



N° 3189

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
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,*

PAR M. Guy LEFRAND,

Député.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 2494, 3116.

SOMMAIRE

| | Pages |
|---|-----------|
| I.- LA SANTÉ MENTALE, UN OBJECTIF PRIORITAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE | 13 |
| A. LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE | 13 |
| 1. Un état des lieux préoccupant..... | 13 |
| 2. Pour un grand plan de santé mentale | 14 |
| <i>a) La prévention et le diagnostic.....</i> | <i>15</i> |
| <i>b) L'organisation de la prise en charge</i> | <i>17</i> |
| <i>c) La démographie médicale.....</i> | <i>19</i> |
| <i>d) La recherche</i> | <i>20</i> |
| <i>e) L'observance et l'éducation thérapeutique.....</i> | <i>22</i> |
| B. LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT..... | 24 |
| 1. Une législation ancienne | 25 |
| <i>a) La loi du 30 juin 1838</i> | <i>25</i> |
| <i>b) La loi du 27 juin 1990</i> | <i>25</i> |
| 2. Les hospitalisations sur demande d'un tiers et les hospitalisations d'office aujourd'hui..... | 26 |
| II.- LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT, UNE NÉCESSITÉ À ENCADRER | 31 |
| A. LA LÉGISLATION EN VIGUEUR | 31 |
| 1. Les droits des patients..... | 31 |
| 2. L'hospitalisation sur demande d'un tiers..... | 32 |
| <i>a) Les conditions d'hospitalisation</i> | <i>32</i> |
| <i>b) La demande du tiers</i> | <i>33</i> |
| <i>c) Les certificats médicaux.....</i> | <i>34</i> |
| 3. L'hospitalisation d'office..... | 35 |
| 4. Les sorties d'essai..... | 36 |
| B. LES PROPOSITIONS DE RÉFORME | 37 |
| C. LE PROJET DE LOI | 40 |
| 1. Les soins sans consentement : un changement de paradigme..... | 40 |

| | |
|---|-----|
| 2. La garantie d'un meilleur accès aux soins | 40 |
| 3. Un suivi renforcé pour certains patients | 42 |
| 4. Un renforcement des droits des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement | 42 |
| <i>a) Des garanties plus importantes</i> | 42 |
| <i>b) Un contrôle accru du juge sur les mesures d'hospitalisation sous contrainte</i> | 43 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 45 |
| I.- DISCUSSION GÉNÉRALE | 45 |
| II.- EXAMEN DES ARTICLES | 55 |
| TITRE I ^{ER} : DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES | 55 |
| <i>Article 1^{er}</i> (articles L. 3211-1 à L. 3211-12-5 du code de la santé publique, et article L 111-12 du code de l'organisation judiciaire) : Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement et contrôle de ces mesures par le juge des libertés et de la détention | 55 |
| TITRE II : SUIVI DES PATIENTS | 108 |
| <i>Article 2</i> (articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique) : Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent | 109 |
| <i>Article 3</i> (articles L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-4, L. 3213-5, L. 3213-5-1 [nouveau], L. 3213-6 et L. 3213-8 à L. 3213-11) : Admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État | 130 |
| TITRE III : DISPOSITIONS DIVERSES | 149 |
| <i>Article 4</i> (articles L. 3214-1 à L. 3214-4 du code de la santé publique) : Admission en soins sans consentement des personnes détenues | 150 |
| <i>Article 5</i> (articles L. 3215-1 à L. 3215-4 du code de la santé publique) : Dispositions pénales | 155 |
| <i>Article 6</i> : Organisation de la prise en charge psychiatrique | 159 |
| <i>Après l'article 6</i> | 168 |
| <i>Article 7</i> (article L. 1112-3 du code de la santé publique) : Coordinations dans le code de la santé publique | 170 |
| <i>Article 8</i> (article L. 706-135 du code de procédure pénale) : Coordinations dans le code de procédure pénale | 170 |
| <i>Article 8 bis</i> : Rapport du Gouvernement sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie | 171 |
| TITRE IV : DISPOSITIONS OUTRE-MER | 172 |
| <i>Avant l'article 9</i> | 172 |

