté et un patient enfermé dans les murs de l'hôpital, et possibilité de soins, y compris de soins sous contrainte, tel que c'était implicitement prévu mais pas clairement explicité.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Garraud, pour soutenir l'amendement n^o 4.

M. Jean-Paul Garraud. Je m'associe totalement à ce qui vient d'indiquer M. le rapporteur.

Le rôle du juge qui intervient dans cette procédure est de décider la levée ou non de la mesure privative de liberté constituée par l'hospitalisation complète. Le juge, me semble-t-il, ne peut pas s'immiscer dans un rôle qui ne lui appartient pas, pour décider de la forme d'un traitement. Là, on entre dans un autre domaine, qui n'est pas véritablement du ressort du juge – raison pour laquelle je souhaite que cet amendement soit adopté.

M. le président. La parole est à Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur les deux amendements.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Le juge ne peut pas être un médecin *bis* ou un médecin chef. Ce n'est pas à lui de dire s'il faut hospitaliser comme ci ou comme ça. En même temps – et c'est la raison pour laquelle nous nous abstenons sur ces amendements –, ce processus nous semble extraordinairement éloigné du soin, de la définition médicale.

M. Garraud a raison, le juge est là pour contrôler la validité de la procédure, pour entendre la personne, pour vérifier que ne s'exerce pas sur elle une coercition insupportable. Mais je crois qu'il convient quand même de laisser faire le corps médical. Ce n'est pas faire preuve de corporatisme que d'estimer que, quand il s'agit de soigner, les psychiatres et l'équipe soignante au sens large sont tout à fait à même d'agir.

Ce qui me gêne dans ce qui est proposé, c'est que la personne est quand même toujours sous la contrainte, si j'ose dire, d'avis qui ne sont pas nécessités simplement par son état de santé. On reconnaît là le souci sécuritaire que nous avons à plusieurs reprises dénoncé et qui donne une tonalité pas très agréable à ce texte.

(Les amendements identiques n^{os} 110 et 4 sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 30.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Dès lors qu'il est admis, à l'alinéa 90 de l'article 1^{er}, que la personne hospitalisée sans son consentement peut, lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention qui est mentionnée au même article, se faire assister ou représenter par son avocat, nous considérons qu'il serait logique et légitime que ce même avocat figure explicitement sur la liste des personnes habilitées à saisir le juge des libertés et de la détention pour demander la mainlevée de la mesure d'hospitalisation dont fait l'objet son client. C'est l'objet de l'amendement n^o 30.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement, qui nous semble satisfait. C'est la définition même du rôle de l'avocat que de représenter son client devant les juridictions, d'introduire éventuellement des recours en son nom. La précision que vous demandez est importante, mais elle me semble satisfaite.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

(L'amendement n^o 30 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 16.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous pensons qu'il serait utile de compléter l'énumération des personnes pouvant saisir le juge des libertés et de la détention pour demander la levée d'une mesure de soins sans consentement, et d'ajouter la « personne de confiance » aux parents, au tuteur, au conjoint, au concubin et à la personne ayant demandé l'hospitalisation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement, qui nous paraît satisfait. Les dispositions du 6^o de l'article L. 3211-12 – l'alinéa 67 de l'article 1^{er} du projet de loi – visent en effet toute personne « susceptible d'agir dans l'intérêt du malade ».

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Malgré la bonne foi du rapporteur, on ne peut accepter ses arguments, pour la bonne raison que le texte comporte une dizaine d'alinéas qui précisent la qualité des personnes ayant le droit de saisine. Il est donc nécessaire de préciser, comme nous en avons convenu, que la saisine peut être formée par une personne de confiance.

(L'amendement n^o 16 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n^o 11.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Cet amendement a pour objet le « droit à l'oubli », proposé lors des débats en commission et selon lequel le régime dérogatoire est écarté à l'expiration d'un certain délai.

Le « droit à l'oubli » existe dans notre procédure pénale, sous la forme de l'amnistie, de la grâce ou de la prescription : passé un certain temps, les faits sont prescrits et l'action publique peut s'éteindre si l'individu incriminé n'a pas commis d'autre délit. Mais nous sommes ici dans le registre de la dangerosité, et c'est très différent. En effet, il est difficile d'affirmer que la dangerosité disparaît à un moment donné et qu'un individu cesse d'être dangereux. Je souhaite donc que cette notion de « droit à l'oubli » soit supprimée, car la dangerosité est une question différente de celle des peines et le « droit à l'oubli » n'a aucun fondement psychocriminologique. Faire une analogie avec ce qui existe pour les peines et l'action publique me semble une erreur fondamentale.

Les personnes déclarées pénalement irresponsables ou hospitalisées en unité pour malades difficiles peuvent rester dangereuses. Il est très important que la dangerosité soit régulièrement évaluée, ce qui n'autorise pas à déclarer à un moment donné que toute dangerosité est écartée. Il s'agit d'une notion sur laquelle nous avons beaucoup travaillé ces dernières années et qui est fondamentale dans le traitement de la récidive, dans le cas des personnes pénalement responsables.

Mon amendement propose de revenir au texte initial.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission des affaires sociales a, à une large majorité, repoussé cet amendement, qui est le premier d'une longue série poursuivant le même objectif : revenir sur le « droit à l'oubli ».

Cela concerne les antécédents psychiatriques pris en compte pour appliquer à certains malades, en l'occurrence des personnes ayant fait l'objet de soins sans consentement suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale et des personnes ayant séjourné en UMD, une procédure renforcée d'examen des propositions de modification de la prise en charge ou de la levée de la mesure de soins dont ils font l'objet, que ce soit devant le juge ou devant le préfet.

L'adoption de cet amendement constituerait une régression pour les droits des patients. En effet, si les mesures de précaution spécifiques prises à l'égard de ces patients peuvent se justifier – et la commission n'est pas revenue sur cette catégorie spécifique de patients ciblée dans le projet de loi, parce qu'ils constituent réellement une catégorie à part, se distinguant par une dangerosité potentielle –, elles ne doivent pas conduire à la mise en œuvre d'un régime d'exception pour ces personnes, qui seraient définitivement classées comme dangereuses en raison de leur état passé.

Je regrette à cet égard que l'exposé des motifs de l'amendement de M. Garraud tende à considérer que ces personnes atteintes de troubles mentaux ne peuvent être réinsérées, guéries ou suffisamment stabilisées pour mener une vie normale avec un traitement, ce qui est la négation même de la psychiatrie.

J'émetts donc un avis très défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je suis favorable à la limitation dans le temps des dispositions plus strictes relatives aux conditions de mainlevée d'une hospitalisation sans consentement ordonnée à l'égard de ses patients. Toutefois, il apparaît que la rédaction retenue par votre commission est susceptible d'interprétations, ce qui n'est pas souhaitable. Il n'est pas fait ici de distinction entre les personnes qui font l'objet d'une mesure et celles qui ont fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation ; il ne paraît donc pas opportun que les délais permettant de dispenser des conditions exigées pour ce type de patients puissent courir non seulement à compter de la fin d'une mesure d'hospitalisation mais aussi au cours de celle-ci.

L'amendement de M. Garraud supprime le délai dans tous les cas, ce qui me paraît excessif. Je pense qu'une solution équilibrée, préservant l'intérêt de la société et l'intérêt des patients, pourra être trouvée lors de la navette.

Je demande donc le retrait de cet amendement, à défaut de quoi j'émettrais un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Je suis surpris par ce que vous nous avez exposé, monsieur Garraud. Vous croyez, me semble-t-il, au rôle de la prison. Vous défendez, je le sais, l'idée selon laquelle un condamné doit purger l'intégralité de sa peine, mais vous ne pouvez pas prétendre qu'une personne qui sort d'une détention de dix ou quinze ans est la même que celle qui y est entrée.

Pourquoi voudriez-vous alors que la psychiatrie soit moins efficace que la prison pour des malades difficiles, visés par l'article 122-1 ou ayant séjourné en UMD, qui font donc l'objet d'un surcroît d'attention et de précautions, et dont les progrès thérapeutiques sont évalués ? Il est faux de dire qu'après avoir subi un processus psychiatrique lourd les gens n'ont pas changé, et il est normal qu'au bout d'un certain nombre d'années cette espèce de « tampon » sur leur dossier soit effacé, pour qu'ils puissent prendre un nouveau départ.

Vous semblez douter, dans l'exposé sommaire de votre amendement, de la possibilité de leur réinsertion, mais on ne peut mettre une partie de la population sous surveillance sous prétexte qu'elle a été malade, même gravement, ou alors nous changeons de modèle de société.

M. le président. La parole est à M. André Flajolet.

M. André Flajolet. Je voulais dire, au nom de notre groupe, qu'il existe un droit à la rédemption. Les soins existent, et il faut porter sur ces sujets un regard positif, qui me conduit à penser que mon collègue Jean-Paul Garraud devrait retirer son amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Comme André Flajolet et comme notre rapporteur, je ne comprends pas l'amendement de M. Garraud, qui représente la négation de tout ce que nous avons mis en place concernant la prise en charge médicale thérapeutique et le parcours de soins de ces personnes. C'est la négation de la psychiatrie et de ses bienfaits !

Je remercie le rapporteur pour son intervention, mais les arguments invoqués par Mme la secrétaire d'État m'ont un peu inquiétée, dans la mesure où elle semble avoir refusé l'amendement davantage sur la forme que sur le fond. Nous verrons dans la suite de la discussion si elle maintient sa position sur le fond.

En tout état de cause, lorsque l'on parle de l'orientation sécuritaire de ce texte, nous sommes en plein dans le sujet avec l'amendement de M. Garraud, que je souhaite ne pas comprendre.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je veux dire à mon tour ma préoccupation face à cet amendement et à son exposé des motifs. Comment osez-vous affirmer, monsieur Garraud, qu'une personne ayant eu un comportement dangereux à un moment donné sera dangereuse toute sa vie ? C'est monstrueux ! C'est la négation du respect de la personne humaine, de la faculté d'un individu à réfléchir et à évoluer, à être soigné.

La moindre des choses, quand on respecte la personne humaine, est de tout mettre en œuvre pour soigner un malade, en mettant en place les dispositifs qui conviennent, et sûrement pas de décider qu'il devra être enfermé définitivement. Il est grave d'oser penser, écrire et vouloir mettre dans la loi des choses aussi graves.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Inutile de monter sur vos grands chevaux, madame Fraysse et d'employer les termes que vous employez !

J'ai visité des unités pour malades difficiles et rencontré des patients qui avaient commis des faits d'une particulière gravité – je pourrais vous citer des exemples d'actes effectivement monstrueux.

Les auteurs de ces faits ont été déclarés pénalement irresponsables et ils sont évidemment passés entre les mains des autorités médicales – nous améliorons d'ailleurs ce dispositif en faisant intervenir le juge des libertés et de la détention.

Mon raisonnement repose sur la notion de dangerosité des personnes déclarées irresponsables. Selon moi, la dangerosité ne peut être assimilée ni à la prison ni à la peine, et je trouve aberrant que l'on prétende qu'à un moment donné, elle disparaîtra nécessairement. Selon votre raisonnement, la dangerosité s'évanouira d'elle-même par l'application du droit à l'oubli. Ce n'est pas mon avis.

Je comprends vos arguments humains et généreux, mais il faut aussi penser aux victimes de ceux qui sont pénalement irresponsables. On ne peut pas tout simplement oublier et décider qu'au bout d'un certain temps les personnes concernées ne sont pas dangereuses : cela ne marche pas du tout comme cela. Je ne veux pas dire pour autant que ces personnes seront fichées à vie et qu'elles seront enfermées définitivement.

Mme Catherine Génisson et **M. Jean Mallot**. C'est pourtant bien ce que vous dites !

M. Jean-Paul Garraud. Il faut que le dossier de ces personnes soit identifié pour que l'on puisse faire en sorte de prendre à leur égard des mesures un peu particulières et, je l'admets, un peu dérogatoires, parce qu'elles ont malheureusement déjà montré qu'elles pouvaient être très dangereuses.

J'ai bien entendu les observations très intéressantes de Mme la secrétaire d'État ; je souhaite cependant maintenir mon amendement, qui pose une véritable question.

Je ne veux pas m'arrêter à une conception, certes très généreuse, mais qui, au regard de la psychocriminologie, ne repose pas sur la réalité. Il n'est simplement pas possible de prétendre qu'après un délai donné, la personne concernée n'est, *ipso facto*, plus dangereuse.

Mme Jacqueline Fraysse et **Mme Catherine Génisson**. Ni de prétendre qu'elle l'est nécessairement !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je partage l'avis de M. Jean-Paul Garraud. Il me semble extrêmement grave d'inscrire dans la loi un droit à l'oubli, qui serait complètement irréaliste.

Un individu qui a commis un acte particulièrement grave et s'en est pris physiquement à quelqu'un d'autre n'est pas sanctionné pénalement parce qu'il a été déclaré irresponsable, fou. A-t-on le droit de se contenter de dire, quelques années plus tard, qu'il s'agissait finalement d'un coup de folie que l'on pourrait oublier et dont la trace pourrait disparaître – personne n'aurait plus accès à l'information passée ? Je ne le crois pas.

Il faut que nous soyons réalistes : la société doit protéger les individus, notamment les plus faibles. Le droit à l'oubli que vous proposez ne veut rien dire ; il ne peut pas figurer dans le projet de loi.

M. Garraud a raison d'insister. Vos positions sont uniquement théoriques : il faut être réaliste. Les élus que nous sommes voient tous les jours des agressions dont les fous sont les auteurs...

Mme Jacqueline Fraysse. Pas tous les jours !

M. Dominique Tian. Nous voyons tous les jours des gens irresponsables. Créer un droit à l'oubli ne repose sur rien ; je soutiens donc cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Monsieur Garraud, vous ne pouvez pas dire que votre amendement ne créerait pas un fichage à vie alors que tel est bien le cas. Vous avez le droit de faire ce choix selon lequel une personne qui a été malade à un moment donné le reste pour toujours, mais vous devez au moins l'assumer.

J'ajoute que si un patient reste dangereux, le droit à l'oubli ne s'exercera pas. Même s'il a passé vingt ou quarante ans en UMD, à sa sortie le délai permettant l'oubli ne sera pas écoulé.

M. Serge Blisko. Bien sûr !

M. Guy Lefrand, rapporteur. Le droit à l'oubli joue seulement une fois que le patient a retrouvé sa responsabilité pénale et qu'il est considéré comme n'étant plus dangereux, au terme d'un délai que fixera le Conseil d'État, par exemple à dix ou quinze ans.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires sociales. Ces précisions sont importantes !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je maintiens l'avis défavorable du Gouvernement. Les arguments que j'ai développés concernaient effectivement la rédaction de l'amendement : ils complétaient ceux du rapporteur qui portaient sur le fond et que je partageais.

Après un certain nombre d'années – vingt ans, trente ans, cela sera précisé par le Conseil d'État –, il est normal qu'un séjour en UMD fasse l'objet d'un droit à l'oubli. Cet épisode ne peut pas coller à une personne tout au long de sa vie. Si, après ce délai, une personne est susceptible d'être hospitalisée d'office pour des motifs différents de son hospitalisation en UMD, il est normal que l'association ne soit pas faite de façon systématique.

Je veux vous communiquer quelques éléments relatifs à la dangerosité psychiatrique. La Haute autorité de santé a été saisie pour organiser une audition publique sur ce thème. Dans l'état actuel des connaissances, les experts distinguent la dangerosité psychiatrique, liée à l'expression directe de la maladie mentale, de la dangerosité criminologique qui prend en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte et relève d'une évaluation pluridisciplinaire.

La question de l'évaluation du risque de passage à l'acte, contre soi ou contre autrui, se pose dans le cadre de tout suivi thérapeutique des personnes présentant un trouble mental. Sur ce sujet, la Haute autorité de santé va apporter des réponses dans le champ de l'organisation des soins, du suivi des personnes et des facteurs de risque de violence envers autrui, s'il est possible de les identifier. Ce travail d'analyse fera l'objet de conclusions qui nous seront remises d'ici à trois semaines. Nous serons donc éclairés sur la question dans des délais très brefs.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Monsieur Garraud, monsieur Tian, vous affirmez que le droit à l'oubli est l'effet d'un acte de générosité de la part des membres de la commission des affaires sociales.

M. Dominique Tian. Au mieux !

Mme Catherine Lemorton. Chers collègues, vous vous trompez ; la vérité est simplement que nous ne vivons pas dans le même siècle. Pour notre part, nous avons confiance dans le progrès et dans la science ; vous, vous êtes dans l'obscurantisme.

M. Jean-Paul Garraud. Il faudrait changer de disque !

Mme Catherine Lemorton. Je vous rappelle, pour le cas où cela vous aurait échappé, qu'il y a eu des progrès thérapeutiques.

Dans votre philosophie, personne n'est amendable ni récupérable, jamais,...

M. Jean-Paul Garraud. Ni personne ni tout le monde!

Mme Catherine Lemorton. Selon vous, il n'existe aucune possibilité de donner à l'autre une nouvelle chance.

Cela me fait mal de devoir vous citer la loi du 30 juin 1838, promulguée sous le règne de Louis-Philippe...

M. Jean-Paul Garraud et M. Dominique Tian. Ah!

Mme Catherine Lemorton. Cette loi est empreinte des réflexions de Philippe Pinel, né en 1745, mort en 1826 et de Jean-Étienne d'Esquirol, né en 1772 et mort en 1840. Pour ces médecins, le fou était un malade qui pouvait guérir. Comme le souligne le rapport des inspections générales de 2005, avec la loi fondatrice de 1838, la personne atteinte de troubles mentaux est enfin considérée comme un malade nécessitant des soins. Cette médicalisation va surtout permettre de soulager les souffrances psychiques de personnes jusqu'alors laissées à l'abandon et sans soins.

Le droit à l'oubli ne s'oppose pas à la poursuite d'un traitement et d'un accompagnement qui permettront à la personne concernée de revivre dans la cité.

M. le président. Je suis certain que M. Garraud est sensible aux mânes de Louis-Philippe dans une maison qui a tout de même été marquée par son règne. (*Sourires.*)

M. Jean-Paul Garraud. Puisque nous en sommes à citer des textes anciens, je conseille très modestement à Mme Lemorton de se reporter au rapport issu de la mission que m'avait confiée le Premier ministre. Ce document beaucoup plus récent que la loi de 1838 – il a été remis au Premier ministre le 18 octobre 2006 – s'intitule *Réponses à la dangerosité*. Il est le fruit d'un travail qui a duré six mois. Je sais donc parfaitement que la réalité est beaucoup plus complexe que ce que vous avez décrit.

J'affirme seulement que la notion de dangerosité ne peut être assimilée à celle de peine : elles n'ont rien à voir. Je sais aussi que l'on distingue la dangerosité psychiatrique de la dangerosité criminologique. Ces données particulièrement délicates ont fait l'objet de très grands progrès dans notre pays, à l'instar de ce qui s'est passé dans d'autres nations qui ne sont pas des dictatures. Je pense au Canada ou aux Pays-Bas, qui ont beaucoup travaillé sur ces questions.

En France, pendant très longtemps, nous n'avons pas fait ce travail parce que nous nous trouvions enserrés dans un carcan idéologique. Ces sujets étaient en quelque sorte tabous. Je le regrette, car, si nous avions travaillé plus tôt sur ces questions, nous aurions peut-être évité un certain nombre de malheurs.

M. Jean-Jacques Urvoas. Vous pensez à la rétention de sûreté?

M. Jean-Paul Garraud. La navette va se poursuivre, mais, à ce stade, je souhaite que l'importante question abordée par mon amendement soit posée.

(*L'amendement n° 11 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 2.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Le rapporteur et la commission des lois ont introduit dans le projet de loi la possibilité pour le juge des libertés et de la détention de substituer une obligation de soins en ville à une hospitalisation complète. Or le juge ne me semble pas être compétent pour décider de la forme de traitement dont le patient a besoin.

Je souhaite que le juge s'en tienne, en quelque sorte, à ses fonctions judiciaires, car j'estime qu'il ne lui revient pas d'exercer une fonction médicale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

M. Guy Lefrand, rapporteur. Défavorable. Nous avons adopté à l'alinéa 60 un amendement dont je suis l'auteur pour revenir sur la possibilité accordée au juge de substituer une mesure de soin à une autre.

À ce moment, nous avons précisé que cet amendement serait complété par des mesures précisant clairement que la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète ordonnée par le JLD ne signifiait pas l'arrêt de tout soin. Il s'agit de deux couches : hospitalisation complète et soins.

En proposant, en commission, que le juge ait la possibilité de substituer une mesure de soin à une autre, je souhaitais faire en sorte qu'il n'y ait pas de rupture de soins lorsque ces derniers sont nécessaires.

Monsieur Garraud, je suis certain que nous partageons le souhait qu'un patient ne passe pas de l'hospitalisation complète à une sortie libre. Les soins peuvent demeurer indispensables, nous sommes totalement d'accord sur ce point.

Je m'oppose à la suppression de l'alinéa 76 car il prévoit une passerelle entre les soins en hospitalisation complète et les soins ambulatoires une fois que le juge a prononcé la mainlevée. Si nous le supprimons, nous courons soit le risque qu'aucune mainlevée ne soit ordonnée – les juges ouvriront le parapluie en maintenant les patients en hospitalisation complète –, soit celui que l'on laisse sortir des patients sans aucun soin ni suivi, ce qui les rendrait alors potentiellement dangereux.

En conséquence, il me semble important de maintenir l'alinéa 76 tout en allant plus loin que la rédaction actuelle du texte de la commission. J'ai donc déposé un amendement de coordination avec la rédaction adoptée à l'alinéa 60. Cet amendement n° 111 est rédigé afin que l'alinéa 76 ne fasse plus référence à une mesure de substitution tout en permettant la poursuite des soins.

Monsieur Garraud, si nous adoptions votre amendement, je crains que le mien ne tombe, ce qui m'empêcherait de défendre notre objectif commun : la poursuite des soins. Si, comme je le pense, nous avons la même analyse, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement au profit du mien.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Défavorable à l'amendement n° 10 et favorable à l'amendement n° 111.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Compte tenu des explications qui viennent de m'être données, je retire mon amendement. Néanmoins, il était important que M. le rapporteur et Mme la secrétaire d'État nous apportent des précisions sur ce point important.

(L'amendement n° 2 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 111.

Je considère qu'il a été défendu par M. le rapporteur.

(L'amendement n° 111, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 112 et 3.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 112.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination avec l'amendement n° 111, que nous venons d'adopter et qui visait à revenir sur la possibilité accordée au juge de substituer une mesure de soin à une autre.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Garraud, pour soutenir l'amendement n° 3.

M. Jean-Paul Garraud. Il est défendu.

(Les amendements identiques n° 112 et 3, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 72.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Le présent amendement tend à établir un régime dérogatoire aux règles définissant les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention dans le cas de patients ayant déjà fait la preuve d'une certaine dangerosité. Ce sujet me tient à cœur.

On ne peut en effet accepter que, pour ces patients qui ont déjà blessé autrui, voire qui ont commis des actes plus graves, puisse s'appliquer le régime de droit commun s'agissant des délais d'intervention du juge des libertés et de la détention. Ces délais doivent donc être portés de quinze jours à un mois. L'allongement de ce délai est d'autant plus nécessaire que, dans le cas de ces patients, les avis que le JLD doit recueillir obéissent à un plus grand formalisme ; je pense notamment à l'obligation de réunir le collège soignant. Nous savons que, plus le formalisme est important, plus le risque est grand qu'il ne soit pas respecté par la justice, dont on sait qu'elle a beaucoup à faire. Or, pour des patients ayant déjà fait la preuve de leur dangerosité potentielle, on ne peut accepter que la mesure d'hospitalisation sans consentement soit automatiquement levée simplement en raison d'un défaut d'action du juge. Enfin, j'estime que le recours doit être suspensif.

En résumé, je souhaite éviter toute levée automatique de la mesure d'hospitalisation dans le cas de personnes dont la dangerosité a été explicitement reconnue.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, il va dans le sens inverse de celui souhaité par la commission des affaires sociales, qui ne veut pas créer un régime d'exception ni renforcer la stigmatisation des malades.

Surtout, cet amendement est anticonstitutionnel. Je rappelle en effet que, selon une décision du Conseil constitutionnel, « une personne ne peut être maintenue en soins psychiatriques à l'hôpital sans son consentement au-delà de quinze jours sans décision du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles ». On voit mal comment cette disposition pourrait ne pas s'appliquer aux patients visés par l'amendement de M. Garraud.

J'ajoute que ces malades, s'ils sont jugés potentiellement dangereux, font déjà l'objet de précautions supplémentaires. Je ne reviendrai pas sur la notion de double peine, mais je rappelle que deux expertises supplémentaires, en sus de celle du collège, sont nécessaires.

De toute façon, encore une fois, cet amendement est clairement anticonstitutionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis que la commission.

(L'amendement n° 72 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 8.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. L'inspiration est la même,...

M. Guy Lefrand, rapporteur. Et ma réponse sera la même !

M. Jean-Paul Garraud. ...puisque cet amendement vise à porter de quatorze jours à un mois le délai mentionné à l'alinéa 81 de l'article 1^{er}, qui me paraît trop court pour permettre la réalisation des expertises dans de nombreux endroits du territoire qui pâtissent d'un manque de psychiatres. Ces derniers jouent un rôle éminent et leur intervention est sollicitée par un nombre croissant de textes, mais nous reconnaissons tous, des deux côtés de l'hémicycle, qu'il existe un problème de démographie médicale dans le secteur de la psychiatrie. Or, encore une fois, si le délai prévu n'est pas suffisamment long pour permettre la réalisation de l'expertise, la mesure d'hospitalisation sera automatiquement levée.

Sur la forme, je comprends que l'on tienne à ce délai de quinze jours, mais, sur le fond, cela pose un véritable problème, car nous manquons de psychiatres. Sauf à réformer la psychiatrie, comme je l'avais réclamé en 2006, il faut donc porter ce délai de quatorze jours à un mois.

(L'amendement n° 8, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 10.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Il est défendu.

(L'amendement n° 10, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 44 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Cet amendement, qui a été accepté par la commission, est en quelque sorte un amendement passerelle, car il vise à permettre la continuité des soins lorsque ceux-ci sont nécessaires.

Lorsque le juge ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il convient de prévoir, comme dans le cas du recours individuel qui existe déjà, un délai maximal de quarante-huit heures avant la prise d'effet de la décision, afin que le psychiatre de l'établissement d'accueil puisse éventuellement organiser un protocole de soins. Il s'agit de ne pas laisser partir un patient dans la nature, si j'ose dire, sans que son psychiatre ait eu le temps d'établir un protocole. Ainsi, lorsqu'il statuera, le juge aura la certitude que le patient peut rester à l'hôpital quarante-huit heures supplémentaires, le temps d'établir un protocole de soins.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

(L'amendement n° 44 rectifié est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 9.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Il est défendu.

(L'amendement n° 9, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 93.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Il s'agit, là encore, de porter de quinze jours à un mois le délai d'intervention du JLD. On m'a indiqué tout à l'heure qu'une telle mesure serait inconstitutionnelle, soit. Mais je ne voudrais pas qu'un jour, nous soyons confrontés à un véritable scandale parce que, le délai ayant été trop court pour accomplir les formalités requises dans la loi, on aura remis dans la nature une personne qui a besoin d'être surveillée et contrôlée. Mais, ce jour-là, le Conseil constitutionnel reverra peut-être sa position.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. M. Garraud le sait bien, sa proposition est contraire à la décision du Conseil constitutionnel : la mainlevée ne peut qu'être acquise si le juge ne prend pas une décision dans les quinze jours. Par ailleurs, le fait que des personnes soient pénalement irresponsables ou aient séjourné en UMD ne justifie pas qu'on leur réserve un traitement différencié, voire discriminatoire.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis que la commission.

(L'amendement n° 93 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 17.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit d'un amendement important.

L'alinéa 91 de l'article 1^{er} du projet de loi prévoit que l'audience permettant de statuer sur la poursuite ou non des soins sans consentement puisse se dérouler par visioconférence, en l'absence d'opposition de la part du patient. Nous proposons que l'accord de ce dernier soit explicite, et non implicite.

Je dois dire que nous ne sommes pas très favorables à ce type de procédure, qui déshumanise beaucoup et qui, en l'espèce, ne nous paraît pas particulièrement judicieux ; on peut d'ailleurs se demander s'il ne vise pas à pallier la pénurie de moyens de la justice. Mais, si cette procédure doit être appliquée, il nous semble que la décision de tenir l'audience sous cette forme doit au moins s'accompagner de l'accord explicite du patient. Il en va de son implication, donc de sa responsabilisation, et du respect de la personne.

Ces patients ont été brusquement et parfois brutalement privés de leur liberté, qui est un droit fondamental reconnu par la Constitution. Ils peuvent donc considérer qu'on leur a dénié leur statut de citoyen, ce qui peut avoir une influence négative sur leur santé mentale et sur le processus de leur rétablissement – car, moi, je le crois possible. C'est pourquoi nous considérons qu'il faut multiplier les signes de nature à démontrer à cette personne souffrant de troubles psychiques que, malgré sa privation exceptionnelle de liberté, que l'on peut espérer temporaire, elle est toujours considérée comme un citoyen à part entière, responsable et potentiellement autonome.

M. Dominique Tian. Non. S'il est responsable, il n'est pas fou !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, car il pose un problème formel. En effet, pour pouvoir recueillir l'accord explicite du patient, il faut pouvoir le formaliser, car il est difficile de prouver un accord verbal. Or, ces patients n'en sont pas forcément capables. Je crains donc qu'une telle mesure ne contribue à multiplier les contentieux et les difficultés.

En la matière, nous devons être pragmatiques. C'est à l'équipe soignante qu'il appartient de s'assurer non seulement que la personne malade n'est pas opposée à l'utilisation de la visioconférence, mais qu'elle est capable de la supporter. On nous a ainsi rapporté, lors des auditions, le cas de patients qui se croient poursuivis par des extraterrestres et qui se sentent observés en permanence ; il est évident que ce type de patients pourrait interpréter la présence de la caméra comme le regard qu'ils sentent posé sur eux.

Mme Jacqueline Fraysse. Bien sûr !

M. Guy Lefrand, rapporteur. Aussi, je fais confiance à l'équipe soignante pour expliquer que, dans certains cas, l'intéressé n'est pas en état de « subir » une audience sous cette forme. Je me dois donc d'être défavorable à cet amendement.

Par ailleurs, je veux m'arrêter sur la notion d'audience. La question a en effet été posée de la possibilité d'organiser une audience au sein de l'établissement de santé. À l'occasion d'un contentieux sur la rétention administrative des étrangers, la Cour de cassation s'est prononcée sur la possibilité de tenir audience en dehors du tribunal.

Cette possibilité apparaît aujourd'hui soumise à des conditions très strictes, le lieu où se déroule l'audience devant être un lieu de justice ouvert, public, permettant d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats.

Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 10 mars 2011 relative à la LOPPSI 2, a déclaré inconstitutionnel l'article 101 de cette loi, qui prévoyait que les audiences de prolongation pouvaient avoir lieu au sein même des centres de rétention administrative. Le Conseil constitutionnel a en effet estimé que cette disposition ayant vocation à s'appliquer à l'intérieur d'un centre de rétention fermé au public – or un hôpital psychiatrique est, par définition, fermé au public – était entachée d'une contradiction interne, et a en conséquence jugé que le législateur avait adopté une mesure manifestement inappropriée à la nécessité.

Par extrapolation, on peut penser que la possibilité pour le juge de se transporter physiquement au sein de l'établissement psychiatrique – possibilité dont nous avons débattu en commission – risque de poser d'énormes problèmes, ce qui justifie que l'on maintienne, voire que l'on renforce les solutions basées sur le principe de la téléjustice.