| | |
|--|-----|
| <i>Article 9</i> (article L. 3844-1 du code de la santé publique) : Adaptation de certaines dispositions du projet de loi pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française | 172 |
| <i>Article 10</i> (article L. 3844-2 du code de la santé publique) : Adaptation de certaines dispositions du projet de loi pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française | 177 |
| <i>Article 11</i> : Dispositions applicables à Mayotte | 179 |
| <i>Article 12</i> : Dispositions applicables à Mayotte | 179 |
| <i>Article 13</i> (article L. 3824-1, L. 3824-5 et L. 3824-6 du code de la santé publique) : Dispositions applicables aux îles de Wallis et Futuna | 180 |
| TITRE V : DISPOSITIONS TRANSITOIRES..... | 181 |
| <i>Article 14</i> : Dispositions transitoires | 181 |
| <i>Titre</i> | 183 |
| TABLEAU COMPARATIF | 185 |
| ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF | 259 |
| AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION | 265 |
| ANNEXE 1 : APPLICATION DE L'ARTICLE 86, ALINÉA 8, DU RÈGLEMENT | 321 |
| ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES | 323 |

PRINCIPALES MODIFICATIONS ADOPTÉES PAR LA COMMISSION

Parmi les 306 amendements examinés par la commission, lors de ses séances des 1^{er} et 2 mars 2011, en présence de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé, la commission en a retenu 233.

• *AU TITRE IER (Droit des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques) :*

– sur proposition de Mme Jacqueline Fraysse, la Commission a réaffirmé le principe selon lequel les soins libres doivent être privilégiés ;

– la Commission a prévu un examen somatique de la personne admise en soins dans les 24 heures de l'admission, afin d'évacuer toute cause d'origine somatique à ses troubles (*amendement du rapporteur*) ;

– la Commission a introduit la possibilité pour le juge des libertés et de la détention, saisi aussi bien dans le cadre d'un recours individuel, que dans le cadre d'une saisine automatique en application de l'article L. 3211-12-1, de substituer des soins ambulatoires à la mesure d'hospitalisation complète dont fait l'objet le patient (*amendements du rapporteur*) ;

– un « droit à l'oubli » pour les personnes déjà hospitalisées suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ou celles ayant séjourné en UMD a en outre été instauré (*amendement du rapporteur*) : aucune des précautions supplémentaires prévues par le texte (avis du collège + avis de deux experts pour que le juge puisse ordonner la levée de la mesure de soins) ne leur sera applicable si ces hospitalisations remontent à un certain nombre d'années (durée fixée par décret en Conseil d'État). Des dispositions identiques sont également prévues à l'article 3 (modalités selon lesquelles le préfet peut modifier la forme de prise en charge de ces patients ou ordonner la levée de la mesure de soins) ;

– enfin, dans le cadre d'une saisine automatique, comme dans le cadre d'un recours individuel, le juge aura la possibilité de fixer les délais dans lesquels il souhaite obtenir les expertises qu'il a demandées (*amendement du rapporteur*).

• *AU TITRE II (Suivi des patients) :*

– la Commission a adopté un amendement du rapporteur visant à autoriser expressément le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé à demander, à titre personnel, des soins pour son protégé, indépendamment de sa mission de protection juridique ;

– elle a encadré le recours à la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent (en l'absence de tiers) en la réservant aux cas où il est impossible de trouver un tiers susceptible de demander les soins (*amendement du rapporteur*) ;

– elle a, en conséquence, procédé à la réécriture des dispositions relatives à la procédure d'urgence d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers en cas de péril imminent. Afin d'éviter les confusions avec la nouvelle procédure d'admission en soins en cas de péril imminent sans tiers, le critère de péril imminent a été remplacé par celui de « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade » ; des garanties supplémentaires s'agissant des auteurs des certificats médicaux établis au bout de 24 heures puis de 72 heures ont également été apportées (*amendement du rapporteur*) ;