M. Jean-Paul Garraud. C'est indispensable !

M. Guy Lefrand, rapporteur. La troisième voie qui pouvait être envisagée, entre l'audience au tribunal et la téléjustice, disparaissant *de facto*, il ne nous reste plus que deux possibilités. Il n'est pas opportun de complexifier l'une des deux, à savoir la téléjustice, car, ce faisant, nous risquons de créer davantage de problèmes que nous n'allons en résoudre.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Cet amendement pose beaucoup de questions, et je ne suis pas sûr que nous répondrons à toutes ces questions ce soir, car cela nécessiterait d'aborder le domaine de l'application de la future loi – que nous ne souhaitons pas voir votée, en tout cas pas sous sa forme actuelle.

Je connais bien les centres de rétention, notamment la salle d'audience située au sein de la ZAPI de Roissy 2, et je peux vous dire que les juges préfèrent éviter qu'une audience, quelle qu'elle soit, se tienne dans un lieu où des personnes sont retenues – ce qui paraît bien compréhensible. Au-delà des décisions pénales, notre rapporteur a tout à fait raison de souligner qu'il est préférable que la décision portant sur le maintien ou non d'une mesure d'hospitalisation soit prise en dehors du cadre hospitalier.

Les choses ne sont pas simples, d'autant qu'à la suite de la réforme de la carte judiciaire, nombre de lieux où des décisions auraient pu être rendues ont été supprimés ou transférés – les hôpitaux se trouvant, eux, souvent éloignés du plus proche TGI. Il y a là une véritable difficulté technique.

Je ne suis pas un ardent partisan de la téléjustice, car il me semble qu'un vrai contact entre la personne concernée, l'équipe soignante, l'avocat, le juge et son greffier, est fondamental, pas seulement pour que toutes les vérifications administratives se fassent, mais pour permettre à la vérité humaine de s'exprimer. Cela ne me paraît pas possible à

travers un écran, et je ne parle même pas des personnes qui verront, dans la présence d'une caméra et d'un écran, un écho à leurs propres délires.

J'ai lu avec attention la relation du procès du jeune Romain D., qui a assassiné deux infirmières à Pau dans des conditions horribles.

M. Dominique Tian. Ah ! Vous vous en souvenez ?

M. Serge Blisko. Ce procès, qui s'est déroulé dans les nouvelles conditions prévues par l'article 122-1 du code pénal, a été très dur, non seulement pour les familles des victimes, mais aussi pour l'équipe soignante, chargée de médiquer Romain D. et ayant demandé qu'il ne lui soit pas imposé plus de trois heures d'audience consécutives.

Je vous le dis très franchement, je n'ai pas de solution toute faite. L'une des solutions – certes compliquée et onéreuse, malheureusement – consisterait à transporter la personne concernée jusqu'au TGI, devant le juge, dans les meilleures conditions possibles. Nous étions tout à fait conscients, quand le Conseil constitutionnel a rendu sa décision, du fait que celle-ci allait entraîner des coûts importants en personnels, en juges, en heures de formation et en transports. Il nous semble pourtant que cette solution est celle que nous devons privilégier.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Le débat montre que nous parlons de situations complexes et délicates, et que nous ne devons pas nous priver de la possibilité éventuelle de recourir à la vidéojustice. Je tiens tout de même, pour ma part, à ce que le patient en soit informé et à ce que l'on recueille son consentement autant qu'il est possible.

J'avais pris connaissance de la décision du Conseil constitutionnel relative aux personnes retenues dans les centres de rétention administrative, et je me demande si la mesure dont nous débattons actuellement ne risque pas, elle aussi, d'être censurée par le Conseil constitutionnel.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Nous ne sommes pas dans le même cadre, madame Fraysse : dans le cas de la téléjustice, le tribunal ne se déplace pas, il reste en dehors du lieu de rétention.

(*L'amendement n° 17, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 46 rectifié.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. L'amendement n° 46 rectifié va sans doute recueillir un assentiment unanime, puisqu'il vise à une simplification de la procédure. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Ladite simplification permet d'éviter des coûts et d'obtenir des décisions plus rapides – donc rendues dans les délais, ce qui me paraît très important compte tenu de l'encombrement actuel des tribunaux.

La simplification proposée consiste à prévoir, en cas de visioconférence avec le juge des libertés et de la détention, non pas deux procès-verbaux, mais un procès-verbal unique réalisé par le juge et immédiatement transmis par fax au patient pour signature. Je le répète, j'espère faire l'unanimité avec cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement. Si nous sommes tous d'accord pour simplifier, je ne suis pas persuadé que la mesure proposée soit nécessaire. Le procès-verbal dont il est ici question n'est pas un procès-verbal de déclaration devant être signé par le patient, mais un procès-verbal technique, rendu nécessaire par la réalisation des opérations de visioconférence hors du palais de justice.

L'article R. 112-7 du code de l'organisation judiciaire prévoit que « les caractéristiques techniques des moyens de télécommunication audiovisuelle utilisés doivent assurer une transmission fidèle, loyale et confidentielle à l'égard des tiers. [...] »

« Il est dressé procès-verbal de tout incident technique ayant perturbé une transmission. »

Dans la mesure où il ne s'agit pas d'un procès-verbal de déclaration, mais d'un simple procès-verbal technique lié à la visioconférence, qui ne nécessite pas d'être signé par le patient, l'amendement proposé ne se justifie pas. J'invite donc son auteur à le retirer.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement, monsieur Garraud ?

M. Jean-Paul Garraud. Dans la mesure où le procès-verbal dont il est question est un document purement technique qui n'a pas besoin d'être signé par le patient, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 46 rectifié est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 31.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amendement n° 31 vise à préciser les délais dans lesquels le président de la cour d'appel ou son délégué sera tenu de se prononcer sur l'appel formé contre l'ordonnance du juge des libertés et de la détention.

D'une manière générale, il nous semble toujours préférable de préciser les délais de procédure dans les textes, *a fortiori* lorsqu'il s'agit, pour l'autorité judiciaire, de statuer sur des mesures privatives de liberté. Par ailleurs, il résulte des dispositions de l'article L. 3211-12-4 que l'appel de la décision du juge n'est pas suspensif. Il nous paraît donc important de préciser, à la fin de l'alinéa 93, que le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue sur l'appel formé à l'encontre de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention « dans les vingt-quatre heures », et non pas seulement « à bref délai », comme il est dit dans le texte actuel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement. Je suis heureux, madame Fraysse, de constater que vous avez tenu compte des remarques que nous avons échangées en commission, puisque votre exposé des motifs fait référence à la notion utilisée par la CEDH – sans toutefois s'y conformer. La commission considère pour sa part qu'il est logique que l'appel soit examiné dans les mêmes conditions que le jugement sur lequel il porte.

Par ailleurs, la rédaction que vous proposez, qui consiste à réécrire toute la fin de l'alinéa 93, aboutit à supprimer non seulement la précision selon laquelle l'appel n'est pas suspensif, mais aussi la mention prévoyant que le débat peut se dérouler dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12-2 – c'est-à-dire notamment les débats contradictoires et le patient entendu avec l'assistance d'un avocat, éventuellement commis d'office. Du fait de cette rédaction, vous privez le patient de certains droits, ce qui n'était sans doute pas votre objectif. Je vous invite par conséquent à retirer votre amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La disposition proposée ne nous paraît pas souhaitable.

D'abord, elle est de nature plutôt réglementaire que législative. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le texte du Gouvernement, reprenant l'exigence de la Cour européenne des droits de l'homme, prévoit que le premier président statue « à bref délai », sans plus de précision. Le décret d'application de la loi, qui sera pris d'ici le 1^{er} août 2011, conformément à la décision du Conseil constitutionnel, fixera ces délais.

Ensuite, un délai de vingt-quatre heures ne paraît pas adapté. Il ne faudrait pas inscrire dans la loi un délai qui pourrait se révéler contraire à l'intérêt du patient, certains cas particulièrement difficiles nécessitant un temps plus long pour prendre une décision. En outre, il serait matériellement très difficile de convoquer les parties et d'organiser l'audience dans un tel délai.

Le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

(L'amendement n° 31 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 92.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Cet amendement portant sur le régime dérogatoire est défendu, monsieur le président.

(L'amendement n° 92, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 81.

La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Il s'agit, si je puis dire, d'un amendement de stupéfaction, monsieur le président ! Le Conseil constitutionnel a rendu une décision le 26 novembre 2010, par laquelle il affirme qu'au bout de quinze jours, et à d'autres intervalles par la suite, le juge des libertés et de la détention examine l'intégralité du dossier de la personne concernée, en faisant procéder aux mesures d'expertise complémentaires qu'il estime utiles, afin de déterminer si le maintien de la mesure de rétention psychiatrique – dans un service fermé, dirons-nous pour être tout à fait neutres – est légitime ou non.

Comme l'a dit M. Garraud, ce juge n'est pas psychiatre. La plupart du temps, il a été formé à l'ENM – même si des modules, nous dit-on, ont déjà été mis en place...

M. Jean-Paul Garraud. Très bien formé !

M. Serge Blisko. ...et il n'a rien d'un gauchiste forcené. Son travail consiste à vérifier si, d'après les expertises psychiatriques, la personne concernée est à même de passer à un autre régime que celui de l'hospitalisation complète et contrainte.

Et voilà que vous ajoutez la possibilité pour le procureur de demander un recours, ce qui aussi anticonstitutionnel que les dispositions que nous avons visées dans nos amendements précédents. Vous renvoyez à l'administratif alors que le Conseil constitutionnel a voulu que la décision relève du judiciaire. Le directeur de l'établissement et le préfet, tout dévoués au pouvoir exécutif, pourront en effet faire appel pour que la personne concernée reste hospitalisée alors même qu'un juge aura autorisé sa sortie.

Depuis la publication d'une circulaire en janvier 2010, nous sommes confrontés à une situation aberrante : des personnes considérées comme aptes à sortir, à condition de bénéficier d'un suivi, encombrant les lits, pourtant rares en hospitalisation complète, parce que le préfet n'a pas daigné répondre à la demande que lui ont adressée les psychiatres de l'hôpital.

Nous en arrivons à la négation de ce que le Conseil constitutionnel a voulu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. Nous avons la preuve que ce texte est équilibré : d'un côté de l'hémicycle, il est demandé que le recours soit toujours suspensif ; de l'autre, qu'il ne le soit jamais. En bon normand, j'apprécie ce genre de positions.

La possibilité pour le procureur d'introduire un recours suspensif est strictement encadrée, ne serait-ce que parce que celui-ci doit être formé dans un délai de six heures. Surtout, il est subordonné à l'existence d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui.

La commission a également considéré que l'effet suspensif ne paraissait pas porter une atteinte disproportionnée à la liberté du patient dans la mesure où il est prévu que le premier président de la cour d'appel se prononce dans un délai de trois jours.

Enfin, dernière précision, monsieur Blisko, ce n'est pas le directeur de l'établissement qui fait appel, il a simplement la faculté de demander au procureur de le faire et celui-ci peut refuser.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis !

M. Jean-Jacques Urvoas. C'est toujours « même avis » !

M. le président. Chers collègues, il est normal que le Gouvernement et la majorité puissent avoir le même avis.

M. Guy Lefrand, rapporteur. C'est même plutôt rassurant !
(*L'amendement n° 81 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n° 113 et 6.

La parole est M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 113.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination revenant sur la possibilité accordée au juge de substituer une forme de prise en charge à une autre.

M. le président. L'amendement n° 6 est défendu, monsieur Garraud ?

M. Jean-Paul Garraud. Défendu !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

(*Les amendements identiques n° 113 et 6 sont adoptés.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 7.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Cet amendement soulève une nouvelle fois la question des délais. Le délai de six heures prévu à l'alinéa 94 de l'article 1^{er} me paraît beaucoup trop réduit, compte tenu de certains éléments purement matériels : une décision peut être rendue en fin d'après-midi, à la veille d'un week-end ou d'un jour férié. Nous proposons donc que ce délai soit étendu à vingt-quatre heures. Cette modification, qui ne me paraît pas exagérée, permettrait d'éviter certaines mises en liberté automatiques lourdes de conséquences.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. Cet amendement propose d'accorder au procureur de la République un délai non pas de six heures mais de vingt-quatre heures pour faire appel de la décision du juge lorsque cet appel a un caractère suspensif. Or le recours concerne des personnes hospitalisées sans leur consentement pour lesquelles le juge a estimé qu'une mainlevée devait être ordonnée. Peut-on véritablement opposer à une mesure restrictive de liberté l'argument invoqué dans l'exposé sommaire selon lequel un délai de six heures serait trop court une veille de week-end ? Cela me paraît quelque peu discordant.

Je rappelle, en outre, monsieur Garraud, que ce délai de six heures est lui-même dérogatoire par rapport aux dispositions généralement prévues en pareil cas, par exemple s'agissant d'ordonnances du JLD mettant fin au maintien en zone d'attente ou mettant en liberté une personne placée en détention provisoire, pour lesquelles le délai est de quatre heures.

La commission a estimé qu'il était raisonnable de s'en tenir à un délai de six heures. Avis défavorable donc.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur Garraud, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, qui ne paraît pas compatible avec les exigences constitutionnelles et conventionnelles.

Une décision de remise en liberté doit être exécutée immédiatement. Les dérogations à ce principe sont strictement limitées et encadrées car elles sont attentatoires à la liberté d'aller et de venir. Je ne crois pas qu'il soit possible de prévoir un délai supérieur à six heures sans encourir un risque sérieux d'inconstitutionnalité.

M. Jean-Paul Garraud. Je retire donc l'amendement, monsieur le président.

(*L'amendement n° 7 est retiré.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 114 rectifié.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Cet amendement sera le dernier de la série de ceux visant à éviter la rupture de soins lorsque la mesure d'hospitalisation complète a été levée.

Il entérine par coordination, au même titre que l'amendement n° 1, la suppression de la possibilité accordée au juge de substituer une mesure de soins à une autre. Au-delà, il vise à redéfinir la passerelle entre l'hospitalisation complète et les soins ambulatoires, ce qui permet de résoudre la problématique soulevée en commission.

Les amendements que nous avons adoptés prévoient d'ores et déjà que la décision du juge ordonnant la mainlevée de l'hospitalisation complète prend effet dans un délai maximal de quarante-huit heures, de manière à permettre l'établissement d'un protocole de soins.

Cet amendement vise à préciser que lorsque la mainlevée de l'hospitalisation complète a été prononcée, le patient reste susceptible de bénéficier de soins sous forme ambulatoire si les conditions qui ont présidé à son admission en soins restent réunies.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Favorable.

(L'amendement n° 114 rectifié est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 1.

M. Jean-Paul Garraud. Défendu !

(L'amendement n° 1, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 45 de M. Guy Lefrand, visant à corriger une erreur matérielle.

(L'amendement n° 45, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 1^{er}, amendé, est adopté.)

Article 2

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 32, tendant à supprimer l'article 2.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 2 prolonge la démarche de l'article 1^{er}, que nous avons déjà contestée. Il conforte une vision étriquée de la psychiatrie en ne traitant que de l'admission en soins psychiatriques sans consentement, à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. Il précise les conditions d'admission dans ces soins et confirme une procédure qui s'est vue qualifiée de « garde à vue psychiatrique ».

En outre, à la suite de la décision du Conseil constitutionnel, le Gouvernement a imaginé un dispositif pour le moins complexe, permettant le maintien des patients en soins sans leur consentement. Ce faisant, il a durci les dispositions relatives à la sortie des soins.

Ces dispositions confirment que ce projet de loi répond à des considérations avant tout sécuritaires qui font du malade psychiatrique un être dangereux en puissance, nuisible et quasiment incurable.

M. Jean-Paul Garraud. Mais non !

M. Dominique Tian. Caricature !

Mme Jacqueline Fraysse. Certaines interventions dans cet hémicycle montrent la primauté de cette préoccupation par rapport à la santé, qui devrait pourtant rester prioritaire.

Faute de moyens, dans un contexte de démantèlement de la psychiatrie publique, le manque de personnel, la déqualification des postes, la précarisation des emplois et les diverses restructurations imposées par des plans de retour à l'équilibre budgétaire mettent en difficulté les professionnels dans l'exercice de leurs fonctions au détriment de leurs missions et donc de l'intérêt des patients.

Nous aimerions que Mme la secrétaire d'État nous précise comment le Gouvernement compte concilier le primat aliéniste avec les conditions de travail que nous pouvons observer sur le terrain – manque de lits, pénurie de personnels, défaut de structures alternatives à l'hospitalisation.

Nous ne pouvons pas vous suivre sur ce chemin, à l'instar de l'immense majorité des praticiens. Nous affirmons que la psychiatrie n'a pas vocation à normaliser les conduites ou à assurer un contrôle social. Son objet est de soigner des patients souffrant de troubles psychiques en les prenant en compte sous toutes leurs facettes.

Nous le savons, la qualité de la dimension relationnelle à chaque étape de la prise en charge est primordiale pour pouvoir envisager un retour serein du patient vers la cité, lequel constitue l'une des voies de guérison. Votre projet de loi ne prend pas la mesure de cette finalité. Nous estimons que le recours à la privation de liberté d'une personne en raison des troubles psychiques qu'elle présente doit rester une mesure exceptionnelle. Or force est de constater que ce texte, et singulièrement cet article 2, n'assortit pas la modalité de prise en charge sans consentement des garanties suffisantes en termes de libertés et de droits individuels.

C'est la raison pour laquelle nous avons déposé cet amendement de suppression.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. En tant que rapporteur d'un projet de loi important, qui apporte des outils innovants, réclamés par les familles de patients, je ne peux qu'être défavorable à cet amendement de suppression.

Rappelons que cet article 2 donne la possibilité à des patients hospitalisés sous contrainte de bénéficier de soins ambulatoires à leur domicile, ce qui me semble être une avancée majeure.

Par ailleurs, il autorise des hospitalisations à la demande d'un tiers sans tiers, à travers la notion de péril imminent. Ainsi, des patients qui ne sont pas hospitalisés, faute de tiers identifié ou de tiers acceptant de signer une demande, pourront être pris en charge. Nous l'avons dit et répété : 30 000 à 60 000 personnes souffrant de troubles psychotiques se retrouvent à la rue, dans une situation de grande précarité, par manque de soins, en l'absence de tiers susceptibles de s'occuper d'eux. Soit ils se soignent un beau jour, une fois levé le déni de leur maladie, soit ils sont hospitalisés d'office, ce qui suppose une contrainte beaucoup plus importante qui ne se justifie pas.

L'article 2 me paraît être un article fondateur de ce projet de loi. C'est la raison pour laquelle je ne peux qu'être défavorable à votre demande de suppression.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Défavorable également. (*L'amendement n° 32 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 5 rectifié.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Cet amendement vise à tenir compte des différences territoriales en termes de démographie médicale. Il n'y a pas d'uniformité de la présence médicale sur le territoire français – je pourrai prendre l'exemple de certains départements ou de certaines localités.

Nous souhaitons donc qu'un décret en Conseil d'État publié dans les deux mois qui suivent la promulgation de la loi puisse déterminer les conditions dans lesquelles il peut être dérogé à l'obligation d'établir deux certificats médicaux et à l'obligation que l'un d'entre eux soit rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

Dans certaines zones géographiques, selon les effectifs médicaux disponibles, les conditions fixées par l'article 2 sont en effet très difficiles à réunir.

Je souhaite donc que l'on assouplisse un peu le dispositif et que l'on tienne compte de la démographie médicale, qui constitue une réalité de terrain – raison pour laquelle j'en fais état.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

L'amendement soulève certes un problème important, celui de la démographie médicale, qui a fait l'objet de colloques entiers et de semaines de débats. Mais je ne suis pas persuadé que la solution que vous proposez soit la bonne, monsieur Garraud. Parce qu'il n'y a pas assez d'avocats, faut-il supprimer la présence d'un avocat au cours de la garde à vue ?

M. Jean-Paul Garraud. Nous verrons cela bientôt, avec la réforme de la garde à vue !

M. Guy Lefrand, rapporteur. D'autre part, je l'ai dit en commission, on ne peut déroger par décret à une obligation légale, en l'occurrence celle de produire deux certificats médicaux avant l'entrée en soins.

En outre, les considérants de la décision constitutionnelle du 26 novembre 2010 insistent tout particulièrement sur les garanties que fournit l'existence de deux certificats émanant de deux médecins différents et sur le caractère exceptionnel des mesures d'admission fondées sur un seul certificat.

Vous le savez, monsieur Garraud : dans le projet initial, un seul certificat était requis, précisément afin de simplifier la procédure. Le Conseil constitutionnel a préconisé deux certificats ; il paraît difficile de passer outre. Sans cette décision constitutionnelle, il ne serait pas question de cela aujourd'hui.

M. Serge Blisko. Ah, ce gêneur de Conseil constitutionnel !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis défavorable.

Dans les considérants de sa décision du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel estime que le nombre de certificats médicaux et de leurs auteurs offrent des garanties aux personnes admises en soins sans consentement.

Monsieur Garraud, vous soulevez le problème de la démographie médicale, de l'inégale répartition des médecins sur le territoire, qui pourrait selon vous faire obstacle à l'obtention des certificats. Mais il n'est pas envisageable que ces garanties ne soient pas offertes de la même manière à tous les citoyens de notre pays.

Toutefois, le projet de loi prend ces éléments en considération. En effet, si deux certificats médicaux sont requis pour admettre une personne souffrant de troubles mentaux en soins sans consentement à la demande d'un tiers, rappelons que seul le premier doit obligatoirement être émis par un médecin extérieur à l'établissement et que ce dernier peut ne pas être un psychiatre. Il peut s'agir du médecin traitant, d'un médecin exerçant dans le cadre de la permanence des soins ; je peux témoigner que cela se pratique.

Quant au second certificat, il peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil, qui peut être médecin urgentiste ou psychiatre.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Monsieur Garraud, votre amendement est assez choquant.

M. Jean-Paul Garraud. Oh !

Mme Catherine Lemorton. Au fond, vous soumettez à la double peine...

M. Jean-Paul Garraud. On m'a déjà fait le coup !

Mme Catherine Lemorton. ...les personnes qui habitent des secteurs où la démographie médicale est trop faible. Non seulement elles souffrent de cette situation, mais lorsqu'elles auront besoin de certificats médicaux, lesquels constituent une garantie, comme l'a rappelé Mme la secrétaire d'État, on leur répondra que, pour elles, un seul suffit.

Monsieur Garraud, je parie que lorsque nous examinerons la proposition de loi du sénateur Fourcade, qui remet en cause les quelques modestes avancées de la loi HPST en matière de démographie médicale, vous serez le premier à la voter !

(*L'amendement n° 5 rectifié n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 35.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à informer sans délai le juge des libertés et de la détention de toute décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement. En effet, une telle mesure constituant une privation de liberté, il appartient au juge et à lui seul d'entériner cette grave décision.

J'ai bien entendu, notamment en commission, l'objection selon laquelle il ne faut pas submerger le juge de certificats dont il n'aurait pas besoin dans la moitié des cas, puisque 50 % des patients sortent de soins au bout de quinze jours. Mais, je le répète, cet argument ne saurait nous convaincre. S'il n'y a pas assez de juges, il faut en former, et prendre des dispositions dérogatoires le cas échéant.

C'est du reste l'un des grands reproches que nous avons adressés à ce texte : il ne comprend aucune mesure permettant d'assumer les charges supplémentaires qu'il entraîne, notamment pour le juge, lequel manque cruellement de moyens. Que le Gouvernement et la majorité fournissent les moyens d'appliquer cette loi et les garanties auxquelles les personnes ont droit : c'est leur responsabilité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

L'information du JLD dès l'admission en soins, par l'envoi de tous les certificats médicaux produits entre l'admission et la fin de la période d'observation, n'a pas de sens. Elle reviendrait à noyer le juge – je pense que nous en serons tous d'accord – sous une somme de renseignements qui ne lui seront pas utiles. On sait que 40 à 50 % des hospitalisations sous contrainte sont levées au bout de huit jours.

Nous en avons parlé ensemble, madame Fraysse. Je comprends votre souhait d'intervenir d'emblée, mais la mesure ne sera guère efficace puisqu'une bonne partie des certificats ne sera pas utilisée. Soit le juge sera débordé, soit il ne les regardera même plus, ce qui produira l'effet inverse de celui que vous recherchez.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Le groupe SRC ne partage pas tout à fait le point de vue dont témoigne cet amendement.

Le problème n'est pas de donner le maximum de publicité à une hospitalisation, en gardant évidemment le secret médical.

Mais de deux choses l'une. Soit le processus est médical, ce qui est le cas depuis 1838. Deux médecins, extérieurs à l'établissement, font hospitaliser quelqu'un, ce qui peut également survenir à la demande de tiers ou, dans des cas malheureusement trop fréquents – 13 000 par an –, de l'autorité publique, qu'il s'agisse du préfet, du commissariat de police ou de la mairie.

Soit, ainsi que vous le demandez dans l'exposé sommaire, on judiciaire l'admission sous contrainte en hôpital psychiatrique, comme l'ont du reste fait certains de nos voisins. Il s'agit alors d'un changement de paradigme, pour reprendre l'expression employée hier : on passe du médical au judiciaire, sinon au sécuritaire.

Or les personnes concernées sont des malades, même si elles peuvent causer des problèmes à leur famille, à l'extérieur, ou occasionner des troubles à l'ordre public. Tout cela est prévu depuis 1838 ; mais, selon l'esprit de 1838, il faut protéger ces personnes, pour elles-mêmes, contre elles-mêmes parfois ; il faut protéger les autres ; surtout, il faut soigner ces malades.

Que le Conseil constitutionnel demande au juge des libertés et de la détention de vérifier que la personne n'est pas retenue dans un service hospitalier fermé plus qu'il n'est nécessaire d'un point de vue médical, soit. Mais, en faisant intervenir le juge, je crains que l'on ne change de registre par rapport à la psychiatrie.

Il existait autrefois dans les hôpitaux, en cas d'infection sexuellement transmissible – de syphilis, pour être précis, des chambres de force où le juge faisait enfermer les malades. L'obligation de maintenir ainsi enfermés contre leur gré ces seuls malades a disparu depuis vingt-cinq ou trente ans, ce qui a beaucoup soulagé les médecins, qui n'avaient nulle envie de voir des personnes hospitalisées par voie judiciaire.

Je le répète, par cet amendement, nous changeons de registre. S'il peut avoir besoin de contrôler ou de vérifier la procédure, le juge n'a pas à décider de placer une personne en hôpital psychiatrique.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je serai brève, monsieur le président : je souhaite simplement clarifier ma position.

Je suis d'accord avec Serge Blisko : c'est le point de vue médical qui doit être au centre de toutes les préoccupations et présider à toutes les décisions. Cela ne doit souffrir aucune ambiguïté.

Mais nous parlons aussi d'une situation où nous privons une personne de sa liberté, et c'est là ce qui me préoccupe. Voilà pourquoi l'intervention du juge me paraît tout à fait indispensable : il faut vérifier que les conditions d'une telle privation de liberté sont réunies, que la mesure n'est pas excessive.

Il faut veiller à maintenir l'équilibre. Nous ne devons pas judiciariser à outrance la procédure, ce qui pourrait être contre-productif du point de vue de l'évolution et de la sortie des patients. Mais il faut faire en sorte de protéger les droits d'une personne dès lors qu'une décision d'enfermement ou de soins sous contrainte est prise contre son avis.

(L'amendement n° 35 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 51, de précision, du rapporteur.

(L'amendement n° 51, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 53.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Cet amendement a été adopté par la commission.

Il supprime une disposition redondante, issue d'un amendement adopté par la commission contre l'avis de votre rapporteur, et qui prévoyait d'informer le patient lorsque sa prise en charge passe d'une hospitalisation complète à une autre forme d'hospitalisation incluant des soins ambulatoires.

Vous imaginez bien, mes chers collègues, qu'un patient saura qu'il quitte l'hôpital pour les soins ambulatoires. Cette précision m'apparaît donc superflue, pour reprendre un terme cher à Mme Fraysse. *(Sourires.)*

(L'amendement n° 53, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 80, rédactionnel, du rapporteur.

(L'amendement n° 80, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 13.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Cet amendement a pour objet de supprimer une disposition qui prévoit, en cas d'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers, la transmission immédiate au juge des libertés et de la détention d'une copie du certificat médical établi entre le cinquième et le huitième jour de l'hospitalisation.

Outre le fait qu'elle relèverait plutôt, me semble-t-il, du pouvoir réglementaire, une telle mesure n'est pas de nature à rendre plus aisée la gestion du dossier par le juge et par son greffe.

L'envoi anticipé de ce document interviendrait à un moment où le maintien en hospitalisation complète du patient et la saisine du juge ne sont pas définitivement acquis et où le dossier ne peut par conséquent être enrôlé. Le juge des libertés et de la détention compétent pour statuer sur le dossier ne sera probablement pas nommément identifiable au jour où sera effectuée cette transmission, puisque la date à laquelle la juridiction sera saisie et donc l'audience organisée ne sera pas connue au moment de cet envoi. Un tel document ne permettrait donc au magistrat ni de se livrer à un travail préparatoire, ni d'ordonner une expertise.

C'est en effet la réception de l'avis conjoint accompagnant sa saisine qui, seule, lui permettra, le cas échéant, de considérer dans certaines hypothèses qu'une expertise est nécessaire.

L'efficacité du juge et de son greffe dans la préparation de l'audience et le prononcé d'une décision dans les délais impartis sont donc mieux assurés par une transmission groupée des documents médicaux, au moment où intervient la saisine du juge.

Ce sont encore, j'en conviens, des considérations pratiques, mais elles sont importantes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

Je comprends les intentions de ses auteurs, mais, au cours des auditions, j'ai aussi rencontré des juges, et ceux-ci nous disaient plutôt vouloir être informés beaucoup plus en amont. Dans le projet de loi initial, le juge était informé au douzième jour, pour intervenir avant le quinzième jour : il disposait donc de trois jours !

J'entends bien qu'au huitième jour, le maintien en hospitalisation complète n'est pas définitivement acquis, comme vous le dites – mais en fait il n'est jamais acquis, que ce soit au douzième, au treizième, au quatorzième jour. Même lorsque le directeur de l'établissement a saisi le juge, c'est-à-dire le douzième jour, aucune disposition n'empêche que le patient cesse de faire l'objet de soins sans consentement, ou d'être hospitalisé, le quinzième jour.

Néanmoins, je suis tout à fait sensible à l'idée qu'il ne faut transmettre au juge que les informations utiles. C'est pourquoi je vous propose d'adopter plutôt mon amendement, n° 82, qui est plus précis : il dispose que les certificats médicaux produits le huitième jour après le début de l'hospitalisation ne sont adressés au juge que si le patient reste en hospitalisation complète.

Dans le texte tel qu'il a été voté par la commission, tous les certificats produits huit jours après une admission en soins sans consentement sont envoyés au juge ; vous demandez à ce qu'aucun ne soit plus envoyé.

En bon Normand, je vous propose une solution médiane qui permet d'envoyer au juge les certificats des patients qui, au huitième jour, sont encore en hospitalisation complète. Je pense que c'est là un compromis acceptable pour les uns et les autres.

Je me permets donc de demander aux auteurs de l'amendement n° 13 de le retirer, au profit du n° 82 qui trace une voie médiane entre les deux positions.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Compte tenu des explications de M. le rapporteur, je retire mon amendement au profit du n° 82. Nous avons, je crois, fait évoluer la situation dans le bon sens.

(L'amendement n° 13 est retiré.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 82, qui vient d'être défendu par M. le rapporteur.

(L'amendement n° 82, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de coordination, n° 83, présenté par M. le rapporteur.

(L'amendement n° 83, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 2, amendé, est adopté.)

Article 3

M. le président. La parole est à M. Rémi Delatte, inscrit sur l'article.

M. Rémi Delatte. Depuis le début de nos débats, chacun s'accorde à dire combien ce texte est aussi important qu'attendu.

Il concerne 70 000 situations par an, dans un domaine fondamental en termes de droit et de santé publique.

Cette réforme tout entière, et en particulier son article 3, se hissent au niveau des exigences nouvelles et modernes de notre société, tant au plan de la qualité des soins que du respect des libertés individuelles.

Ce n'est naturellement pas le fruit du hasard. Cette réforme tire d'abord son équilibre de la concertation avec les acteurs de la santé mentale comme avec les patients et avec leur entou-

rage – grâce au rapporteur, que je veux saluer – et ensuite de l'évolution de la jurisprudence et des recommandations du Conseil de l'Europe.

Un point marquant de ce projet de loi, salué d'ailleurs par les représentants des patients et de leurs familles comme par les professionnels, est la mise en œuvre de soins sans consentement en alternative à l'hospitalisation complète.

C'est une avancée essentielle.

L'article 3 prend en considération cette disposition puisque l'arrêté préfectoral prononce une admission en soins psychiatriques, mais plus sous la seule forme de l'hospitalisation.

Dans l'article 3, il y a aussi un élément essentiel que notre rapporteur Guy Lefrand a eu la pertinence et la sagesse d'introduire ; c'est la présence du juge dans le dispositif.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Absolument !

M. Rémi Delatte. Ce recours systématique au juge des libertés et de la détention en cas de désaccord entre l'avis médical et la décision préfectorale correspond à une évolution constante de notre jurisprudence.

Cette disposition garantit que les libertés et l'opportunité des soins interviennent dans la décision au même rang que l'appréciation de la sûreté et de l'ordre public.

J'ai plusieurs fois entendu certains de nos collègues parler de loi sécuritaire ; j'ai le sentiment que, tout au contraire, l'article 3 va dans le sens de l'amélioration des droits du patient.

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de suppression, n° 37.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article concerne les soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, c'est-à-dire ce que l'on appelait jusqu'ici l'hospitalisation d'office.

Cet article se fonde, comme l'ensemble du projet de loi, sur une conception de la psychiatrie que nous ne partageons pas.

Il repose d'abord sur une conception simpliste de la maladie mentale : un malade, ayant été dangereux dans un moment critique, le demeurerait toute sa vie ; il n'y aurait donc pour lui aucune alternative à la camisole, physique ou chimique, et à l'enfermement derrière des murs toujours plus hauts.

Il repose aussi sur une conception simpliste du rôle du psychiatre, considéré comme forcément laxiste et irresponsable, voire incompétent, et qu'il faudrait nécessairement placer dans la dépendance du préfet et du directeur d'établissement. Ce texte, je le répète, ne donne au psychiatre que des tâches bien délimitées : appliquer des protocoles, prescrire des neuroleptiques et rendre compte des manquements de leurs patients. Ils le vivent très mal.

Cette vision nie la relation de confiance qui doit s'établir entre le médecin et son patient ; vous instaurez au contraire une défiance, et vous prenez le risque d'exacerber le sentiment de persécution de certains patients, plus fragiles, et de les pousser au passage à l'acte.

En rendant plus difficile les sorties de malades hospitalisés sans leur consentement, cet article 3 aggravera l'encombrement des lits et rendra donc aussi plus difficile l'accès à l'hospitalisation en psychiatrie des autres patients. Il va

donc à l'encontre de l'intérêt des malades, de leur suivi et de la prévention des crises, et il risque *in fine* de les rendre plus dangereux.

Loin de lever les obstacles à l'accès aux soins et de garantir leur continuité afin de permettre le maintien dans la société des personnes présentant un trouble mental, comme le prétend pourtant l'exposé des motifs du projet de loi, cet article – en retardant la sortie de certains patients – entravera l'accès aux soins et le suivi pour tous les autres.

Il y aura finalement autant, sinon plus, de personnes souffrant de troubles psychiatriques dans la nature ; la seule différence, c'est qu'ils ne feront plus l'objet d'un suivi médical.

Cet article propose donc une mauvaise réponse à un vrai problème. C'est la raison pour laquelle nous proposons sa suppression.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission, nul n'en sera surpris, a repoussé cet amendement. Cet article ayant d'ailleurs été excellemment présenté et défendu par Rémi Delatte, je n'y reviens pas : je souscris absolument à ce qu'il a dit.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

(L'amendement n° 37 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 89.

La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. L'alinéa 12 de l'article 3 traite de ce qu'il est convenu d'appeler le dossier psychiatrique – ou, pour être totalement injuste avec le rapporteur, le casier psychiatrique.

Il faut être franc, monsieur Lefrand. *(Sourires.)*

M. Guy Lefrand, rapporteur. Oh, pas vous, pas ça ! *(Sourires.)*

M. Serge Blisko. À cette heure-ci, je peux !

M. Patrice Calmèjane et M. Jean-Paul Garraud. C'est vrai qu'avec Blisko, les jeux de mots sont plus difficiles.

M. Dominique Tian. On pourrait dire : Blisko, fiasco ! *(Sourires sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Serge Blisko. On informe le directeur de l'établissement et le représentant de l'État – et c'est normal, nous sommes d'accord – de certains éléments du dossier médical du patient : d'une part, ces hospitalisations très particulières ordonnées en application de l'article 122-1 du code pénal, repris dans le code de la santé publique, c'est-à-dire des hospitalisations ordonnées à la suite d'une décision d'irresponsabilité et donc d'un placement d'office en établissement sans procès ; d'autre part, ces hospitalisations également très particulières de patients placés dans une unité pour malades difficiles – ces hospitalisations n'étant d'ailleurs pas du tout exclusives des premières.

Le texte ajoute : « toutefois, lorsqu'il s'est écoulé depuis cette hospitalisation un délai supérieur à une durée fixée par décret en Conseil d'État, elle n'est pas prise en compte pour l'application du présent alinéa. »

Nous souhaiterions préciser cette durée en la fixant à cinq ans. Les dossiers médicaux des patients voyagent, car ceux-ci, qui sont souvent des personnes en errance, vont souvent d'hôpital en hôpital. Ce dossier médical devra être transmis : il faudra donc un fichier !

Il faut s'interroger sur la nécessité de ce fichier, qui constituera pour ces personnes un véritable stigmata. Ces personnes ont parfois été hospitalisées pendant des durées très longues, notamment quand il s'agit de personnes jugées irresponsables, mais parfois pour quelques jours seulement dans le cas des UMD.

Dans une unité pour malades difficiles, en effet, se côtoient des malades très différents : certains ont été hospitalisés d'office dans le cadre de l'application de l'article 122-1 du code pénal ; certains sont là en application de l'article D. 394 du code de procédure pénale, c'est-à-dire qu'ils ont été condamnés à de la prison, mais qu'ils ne peuvent pas supporter l'emprisonnement ; certains, enfin, sont des malades difficiles : ils se sont pris de bec avec l'équipe soignante, ce sont des mauvaises têtes, ils font un peu frémir l'équipe, mais sans que leur dangerosité soit grande.

On mélange donc des populations très différentes. Les UMD sont déjà des lieux difficiles à gérer. Faut-il encore alourdir le processus ?

Ces malades seront donc stigmatisés parce qu'ils ont, à un moment, été placés dans une unité psychiatrique fermée. M. le rapporteur, et je ne comprends pas pourquoi, ne veut pas préciser la durée pendant laquelle ces malades devront conserver cette marque d'infamie. Il la renvoie à un décret en Conseil d'État ; il nous semble que cela relève du législateur, et nous proposons de la fixer à cinq ans.

Cinq années paraissent suffisantes pour qu'un oubli médical se manifeste.

M. Dominique Tian. Et pour travailler auprès d'enfants, il n'y a pas de problèmes ? Soyons sérieux !

M. Serge Blisko. Nous en avons déjà parlé tout à l'heure lors de l'intervention de M. Garraud : il ne s'agit pas de dire qu'au bout de cinq ans, plus personne n'est dangereux ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

On peut passer trente ans dans ce type de services ! Une fois qu'on est sorti, c'est que les médecins vous considèrent comme stabilisé ; il n'apparaît donc pas nécessaire de laisser trop de temps au temps : il faut savoir clore cette période.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement.

M. Dominique Tian. Et heureusement !

M. Guy Lefrand, rapporteur. Nous en avons débattu en commission. Pourquoi renvoyer à un décret en Conseil d'État la fixation des délais nécessaires pour que s'applique le droit à l'oubli ?

Eh bien, cette durée ne doit pas, je crois, être nécessairement la même pour tous ; elle doit être suffisamment bien travaillée pour pouvoir être acceptée : ce dispositif doit garder une certaine souplesse, et le même délai ne doit pas s'appliquer de façon uniforme. Une hospitalisation de quelques semaines, de quelques mois, de quelques années, voire de trente ans, ne doivent pas forcément relever du même délai

pour le droit à l'oubli. On doit pouvoir envisager des délais différents selon la nature des faits. Pour certains cas très lourds – et je rejoins là M. Garraud –, un délai de cinq ans n'est tout simplement pas envisageable.

M. Jean-Paul Garraud. C'est absurde !

M. Guy Lefrand, rapporteur. Moi, j'avais en tête, en présentant cet amendement sur le décret en Conseil d'État, plutôt des durées de dix à quinze ans après la sortie. Je suis donc défavorable sur le fond à cet amendement.

Sur la forme, je rappelle que celui-ci arrive à l'article 3 sans qu'un amendement de coordination ait été présenté à l'article 1^{er}.

M. Serge Blisko. Il était écrit que cet amendement n'aurait pas besoin de coordination !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis défavorable à l'amendement.

Le Gouvernement est favorable à la création du droit à l'oubli. Il ne s'agit absolument pas de créer un quelconque fichier de patients, comme j'ai pu l'entendre au cours de la discussion générale. Il s'agit simplement, lorsqu'elle est mentionnée dans le dossier individuel du patient, de donner à l'autorité administrative l'information selon laquelle celui-ci a, par le passé, été placé en UMD ou reconnu pénalement responsable. Le projet de loi ne crée donc pas une sanction, mais conduit les différents acteurs à porter une attention particulière à tel ou tel patient.

L'amendement adopté par votre commission apporte toutes les garanties nécessaires à la sauvegarde de la liberté individuelle. Il convient au Gouvernement de fixer cette durée par décret sous le contrôle du Conseil d'État.

Mme Jacqueline Fraysse. Quelle durée proposez-vous ?

(*L'amendement n° 89 n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 38.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement fait écho au n° 35 que j'ai présenté à l'article 2. S'il s'agit, là encore, d'associer le juge des libertés et de la détention en amont des procédures d'admission en soins sans consentement des patients, il prend ici un relief particulier et se justifie d'autant plus qu'il concerne l'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État.

Il permettrait de prévenir d'éventuelles dérives sécuritaires de la part de la puissance publique et d'atténuer les soupçons d'arbitraire de l'État qui pèsent lourdement sur ce texte, si j'en juge par ce qui nous a été dit lors des auditions. Le rapport précise, d'ailleurs, que les dispositions de l'article 3 ne sont pas d'ordre purement sanitaire mais s'attachent à préserver un équilibre fragile entre santé, sécurité et liberté. L'introduction du juge des libertés et de la détention dans ces situations très particulières rendrait cet équilibre moins fragile et protégerait plus les libertés individuelles.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. La transmission au juge des libertés des certificats médicaux produits pendant la période d'observation et de

la détention n'a pas de sens. Elle ne ferait que le noyer sous une somme d'informations dont la plupart ne lui seront pas utiles et produirait l'effet inverse de celui recherché : le juge ne serait alors plus alerté sur un sujet, un patient, un dossier.

Je vous rappelle que 40 % à 50 % des hospitalisations sous contrainte sont aujourd'hui levées sous un délai maximal de huit jours. Avis défavorable donc.

(L'amendement n° 38, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 47.

La parole est à M. Patrice Calmédjane.

M. Patrice Calmédjane. Le présent amendement tend à supprimer le droit à l'oubli introduit par le rapporteur de la commission des affaires sociales pour les patients concernés par le régime dérogatoire.

Ce régime est justifié pour les patients ayant commis un crime ou un délit pour lequel ils ont été déclarés irresponsables pénalement ainsi que pour ceux qui ont été hospitalisés en UMD, et qui présentent une dangerosité potentielle. Or le rapporteur a introduit le concept du droit à l'oubli qui tend à atténuer ce régime dérogatoire en l'écartant à l'expiration d'un certain délai.

D'un point de vue psycho-criminologique, toutefois, le droit à l'oubli n'a pas de sens dans le cas de personnes atteintes de maladie mentale ou de troubles graves de la personnalité. Contrairement à un jeune délinquant dont on peut imaginer, dix ans après ses derniers faits, qu'il s'est définitivement réinséré, on ne peut pas tenir le même raisonnement avec des patients dont la maladie ou les troubles sont bien souvent permanents. Imaginez qu'ils puissent, un jour, être titulaires d'un permis de chasse ou de détention d'arme !

M. Jean Mallot. J'ai déjà entendu cette musique !

M. Serge Blisko. M. Garraud a trouvé un émule !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. Dans un souci de cohérence, la commission a repoussé cet amendement. Je ne reprendrai pas l'argumentaire que nous avons déjà beaucoup développé à l'article 1^{er}.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis, par souci de cohérence.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Je le sais, je vais encore prêcher dans le désert. Nous ne disons pas qu'un malade mental puisse commettre un acte odieux et répréhensible à un moment de sa vie où sa pathologie se déclare, alors qu'il ne bénéficie ni d'un suivi ni d'un traitement. Je reprends les mêmes arguments sur les maladies qui ne se soignent pas : les traitements peuvent les stabiliser et permettre aux patients de vivre dans la société à peu près normalement, pourvu qu'on mette les moyens de les suivre en permanence. L'accompagnement social, psychologique et thérapeutique, ce que l'on appelle l'observance des traitements, fonctionne très bien. Mme la secrétaire d'État, qui est médecin, ne me

contredira pas et je vais l'apprendre à M. Garraud, dont ce n'est pas la spécialité, il existe des traitements à libération prolongée sur trois semaines.

M. Serge Blisko. La libération prolongée, ce n'est pas son truc, à M. Garraud !

Mme Catherine Lemorton. Aux grandes vérités qu'il énonce dans ses exposés sommaires, j'en oppose d'autres : il existe, dans la pharmacologie, des traitements à libération prolongée qui, en une injection, stabilisent la personne pendant trois semaines.

M. Dominique Tian. C'est Servier qui les commercialise ?

Mme Catherine Lemorton. Vous ne pouvez pas dire qu'une personne qui n'était pas sous traitement au départ mais qui, par la suite, a suivi un traitement psychologique et médicamenteux pendant dix ans ou quinze ans, est exactement la même et fera la même chose. C'est tout à fait inconscient et irresponsable !

M. Jean-Paul Garraud. Ce n'est pas du tout ce que je dis.

(L'amendement n° 47 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 84.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Précision !

(L'amendement n° 84, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 85.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Correction d'une erreur matérielle.

(L'amendement n° 85, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 12.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud.

M. Jean-Paul Garraud. Cet amendement est défendu.

(L'amendement n° 12, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 88.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Cet amendement a été accepté par la commission. Le juge n'étant appelé à se prononcer que sur les cas d'hospitalisation complète, il paraît inutile de lui envoyer l'ensemble des certificats médicaux établis huit jours après l'admission, notamment ceux des personnes prises en charge sous forme ambulatoire. Il s'agit d'une simple coordination avec une disposition précédemment adoptée.

(L'amendement n° 88, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 120.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Je m'attarderai quelques instants sur cet amendement ainsi que sur les suivants qui traitent du même sujet. Avant d'aborder le fond, je voudrais rappeler les raisons qui ont conduit la commission, dans sa grande sagesse, à adopter l'amendement à l'origine de l'alinéa 36 concerné.

Dans le cadre d'une admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, le directeur de l'établissement de santé est tenu de suivre l'avis du psychiatre et de mettre fin à la mesure de soins dès que celui-ci atteste que les conditions ne sont plus réunies. Les compétences sont liées.

Dans le cadre d'une admission en soins sur décision du représentant de l'État, celui-ci garde toujours la main sur la décision finale, quelle que soit la proposition du psychiatre. Cela tient à la spécificité de l'hospitalisation d'office, dans laquelle entrent en ligne de compte non seulement des considérations sanitaires, mais aussi d'ordre public. Néanmoins, du point de vue de la liberté individuelle, il n'est pas apparu totalement satisfaisant à la commission des affaires sociales que la logique de l'ordre public l'emporte systématiquement sur la logique sanitaire et qu'une personne puisse être maintenue en soins psychiatriques sans consentement contre avis médical.

Ce qui peut se concevoir dans le cadre de décisions relatives à la forme de prise en charge du patient, où le préfet prend sa décision à la fois au vu des recommandations des certificats médicaux et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public, conformément au III de l'article L. 3213-3, devient nettement plus contestable, et pour tout dire choquant, lorsque le psychiatre atteste que les conditions ayant justifié l'admission en soins ne sont plus remplies et que la levée peut être ordonnée. Un patient pour lequel le psychiatre a attesté que la mesure de soins sous contrainte ne se justifiait plus pourrait donc être maintenu en soins sous contrainte, en l'absence de raisons médicales.

C'est pourquoi la commission des affaires sociales a prévu une saisine automatique du juge lorsque la décision du préfet ne suit pas la recommandation du psychiatre s'agissant de la levée de la mesure de soins.

Je considère en revanche que la rédaction adoptée en commission peut être améliorée de manière à concentrer l'action du juge sur les situations les plus contestables et à éviter que celui-ci ne soit saisi dix, douze ou treize jours après l'admission alors même qu'il doit déjà se prononcer dans le cadre du contrôle automatique des quinze jours. C'est pourquoi l'amendement n° 120 propose que l'obligation faite au directeur de l'établissement de saisir le juge ne s'applique que pour les personnes en hospitalisation complète. Ce qui nous importe à tous, et Mme Fraysse l'a rappelé, c'est que la privation de liberté intervienne conformément au texte que nous examinons et à la décision du Conseil constitutionnel, aux termes de laquelle le juge doit statuer sur la privation complète de liberté et non pas sur la mesure de soins.

Quant à l'amendement n° 121, il prévoit que cette saisine n'a pas lieu d'être en amont de la saisine automatique des quinze jours. Dans un souci de respect du juge et de prise en compte des difficultés de la démographie judiciaire, il est quelque peu exagéré de prévoir un recours automatique au juge à dix ou onze jours alors qu'il sera systématiquement saisi à quinze jours. De toute façon, il n'interviendra pas avant cette période.

Dans ces conditions, vous comprendrez que je sois défavorable à l'amendement n° 34 de M. Garraud, même si je l'apprécie dans la mesure où sa rédaction est très proche d'un amendement de repli que j'avais moi-même déposé en commission au cas où la disposition n'aurait pas été acceptée. Cet amendement est, en quelque sorte, une aide au recours individuel, une proposition très en deçà de la rédaction du texte issu de la commission des affaires sociales.

Sous réserve donc de l'adoption des deux amendements de précision que je vous propose, l'un visant l'hospitalisation complète, l'autre la saisine automatique du juge au-delà de quinze jours, il me semble plus sage d'en rester au texte adopté par la commission qui a longuement travaillé sur le sujet, et qui constitue, à notre avis, un point d'équilibre à conserver.

Cette avancée a été saluée à la fois par les soignants et par les associations de familles et de patients. Je tiens à votre disposition les courriels que j'ai reçus des patients, des familles et des soignants concernant le point d'équilibre que nous avons réussi à obtenir ensemble grâce à ces amendements.

Je vous remercie de votre compréhension, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 120. Une saisine automatique, en cas de désaccord entre le psychiatre et le représentant de l'État, s'appliquera si ce désaccord porte sur la fin de l'hospitalisation complète.

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Mon intervention concernera les questions qui ont été évoquées par le rapporteur.

Il s'agit pour nous de prendre en compte la conception humaniste de la médecine, et plus particulièrement de la psychiatrie. Je vous rappelle qu'il s'agit de cas forts lourds puisque ces personnes sont entrées dans un hôpital contre leur gré. Aussi attendent-elles ce jour formidable où elles pourront enfin sortir et ne plus être contraintes à ces mesures qui, reconnaissons-le, sont lourdes. Il ne s'agit pas nécessairement de personnes qui ont commis un acte médico-légal, mais plutôt de personnes qui, après avoir été ramassées sur la voie publique en état d'ébriété prononcée, par exemple, sont placées en hôpital psychiatrique. Elles se retrouvent dans une petite chambre, souvent capitonnée en raison du risque de suicide, avec peu de meubles, la porte fermée, des grilles aux fenêtres.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas habituel !

M. Serge Blisko. J'essaie de vous décrire ce qu'est la chambre d'un hôpital psychiatrique !

Évidemment, dans cette chambre, il n'y a aucun objet tranchant. Certaines personnes sont soumises à des contentions, dorment même dans des espèces de sacs de couchage extrêmement primitifs et non dans des draps pour éviter qu'elles ne se suicident. Au mieux, leur espace de sortie se résume à un petit bout de jardin – cela ne ressemble ni au parc de Sceaux, ni à celui du château de Versailles – où elles fument plus que de raison parce qu'elles s'ennuient mortellement.

J'ajoute que, si elles peuvent regarder la télévision dans une salle commune, elles sont tellement abruties par les médicaments qu'elles ne lui prêtent qu'une attention flottante.

Monsieur le président, pardonnez-moi de me livrer à une telle description, mais c'est la réalité que vivent beaucoup de nos concitoyens dans les hôpitaux. Ils prennent des médicaments et au bout de quelque temps on regarde s'ils vont mieux. Bien évidemment, tout cela s'accompagne de grandes souffrances morales car ils se rendent bien compte, une fois l'épisode critique aigu passé, qu'ils ne sont pas libres d'aller et venir. Ils n'ont pas le téléphone et la famille rencontre toujours des difficultés en matière de visite, même si sur ce point des progrès ont été faits récemment.

Ces personnes font confiance à l'équipe soignante parce qu'elles savent qu'un jour on va discuter de leur cas, qu'elles vont pouvoir passer dans un autre secteur de l'hôpital ou aller dans un foyer ou un appartement thérapeutique faute de pouvoir rentrer chez elles. Elles savent que, pour leur santé, il sera important qu'elles voient chaque semaine un psychiatre ou une équipe d'infirmiers dans un centre médico-psychologique, et qu'elles pourront toujours appeler si elles ne vont pas bien.

À la sortie, il faut affronter le regard de la famille, des collègues de travail, de la collectivité. Ce n'est pas facile. Je reste persuadé qu'il faut aider ces personnes avant de leur faire subir des coercitions supplémentaires.

L'équipe soignante ne prend jamais de décision à la légère. Si c'était le cas, il y aurait beaucoup plus de drames que nous n'en connaissons. Certes, on ne parviendra jamais à un niveau de protection maximum, à un risque zéro, car on ne peut jamais être certain de ce qui peut se passer avec certains patients, mais faisons un peu confiance à cette équipe, très consciencieuse, je dirai même très angoissée quand elle prend des décisions.

Le préfet qui n'est pas psychiatre, qui ne connaît pas les conditions de travail ni d'hospitalisation, peut boucler des gens hors de tout avis médical au seul motif qu'il a reçu un ordre du ministère de l'intérieur qui émane lui-même du Président de la République. Or, si les patients restent enfermés alors qu'un avis médical les autorise à sortir, ils n'adhéreront plus au traitement. Ils auront le sentiment, à juste titre, d'être maintenus dans une situation qui n'est plus une hospitalisation sous contrainte mais une situation, extrêmement dommageable, de rétention, voire d'emprisonnement et ils n'auront de cesse de tout faire – y compris ce qu'il ne faut pas faire – pour sortir.

Si le préfet n'est pas d'accord avec l'avis des psychiatres, il faut faire en sorte que la décision tende à favoriser au maximum la sortie pour la réinsertion et la guérison éventuelle.

(L'amendement n° 120 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 34 et 121, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. Jean-Paul Garraud, pour soutenir l'amendement n° 34.

M. Jean-Paul Garraud. Il est regrettable que ce texte n'ait pas été soumis, pour avis, à la commission des lois car il comporte bien des aspects judiciaires.

M. Jean Mallot. Très bien ! Faites entrer M. Warsmann !

M. Jean-Paul Garraud. Par ailleurs nous parlons beaucoup du juge des libertés et de la détention, mais nous savons aussi que, dans l'avant-projet de réforme du code pénal, ce juge risque d'être supprimé... Si c'est le cas, il faudra y revenir.

L'amendement n° 34 a pour objet de supprimer la saisine automatique du juge des libertés et de la détention, en cas de divergence entre la décision du représentant de l'État, c'est-à-dire du préfet, et l'un des certificats ou avis médicaux établis par les psychiatres assurant la prise en charge du patient, et de substituer à cette saisine systématique du juge une disposition garantissant la connaissance par le patient du recours dont il dispose devant ce même juge.

Il n'appartient pas au juge judiciaire d'intervenir systématiquement pour trancher les conflits entre psychiatres et préfets, lesquels doivent assumer chacun ses responsabilités eu égard à leurs compétences respectives, en matière médicale ou de protection de l'ordre public.

La prévision de la saisine systématique du juge dans cette hypothèse conduirait en fait à inverser le sens des principes de la loi française donnant compétence à l'autorité administrative, c'est-à-dire au préfet ou au directeur d'établissement, pour prendre les décisions autorisant les mesures sous contrainte et réservant au juge judiciaire un rôle de recours lui permettant d'intervenir *a posteriori* pour s'assurer du bien-fondé de ces mesures.

Par ailleurs, en ce qui concerne la protection des droits du patient, si le représentant de l'État prend une décision s'écartant de l'avis médical, la voie du recours facultatif, qui est alors ouverte au patient ou à l'un de ses proches, permet d'assurer un niveau de garanties conforme aux exigences constitutionnelles.

Toutefois, afin de répondre à l'attente qui s'est exprimée au sein de la commission des affaires sociales en garantissant l'accessibilité et l'effectivité de ce recours pour le patient, le présent amendement introduit une disposition qui prévoit, lors de la notification d'un arrêté préfectoral divergeant de l'avis du psychiatre, que le directeur d'établissement porte à la connaissance du patient, afin que ce dernier soit parfaitement informé, l'avis du psychiatre et la décision du préfet, qu'il lui rappelle l'existence de la procédure de recours devant le juge des libertés et de la détention, ainsi que la possibilité de prendre l'avocat de son choix.

Le dispositif que je prévois permet donc toutes les informations nécessaires, mais le juge ne doit pas régler une différence d'appréciation entre le psychiatre et le préfet. Ce n'est pas son rôle.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 34 et soutenir l'amendement n° 121.

M. Guy Lefrand, rapporteur. J'ai déjà défendu tout à l'heure l'amendement n° 121 et donné un avis défavorable à l'amendement n° 34 qui a été repoussé par la commission.

Le psychiatre donne un avis face à une décision du préfet : ce ne sont pas deux décisions. Et le juge intervient sur la décision du préfet.

M. Jean Mallot. C'est ce qu'est venu nous expliquer longuement le garde des sceaux.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Nous sommes dans un cadre très strict, très clair. Nous étions d'accord sur ce point avec M. le garde des sceaux qui a pris effectivement le temps de venir nous en parler.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement peut certes comprendre les craintes qui se sont manifestées au sein de votre commission et qui l'ont conduite à prévoir une intervention automatique du juge dans l'hypothèse d'un conflit entre le médecin et le préfet. Toutefois, cette intervention automatique n'est pas sans soulever des difficultés qui ont été exposées par le garde des sceaux lors de la discussion générale.

Un recours au juge est d'ores et déjà possible. Le patient, comme ses proches, peut l'exercer. Convient-il d'y substituer une saisine systématique du juge? Le Gouvernement ne le pense pas. Celle-ci n'est exigée ni par la Constitution ni par la Convention européenne des droits de l'homme. Cette saisine systématique du juge risque, au contraire, d'induire un nombre plus important de conflits entre les représentants de l'État et les psychiatres et contribuerait à déresponsabiliser l'autorité administrative à laquelle il incombe, avec le recours des médecins, de rechercher le meilleur équilibre entre la protection de l'ordre public et la situation du patient. Nul doute que cette recherche serait, de la part de l'administration, moins attentive et moins précise si elle était *ipso facto* laissée à la responsabilité du juge au lieu de se faire simplement sous le contrôle de ce dernier.

Je le répète, le recours au juge est d'ores et déjà possible. Le nombre de recours est en augmentation depuis plusieurs années déjà. En outre, l'entrée en vigueur du décret du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement encourage ce mouvement grâce à des règles simples. Le recours peut être formé par une simple déclaration verbale du patient recueillie par le directeur de l'établissement et les délais d'examen par le juge sont plus courts que ceux du droit commun.

Il m'apparaît par ailleurs que, sur ce point, l'amendement n° 34 fait un pas important dans le sens de vos préoccupations. Il prévoit une information spécifique du patient. Les conclusions du psychiatre pourront donc être portées à sa connaissance, ainsi que sa possibilité de former un recours et même d'être assisté à l'audience par un avocat. Cette option me paraît tout à fait appropriée et replace chacun des acteurs dans son rôle.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement vous demande d'adopter cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. La place du juge est évidemment importante puisqu'il est garant des libertés et des droits du patient en cas de litige entre le représentant de l'État et l'équipe médicale, en l'occurrence les psychiatres.

Je rejoins M. Garraud quand il déplore les dysfonctionnements de l'Assemblée et notamment le fait que la commission des lois n'ait pas été saisie pour avis.

M. Jean Mallot. Dites-le à M. Warsmann, monsieur Garraud!

Mme Catherine Lemorton. Je peux prendre d'autres exemples de ce genre: la commission des affaires sociales a été frustrée de ne pas avoir été saisie pour avis du projet de loi pénitentiaire – que vous connaissez bien, monsieur Garraud – alors que 9 000 personnes sont atteintes de psychoses dans des prisons, lesquelles souffrent de vrais problèmes sanitaires.

M. Jean Mallot. Mme Lemorton a raison!

Mme Catherine Lemorton. Je pense également à la libéralisation des jeux en ligne – M. Calmèjane, ici présent, fait partie de la mission commune entre le Sénat et l'Assemblée. Quand on évoque les toxicomanies, il est aussi question de l'addiction au jeu, qui constitue un réel problème de santé publique en France.

M. Patrice Calmèjane. Ne mélangez donc pas la toxicomanie avec l'addiction aux jeux en ligne!

Mme Catherine Lemorton. Or la libéralisation à laquelle vous avez procédé ne va pas arranger l'affaire.

Mme Laure de La Raudière. Cela n'a rien à voir avec ce dont nous sommes en train de discuter!

Mme Catherine Lemorton. Au moins nous rejoignons-nous parfois, monsieur Garraud.

M. Jean Mallot. Quand c'est l'UMP, tout est mal organisé!

Mme Laure de La Raudière. Vous nous faites un procès d'intention, monsieur Mallot!

(L'amendement n° 34 n'est pas adopté.)

(L'amendement n° 121, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 90.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

(L'amendement n° 90, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 39.

Mme Jacqueline Fraysse. Dans la mesure où notre amendement visant à introduire le juge des libertés et de la détention dès le début de la procédure n'a pas été adopté, le présent amendement n'a plus d'objet. J'en profite néanmoins pour souligner que, dans un souci de protection des droits et libertés des patients, nous préférierions nettement que le juge des libertés et de la détention soit le pivot des différentes étapes jalonnant les mesures de soins sans consentement, plutôt que les préfets. Je tiens en effet à souligner avec solennité que les préfets ne me paraissent pas les mieux placés pour traiter de ces questions.

M. Jean Mallot. C'est clair!

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement. L'essentiel est avant tout que les personnes concernées soient dûment informées et elles ne le seront pas davantage par le juge que par le préfet. Je vous rappelle, du reste, que le préfet reste l'autorité décisionnaire, c'est donc à lui qu'incombe la responsabilité de prévenir les personnes destinataires de l'information. Il s'agit ici d'aviser « des » mesures prises et non pas « sur » ces mesures comme l'indique l'exposé des motifs de l'amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Défavorable.

(L'amendement n° 39 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 91. Il s'agit d'un amendement de précision présenté par le rapporteur.

(L'amendement n° 91, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 3, amendé, est adopté.)

Article 4

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, première oratrice inscrite sur l'article 4.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet article traite des soins psychiatriques sans consentement en prison mais il n'aborde pas du tout la question de la psychiatrie en prison, pourtant une préoccupation majeure pour notre société.

Nous savons tous que le constat est accablant. Il a d'ailleurs été dressé, notamment, par une mission d'information du Sénat qui précise, par exemple, que 8 % des prisonniers sont schizophrènes, contre 1 % dans la population totale. Les rapporteurs écrivent que « la proportion de personnes atteintes de troubles mentaux les plus graves, la schizophrénie ou autres formes de psychoses, pour lesquelles la peine n'a guère de sens, représenterait 10 % de la population pénale ».

L'altération de la santé mentale des prisonniers, indique également le rapport, peut être une source d'aggravation des troubles mentaux, lorsqu'elle ne les suscite pas, sous le double effet de l'insuffisance des soins dispensés et de l'état des prisons françaises.

Cette situation met en péril les malades, les codétenus, le personnel pénitentiaire, et, ajouterai-je, la société dans son ensemble puisque, écrivent encore les rapporteurs, « l'insuffisance de la prise en charge se manifeste au moment de la sortie de prison, les anciens détenus ne faisant pas l'objet d'un suivi particulier ».

La prison accueille donc des personnes qui ne devraient pas s'y trouver mais qui devraient être traitées. La prison aggrave en effet leurs troubles avant qu'elles ne soient relâchées dans la société. Ce constat accablant est celui que font les sénateurs.

Comment en sommes-nous arrivés là? Les sénateurs relèvent deux causes.

En premier lieu, alors que, depuis 1810, le code pénal posait le principe de l'irresponsabilité pénale du « dément », une réforme de 1993 a distingué l'abolition du discernement au moment des faits en raison d'un trouble psychique qui entraîne l'irresponsabilité pénale et l'altération du discernement qui ne peut être invoquée que comme une circonstance atténuante – mais qui, dans les faits, a paradoxalement conduit à allonger la durée d'emprisonnement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Une deuxième raison est évoquée par les rapporteurs : entre 1985 et 2005, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie est passée de 130 000 lits à moins de 90 000, entraînant « une tendance des experts à refuser l'irresponsabilité pénale afin d'éviter de mobiliser un lit d'hospitalisation ».

J'ajouterai une troisième cause, sur laquelle je regrette que nous n'ayons pas de données précises : l'insuffisance du suivi des personnes atteintes de troubles mentaux, aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, insuffisance constatée par de nombreuses études. Cette situation peut favoriser les

passages à l'acte, qui seront sanctionnés par des peines de prison, prison où ils ne seront pas traités. Je ne m'étendrai pas sur les moyens consacrés à la santé des détenus en France.

Au total, ceux qui étaient dangereux le restent au moment de leur sortie ; quant à ceux qui ne l'étaient pas, beaucoup le sont devenus. Il est par conséquent urgent de repenser la psychiatrie dans le cadre d'une loi générale – j'y insiste – qui se fixerait comme objectif de dépister les troubles mentaux, de les traiter suffisamment tôt, et de surveiller l'évolution de la maladie, ce qui constitue le meilleur moyen de prévenir les actes violents et, au bout du compte, de contribuer à vider les prisons en empêchant que les personnes souffrant de troubles psychiques y entrent.

Pour cela, il nous paraît moins urgent de réformer la loi sur les soins sans consentement que d'arrêter la fermeture de lits d'hospitalisation,...

Mme Catherine Lemorton. Ça, c'est vrai !

Mme Jacqueline Fraysse. ...et de développer les hôpitaux de jour et les CMP en renforçant leurs équipes de psychiatres, de psychologues, de personnels soignants et sociaux.

Nous regrettons que cet ordre de priorité n'ait pas été choisi par le Gouvernement qui, au fond, considère que la santé mentale est moins importante que l'ordre public – puisqu'il donne la priorité à cet aspect bien particulier de la psychiatrie.

M. le président. La parole est à M. Jean Mallot.

M. Jean Mallot. Sur cet article comme sur l'ensemble du texte, nous sommes confrontés à la fois à l'expertise médicale, par la voix du psychiatre, à l'expression de l'autorité publique, entre les mains du préfet, et, bien sûr, nous nous en remettons à la décision du juge, le moment venu, pour trancher un éventuel litige.

L'actualité nous offre cependant un cas d'école puisque, si j'en crois *Libération* de ce matin, le colonel Kadhafi aurait déclaré : « Sarkozy est mon ami mais je crois qu'il est devenu fou ; je crois qu'il souffre d'une maladie psychique. »

Mme Jacqueline Fraysse. Tiens !

M. Jean Mallot. Personne, ici, ne considère le colonel Kadhafi ni comme un psychiatre ni comme un préfet et encore moins comme un juge des libertés. *(Sourires.)*

M. Patrice Calmégane. Il s'agit d'une provocation ridicule !

M. Jean Mallot. Pourtant, nous nous trouvons, à travers cette anecdote, confortés dans notre volonté de faire en sorte que les dossiers sur lesquels nous nous appuyons...

Mme Laure de La Raudière. Vous avez de drôles de références, monsieur Mallot !

M. Jean Mallot. ...et sur lesquels les décideurs s'appuient puissent être fondés sur des décisions d'experts véridiques et non pas sur des affirmations gratuites. *(Sourires.)*

M. Patrice Calmégane. Ces propos sont complètement délirants !

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue le jeudi 17 mars 2011 à zéro heure dix, est reprise à zéro heure vingt.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous en venons à l'examen des amendements à l'article 4.

Je suis saisi d'un amendement n° 97 de M. Guy Lefrand. Il s'agit d'un amendement de précision. La commission y est favorable.

(L'amendement n° 97, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 99 de M. Guy Lefrand. Il s'agit d'un amendement rédactionnel. La commission y est favorable.

(L'amendement n° 99, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 100 de M. Guy Lefrand. Il s'agit d'un amendement de cohérence. La commission y est favorable.

(L'amendement n° 100, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 4, amendé, est adopté.)

Article 5

M. le président. Sur l'article 5, je ne suis saisi d'aucun amendement.

(L'article 5 est adopté.)

Article 6

M. le président. Nous en venons à l'examen de l'article 6.

Je suis saisi d'un amendement n° 119.

La parole est à M. Guy Lefrand, rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Cet amendement a été accepté par la commission. Il vise à renforcer et à valoriser le rôle, important, des familles et des aidants dans l'accompagnement des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. C'est pourquoi il propose que le directeur général de l'ARS « veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles ».

C'est là une demande forte, et ancienne, de l'UNAFAM. Nous la soutenons. Et nous sommes heureux que cet amendement ait réussi à franchir l'obstacle de l'article 40. Je pense que nous pouvons le voter sans problème, les uns et les autres.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je ne peux qu'être favorable à l'amendement du rapporteur, moi qui ai tant accompagné, ou tenté d'accompagner les aidants en instaurant la première Journée nationale des aidants, le 6 octobre dernier.

(L'amendement n° 119 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 86, qui fait l'objet de deux sous-amendements, n°s 115 et 116.

La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Cet amendement est l'occasion de rappeler, tout de même, que depuis maintenant plus de cinquante ans, c'est-à-dire depuis le 15 mars 1960, la psychiatrie française repose, par le biais d'une circulaire – qui a la vie plus longue que bien des lois –, sur ce que l'on appelle le secteur psychiatrique. Celui-ci a marqué une avancée très progressiste, en rompant avec les grands asiles, puisque tel était le terme usité à l'époque. D'autre part, la naissance du secteur psychiatrique a été le premier pas d'une démarche qui se poursuit encore aujourd'hui, visant à ce que la psychiatrie trouve sa place au sein de la population, au sein des collectivités locales, et non plus dans des hôpitaux qui étaient parfois situés à la campagne, loin des villes.

Depuis cinquante ans, tout notre effort vise ainsi à faire en sorte que les patients soient pris en charge le plus près possible de leur domicile, de leur entourage, de leur milieu familial, par des équipes décentralisées, extra-hospitalières. J'ajoute, mais sans entrer dans les détails, car vous connaissez tout cela, qu'il y a plusieurs formes de soins : la consultation en CMP ; les foyers d'accueil ; les hôpitaux de jour ; l'accueil familial et thérapeutique, que M. Mallot défendait hier avec beaucoup de talent et de brio.

M. Jean Mallot. Et de conviction, surtout.

M. Serge Blisko. Et de conviction, en effet.

Il y a encore bien d'autres formes de soins, comme les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. Bref, il y a une grande modularité dans ce type de traitements.

Nous avons été déçus, en 2009, de constater que la psychiatrie restait en dehors de loi HPST, ce qui prouve qu'avec ce gouvernement, on travaille vraiment trop vite, et pas toujours d'une façon très efficace : hôpital, patients, santé, territoires, mais on ne parle pas du secteur psychiatrique. On nous a dit qu'on allait revisiter tout cela à l'occasion de la proposition de loi de M. Fourcade, qui est en fait une nouvelle lecture de la loi HPST. Mais tout ce que M. Fourcade trouve à proposer, c'est de faire sauter les quelques mesures un tout petit peu incitatives visant à lutter contre les déserts médicaux qui s'installent dans notre pays du fait de la démographie médicale. Et dans cette proposition de loi, à notre grand désappointement, on ne parle toujours pas de la psychiatrie.

Nous, nous sommes entrés dans le détail. Il nous semble très heureux que, s'agissant de l'organisation des urgences, l'on mette en place, sous l'égide de l'ARS, une coordination des transports sanitaires, des SDIS et des ambulances hospitalières. Nous nous réjouissons aussi, évidemment, que les services de police et de gendarmerie soient eux aussi vigilants et puissent être parfois associés à cette organisation des urgences. Rien n'est pire que de constater qu'il n'y a personne pour aller chercher le malade.

Mais nous souhaitons aussi que le secteur psychiatrique, qui est défini dans le code de la santé publique, puisse participer à l'organisation des urgences psychiatriques et en soit la clé de voûte au sein d'un territoire donné. Évidemment, dans certains territoires, il peut y avoir plusieurs secteurs psychiatriques, puisque ceux-ci correspondent, *grosso modo*, à une population de 60 000 habitants. Dans une ville de 100 000 ou 200 000 habitants, il peut y avoir deux ou trois secteurs, entre lesquels une coordination doit bien évidemment être assurée. Il ne peut pas y avoir un système d'organisation des urgences ici, et un autre à côté. Mais en même temps, il nous paraît important que ce qui fait la force de la psychiatrie française, c'est-à-dire sa proximité, sa disponibilité, non seule-

ment soit maintenue – car elle est aujourd'hui en train de s'effiloche –, mais soit développée. Tout le monde admire, mais je devrais plutôt dire « admirait », cette organisation. Il faut qu'elle puisse être défendue, et même qu'elle progresse. Car c'est le seul moyen d'avoir moins de malades mentaux en prison, comme le disait tout à l'heure Mme Fraysse, moins de malades mentaux dans la rue, et moins de malades mentaux qui stagnent à l'hôpital parce qu'il n'y a pas d'autre solution.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur cet amendement et pour soutenir les sous-amendements n^{os} 115 et 116.

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a émis un avis favorable à cet amendement, sous réserve de l'adoption de ses deux sous-amendements. Ceux-ci ont malgré tout leur importance.

Le sous-amendement n^o 115 est rédactionnel.

Le sous-amendement n^o 116 vise, lui, à supprimer la référence à la sectorisation. En effet, le début de l'alinéa 3 parle des « territoires de santé ». Si, dans le même alinéa, on parle des territoires de santé et de la sectorisation, un problème de cohérence risque de se poser.

Proposer cette suppression ne signifie pas que je sois défavorable à la sectorisation. Celle-ci dépasse largement le cadre de ce projet de loi, et il n'est pas facile de l'y faire entrer par l'intermédiaire de cet amendement, qui revient un peu, globalement, sur la définition des établissements habilités à recevoir des personnes en soins psychiatriques.

Le secteur est une notion très variable, qui recouvre plusieurs choses différentes. En l'occurrence, nous parlons plutôt d'aires géographiques d'intervention et de modalités d'organisation et de coordination entre les professionnels.

On le sait, le secteur ne constitue pas toujours le territoire le plus pertinent. On le voit en pédopsychiatrie, où nous travaillons en intersectoriel. Sans vouloir lancer tout un débat sur la sectorisation, car c'est un débat important, qui dépasse le cadre de ce projet de loi et de cet amendement, et afin d'éviter toute ambiguïté, pour pouvoir adopter votre amendement, je vous propose d'accepter notre sous-amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable à l'amendement 86, sous réserve des sous-amendements n^{os} 115 et 116 du rapporteur.

Si vous le permettez, je souhaite revenir sur la sectorisation psychiatrique. Monsieur Blisko, vous avez souhaité que soient clairement définies des aires géographiques sur lesquelles s'exerce la mission « soins sans consentement », qui propose aux malades soit des soins intra-hospitaliers, soit des soins extra-hospitaliers, soit une continuité des deux. Vous proposez pour cela de faire un lien entre l'autorisation accordée au titre de la mission de service public et la participation à la sectorisation psychiatrique.

D'ailleurs, l'exposé des motifs de l'amendement n^o 69, qui n'a pas été défendu par M. Prél, mettait en lumière les nombreuses acceptions du secteur psychiatrique, et il est nécessaire de revenir sur chacune d'entre elles.

Tout d'abord une précision : la loi du 21 juillet 2009 a substitué au système d'agrément de l'établissement de santé recevant une personne hospitalisée sans son consentement la notion de soins sans consentement comme mission de service

public. Aux termes de l'article L.6112-2 du code de la santé publique, la mission de service public peut être exercée indifféremment par un établissement public ou un établissement privé, dès lors que cet établissement remplit l'ensemble des conditions de cette mission. Le statut juridique de l'établissement n'implique pas automatiquement la capacité de celui-ci à remplir ou ne pas remplir de telles missions. Je vous rappelle que c'est l'ARS qui confie les missions de service public aux établissements. La mise en œuvre de soins sans consentement est une mission de service public, au même titre que l'accueil des urgences par exemple ; elle n'est donc pas, par principe, réservée à une catégorie d'établissement.

Néanmoins, si l'organisation en secteurs a été et continue d'être un progrès important en matière d'accessibilité et de proximité des soins psychiatriques, il s'est développé d'autres structures de soins qui collaborent avec les secteurs, voire assurent sur une aire géographique donnée tout ou partie des soins psychiatriques. De plus, pour certaines pathologies, ou à certains âges, se sont développées des structures à vocation plus large, intersectorielle.

Pour la psychiatrie comme pour les autres activités, il faut en effet que la zone de référence soit suffisamment vaste pour que puisse y être pensé l'ensemble des structures nécessaires à la prise en charge, c'est-à-dire : à la fois des structures de grande proximité, comme les CMP, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les hôpitaux de jour ; mais aussi des structures hyper-spécialisées, comme des unités spécialisées en gérontopsychiatrie, en réadaptation sociale, ou destinés à certains états pathologiques, par exemple les psychoses émergentes, ou aux soins intensifs psychiatriques.

Les établissements psychiatriques le savent, d'ailleurs. Le développement de ces prises en charge très spécialisées, liées aux progrès de la médecine, a conduit les établissements à créer des intersecteurs de plus en plus nombreux, puisque les secteurs traditionnels n'étaient plus toujours adaptés à ces prises en charge spécifiques, dont la part a fortement progressé. Parallèlement, le nombre d'établissements non sectorisés en psychiatrie a augmenté et représente pratiquement la moitié des établissements.

J'ajoute que dans les zones urbaines, l'équipement ambulatoire du ressort du domicile du patient n'est pas toujours facilement accessible, quand celui-ci habite en grande banlieue et travaille au centre. C'est pourquoi la liaison automatique entre équipe de prise en charge et domicile n'est pas forcément satisfaisante pour le patient. Il en est de même des adolescents qui effectuent des études loin du domicile, et des enfants de l'aide sociale à l'enfance placés.

Alors, si l'organisation des soins est souvent bien pensée au sein de chaque secteur, les prises en charge peuvent être confrontées à de graves ruptures de cohérence dès lors que le patient serait amené soit à passer d'un secteur à l'autre, ce qui, outre les cas évoqués, recouvre celui de patients très instables, voire sans domicile fixe ou jeunes errants ; soit à passer d'un secteur à un intersecteur plus spécialisé, avec, comme indiqué dans l'exposé des motifs de l'amendement n^o 69, d'incessantes tergiversations pour savoir qui fait quoi et comment. C'est notamment le cas des personnes âgées souffrant de troubles psychiques.

La réflexion à partir du territoire de santé est donc tout à la fois une réponse pertinente à ces limites, souvent soulignées par les psychiatres, à la sectorisation psychiatrique à la française, tout en en conservant le bénéfice, c'est-à-dire l'offre sur chaque aire géographique d'un accès au service public de psychiatrie, dans une organisation adaptée.

C'est aussi un hommage à ce que la psychiatrie a été la première à inventer, à savoir la coordination des soins intra et extra-hospitaliers sur l'ensemble d'une zone, au profit d'une population dans sa globalité. Cette conception très forte de santé publique, dont nous souhaitons imprégner toutes les activités sanitaires, est actuellement déployée grâce aux outils de la loi HPST, au premier rang desquels l'ARS, le territoire de santé, et aussi bien sûr le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ce contrat est le socle dans lequel doivent être déclinés les moyens avec lesquels les établissements exercent leur mission, en coopération avec les autres acteurs sanitaires.

Précisons que l'organisation des soins de proximité en secteurs, c'est-à-dire sur une aire géographique circonscrite et facilement appréhendable, restera sans doute l'organisation la plus courante. Mais celle-ci n'empêche pas, au contraire, les regroupements intersectoriels et les mutualisations de moyens au niveau d'un territoire de santé. S'agissant de l'exercice de la mission de service public des soins sans consentement, la référence juridique reste l'établissement. Il incombera à l'ARS de s'assurer que chaque aire géographique est couverte par un établissement assurant cette mission de service public, l'établissement étant ensuite libre d'organiser les soins sans consentement en secteurs et en intersecteurs par territoire.

Enfin, après avoir évoqué la question de la planification des structures, et pour revenir sur ce qui compte avant tout, c'est-à-dire le patient, je tiens à dire que ce qui compte pour ce patient, pour sa famille, c'est qu'il puisse être suivi par un médecin, par une équipe médicale et soignante clairement identifiée, et que la cohérence de sa prise en charge individuelle soit garantie. Cette organisation médicale, dont les résultats sont impératifs, doit être laissée au libre choix de la communauté médicale de chaque établissement. Telles sont les précisions que je souhaitais apporter sur la question de la sectorisation.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. C'est avec beaucoup d'intérêt, et une certaine surprise, que nous avons écouté l'exposé de Mme la secrétaire d'État sur le sujet de la sectorisation, qui a apporté une amélioration qualitative indéniable dans la prise en charge des patients atteints de problèmes psychiatriques.

Il est vrai qu'en comparaison des grands hôpitaux de psychiatrie que nous avons connus, je pense par exemple aux hôpitaux de Saint-Venant et d'Armentières dans le Pas-de-Calais, où les malades étaient accueillis par centaines, et où les conditions de prise en charge étaient discutables, la sectorisation est très importante, de par la diversité des propositions de prise en charge qu'elle offre. Dans la région Nord-Pas-de-Calais, nous avons eu à cœur de développer différentes formes de prise en charge, qu'il s'agisse des appartements thérapeutiques, de l'hospitalisation, de la prise en charge à domicile, cela a largement été développé par la secrétaire d'État.

Vous avez évoqué la gérontopsychiatrie, je voudrais évoquer la pédopsychiatrie. Nous sommes dans une situation catastrophique en France, et nous connaissons un manque dramatique de pédopsychiatres, alors que le suicide est la deuxième cause de décès chez les adolescents. Il y vraiment urgence à traiter du sujet, que ce soit par un projet de loi ou un plan de santé mentale, car il est très prégnant.

Je voudrais être sûre que le sous-amendement que propose le rapporteur ne remet pas en cause la sectorisation. « Territoire de santé », tel que cela figure dans le projet de loi, et « sectorisation » ne sont pas totalement superposables.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Justement !

Mme Catherine Génisson. Peut-être M. le rapporteur pourrait-il nous apporter quelques précisions sur ce sujet.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Il ne s'agit pas, avec ce sous-amendement, de lancer le débat sur la sectorisation : je souhaite seulement éviter une ambiguïté qui poserait problème et mettrait à mal l'amendement que vous avez proposé, dans la mesure où figureraient dans la même phrase les termes « territoire de santé » et « sectorisation ». Cela ne remet évidemment rien d'autre en cause.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton.

Mme Catherine Lemorton. Je ne vois pas en quoi il est contradictoire de parler à la fois de territoire de santé et de sectorisation. La sectorisation est très spécifique à la prise en charge des malades psychiatriques, alors que le territoire de santé est une notion plus globale qui regroupe des communes, qui tient compte de la spécificité des activités de soins, notamment au niveau de l'accès aux soins primaires, autour de bassins d'emploi ou de bassins de population.

Je ne vois donc pas pourquoi vous opposez territoire de santé et sectorisation. Pourquoi y aurait-il confusion entre les deux ? Je rappelle que la sectorisation sert pour des prises en charge très diversifiées dans un secteur très spécifique, et il n'y a qu'à ce secteur-là qu'elle s'applique : ambulatoire, temps partiel, temps complet. Pourquoi y aurait-il confusion ?

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Je suis un peu interloqué. J'admets certes l'explication technique de M. Lefrand, qui nous dit qu'il est confus de mentionner territoire de santé et secteur dans le même alinéa. Nous savons que le territoire de santé est plus large que le secteur psychiatrique.

Mais l'explication de Mme la secrétaire d'État me glace le sang ! Elle m'oppose le fait qu'il y a beaucoup d'autres types de prise en charge que dans le cadre du secteur. Mais cela, nous le savions, cela existe depuis toujours. Il y a des établissements privés à but non lucratif qui ne sont pas sectorisés, par exemple les hôpitaux de la fédération des Croix-Marine, que nous connaissons depuis plus de cent ans. Il y a l'intersecteur, ou les services de psychiatrie dans les CHU, qui n'ont pas de secteur. Même si c'est souvent un secteur, dans les SMPR des prisons, les malades qui sortent de prison sont hors-secteur car ils sont en errance. Il s'agit d'ailleurs d'un vrai problème que nous n'avons pas abordé à l'article précédent.

Nous sommes cependant favorables à ce que cette spécificité du secteur soit reconnue comme étant, pour la plupart des patients, qui ne sont pas dans des conditions particulières, la clé de voûte de l'organisation de l'offre de soins psychiatriques dans ce pays, même si l'on sait que des gens continueront d'aller dans tel ou tel service hospitalo-universitaire qui contient un service de psychiatrie. Ce n'est d'ailleurs pas incompatible avec le secteur, loin de là.

Mais à force de le caresser, de l'admirer, et de dire qu'il est formidable, nous sommes ici en train de noyer le secteur dans d'autres choses. Je suis donc extrêmement inquiet, parce que l'on va faire des économies d'échelle, les équipes vont être rassemblées sur un territoire de santé très vaste, et cela sera la fin du secteur.

Avec mon collègue Malherbe, nous avons signé ensemble la création d'une communauté hospitalière de territoire qui va se mettre en place. Nous sommes dans un domaine de coopération entre hôpitaux, et nous en sommes très heureux, puisqu'à quelque cinquante kilomètres de Paris, l'hôpital de sa commune accueille aussi des malades parisiens. Nous sommes donc tout à fait conscients de ces problèmes, mais il n'empêche que le secteur doit rester la clé de voûte de l'organisation psychiatrique de l'offre de soins. Je ne comprends pas ce que vous êtes en train de faire, sinon diluer le secteur dans un ensemble qui existe déjà.

Nous sommes évidemment favorables à toutes les mises en commun quand elles permettent d'être plus efficaces : je pense au problème des urgences, qui dépasse le simple cadre d'un secteur, et peut se poser sur une ville, sur une commune, notamment sur une commune importante qui comporte plusieurs secteurs – nous en savons quelque chose à Paris, et c'est le cas dans bien des villes importantes.

Je ne veux pas ennuyer le rapporteur dans cette affaire, mais je maintiens le désir que la sectorisation psychiatrique soit rappelée dans ce texte, et les explications de la ministre, non seulement ne nous ont pas convaincus, mais indiquent au contraire que quelque chose se prépare qui ne semble pas tout à fait bon. Puisque l'on parle de psychiatrie, il ne s'agit pas de paranoïa, mais d'une vieille habitude de ce qui se trame dans les couloirs du ministère de la santé.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Au-delà de la discussion sur le secteur, je voudrais être très précis sur l'amendement et le sous-amendement.

Lorsque l'on parle des « établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1 », selon l'amendement n° 86, il s'agit des établissements ayant une mission de service public en psychiatrie. En ajoutant : « et participant à la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L. 3221-4 », vous entraînez une limitation de ces établissements. Un CHU, par exemple, va se trouver exclu de votre proposition.

Mon sous-amendement permet d'élargir le champ à l'ensemble des établissements qui participent aux missions de service public, alors que le vôtre a tendance à le réduire et à exclure de fait certains établissements. Nous sommes dans ce cadre très précis des établissements pouvant participer à ces missions, et non dans celui d'une mise en cause de la sectorisation.

(Le sous-amendement n° 115 est adopté.)

(Le sous-amendement n° 116 est adopté.)

(L'amendement n° 86, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 18.

La parole est à M. Patrice Calmégane.

M. Patrice Calmégane. L'amendement tend à permettre au procureur de la République de visiter régulièrement, et dans tous les cas au moins une fois par an, tous les établissements de santé accueillant des personnes en soins psychiatriques sans consentement pour s'assurer notamment du respect des droits garantis aux patients.

Le procureur de la République est l'autorité judiciaire la plus polyvalente et la mieux à même d'opérer, si nécessaire, les signalements et les saisines utiles au regard des différentes catégories de patients concernés – patients faisant ou devant faire l'objet d'une mesure de protection juridique, patients mineurs, patients ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, patients ayant fait l'objet d'une hospitalisation sans consentement alors qu'ils purgent une peine de détention ou de réclusion criminelle.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable.

Je suis cependant d'accord avec vous et je me permets de vous proposer de vous rallier à l'amendement n° 101, qui, si j'ose dire, comble vos désirs. Le procureur intervient de nouveau – et j'ai conscience des demandes formulées par les uns et les autres sur ce sujet. La commission a maintenu la périodicité d'une fois par an et ajouté la mention du procureur de la République, comme vous le souhaitez. La rédaction de l'amendement n° 101 est plus précise et me semble plus en cohérence avec le texte de la commission, même si les deux amendements répondent à la même volonté. Je vous demande donc de retirer votre amendement n° 18.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Patrice Calmégane.

M. Patrice Calmégane. Je retire l'amendement n° 18.

(L'amendement n° 18 est retiré.)

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 101 ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Je ne voudrais pas allonger le débat. J'étais d'accord avec toutes les mesures de simplification proposées par la commission et le rapporteur. Je voudrais indiquer que dans la plupart des établissements, jamais personne ne passe : ni procureur, ni juge, ni président du tribunal de grande instance, et il faut parfois pousser le maire de la commune pour qu'il visite ces établissements.

Que la liste ne soit pas trop longue, que vous vouliez mettre le Parquet et pas simplement les juges du siège, pourquoi pas ? Mais il faut qu'un message soit envoyé aux autorités judiciaires ou politiques de ce pays, afin qu'elles passent dans les hôpitaux psychiatriques.

C'est la semaine des prisons. Les parlementaires sont souvent sollicités par les visiteurs de prison, le GENEPI, les prisonniers, leurs familles pour passer dans les prisons. Je vais d'ailleurs aller dans une prison à la fin de la semaine.

Depuis la loi de 2000, un grand nombre de parlementaires passent dans les prisons, et c'est heureux. Je souhaite de la même manière que les différents corps constitués, les personnalités civiles et politiques de ce pays puissent aussi voir ce qui se passe dans les hôpitaux psychiatriques. Je pense que cela ferait avancer les choses.

(L'amendement n° 101 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 87 rectifié.

La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. L'amendement est défendu.

(L'amendement n° 87 rectifié, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 6, amendé, est adopté.)

Après l'article 6

M. le président. Je suis saisi d'un amendement n° 75 rectifié, portant article additionnel après l'article 6.

La parole est à M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Cet article porte sur la composition de la commission départementale des soins psychiatriques. Il convient de faire désigner une partie de ses membres par le directeur de l'ARS, plutôt que par le préfet.

Il ne s'agit en aucun cas de faire injure au corps préfectoral en lui préférant le directeur de l'ARS.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. Avis défavorable.

Je suis heureux de voir l'intérêt que nos amis socialistes portent désormais à la réforme majeure de l'ARS et à son directeur général. Nous restons néanmoins défavorables à cet amendement, car il n'entre pas dans les compétences des directeurs généraux de l'ARS de désigner les membres appelés à siéger au sein de la CDSP.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Il est important que les commissions départementales en psychiatrie gardent une compétence territoriale et ne soient pas mutualisées à l'échelon régional. C'est d'ailleurs dans cette optique que, lorsque les ARS ont été mises en place, le choix a été fait de maintenir la compétence du préfet pour désigner les membres de la CDSP.

De plus, le rôle de la CDSP va au-delà des questions relatives à l'organisation des soins, mission relevant du champ de compétence de l'ARS. Dans ces conditions, il est important que le préfet conserve cette compétence de nomination.

(L'amendement n° 75 rectifié n'est pas adopté.)

Articles 7, 8 et 8 bis

(Les articles 7, 8 et 8 bis, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

Article 9

M. le président. Sur l'article 9, je suis saisi d'un amendement n° 102.

La parole est à M. Guy Lefrand.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination

(L'amendement n° 102, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de coordination n° 103 de M. le rapporteur.

(L'amendement n° 103, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de coordination n° 104 de M. le rapporteur

(L'amendement n° 104, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement de coordination n° 105 rectifié de M. le rapporteur.

(L'amendement n° 105 rectifié est adopté.)

(L'article 9, amendé, est adopté.)

Article 10

M. le président. Sur l'article 10, je suis saisi d'un amendement de coordination n° 106 rectifié de M. le rapporteur.

(L'amendement n° 106 rectifié est adopté.)

(L'article 10, amendé, est adopté.)

Article 11

Article 12

Articles 13 et 14

(Les articles 13 et 14, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

M. le président. Nous avons terminé l'examen des articles du projet de loi.

Je n'ai été saisi d'aucune demande d'explication de vote personnelle.

Je rappelle que la Conférence des Présidents a décidé que les explications de vote des groupes et le vote par scrutin public sur l'ensemble du projet de loi auront lieu le mardi 22 mars après les questions au Gouvernement.

2

ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE

M. le président. Prochaine séance, mardi 22 mars, à quinze heures :

Questions au Gouvernement ;

Vote solennel sur le projet de loi relatif à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;

Proposition de résolution sur l'égalité entre les hommes et les femmes en 2011 ;

Proposition de loi relative à l'organisation du championnat d'Europe de football de l'UEFA en 2016.

La séance est levée.

(La séance est levée, le jeudi 17 mars 2011, à zéro heure cinquante-cinq.)

*Le Directeur du service du compte rendu de la
séance de l'Assemblée nationale,*

CLAUDE AZÉMA



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	181,60
33	Questions 1 an	133,80
83	Table compte rendu 1 an	36,70
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	162,70
35	Questions 1 an	95,40
85	Table compte rendu 1 an	32,50
95	Table questions 1 an	21,40
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1 223,60
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	1 025,80

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 26 octobre 2010 publié au *Journal officiel* du 28 octobre 2010

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
 Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 3,10 €
 (Fascicules compte rendu et amendements)