– à l’initiative de M. Jean-Luc Prével, il a été précisé que le directeur de l’établissement d’accueil du patient « est tenu » de modifier la forme de prise en charge de celui-ci lorsque le psychiatre le propose ;

– la Commission a prévu une information du juge sur les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement en amont de la saisine automatique de celui-ci, dès l’établissement du certificat produit au plus tard le huitième jour après l’admission en soins (*amendement du rapporteur*) ;

– comme au juge, la Commission a accordé au préfet la possibilité de fixer des délais pour la production des expertises qu’il a demandées (*amendement du rapporteur*) ;

– enfin, dans le cadre des admissions en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l’État, la Commission a prévu une saisine automatique du juge des libertés et de la détention par le directeur de l’établissement d’accueil du patient en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre sur la levée de la mesure de soins (*amendement du rapporteur*).

• *AU TITRE III (Dispositions diverses) :*

– la Commission a confié à l’Agence régionale de santé (ARS) la responsabilité d’organiser la gestion des urgences psychiatriques en partenariat avec le SAMU, les SDIS, les forces de police et de gendarmerie, ainsi que les transporteurs sanitaires agréés (*amendement du rapporteur*) ;

– des conventions devraient également être conclues, à l’initiative des directeurs d’établissements psychiatriques, avec les préfets, les collectivités territoriales et les ARS afin d’assurer le suivi et l’accompagnement des personnes faisant l’objet de soins sans consentement sous forme ambulatoire (*amendement du rapporteur*).

– la Commission a demandé, à l’initiative du rapporteur, l’établissement, dans un délai d’un an, d’un rapport sur l’état de la recherche en psychiatrie et les moyens qui devraient lui être consacrés.

Mesdames, messieurs,

Sur les dix pathologies considérées comme les plus préoccupantes du XXI^{ème} siècle par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cinq sont des maladies mentales ⁽¹⁾. Les troubles mentaux se classent aujourd'hui au 3^{ème} rang des maladies en termes de prévalence : ils affectent une personne sur cinq chaque année, une sur trois si l'on regarde la prévalence sur la vie entière ⁽²⁾. Selon le rapport remis par M. Édouard Couty à la ministre chargée de la santé et des sports en janvier 2009, ce bilan devrait s'alourdir dans les années à venir avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la morbidité générale si des mesures ne sont pas prises.

La loi de programmation de santé publique du 9 août 2004 a en partie pris en compte cette réalité en définissant plusieurs objectifs de santé publique dans le domaine des affections neuropsychiatriques ⁽³⁾ et deux plans ministériels successifs, couvrant les périodes 2002-2005 et 2005-2008, ont été mis en œuvre. Un grand « plan santé mentale », équivalent au « plan cancer » ou au « plan Alzheimer », est cependant toujours attendu par l'ensemble des acteurs et des usagers de la psychiatrie, qui fasse enfin de la santé mentale un objectif prioritaire de santé publique.

Le présent projet de loi s'inscrit dans cette volonté de rénovation de la prise en charge psychiatrique et doit s'accompagner d'un nouveau « plan pluriannuel de prévention et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles mentaux », que le Président de la République a appelé de ces vœux à l'occasion de l'examen en Conseil des ministres de la lettre rectificative au projet de loi ⁽⁴⁾.

(1) Schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif (référence citée dans « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport présenté à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, par M. Édouard Couty, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, janvier 2009).

(2) Voir rapport précité.

(3) Sont notamment visés au titre de ces objectifs : la diminution de 10 % du nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité ; la diminution de 20 % du nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus ; l'augmentation de 20 % du nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique ; la réduction de la marginalisation sociale et de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation.

(4) Conseil des ministres du 26 janvier 2011.

Le texte qui est soumis à notre assemblée n'a donc pas vocation à apporter des réponses à l'ensemble des enjeux qui se posent aujourd'hui en psychiatrie, puisqu'il ne traite que d'un point, certes particulièrement sensible, de notre dispositif de soins que sont les hospitalisations sous contrainte. Votre rapporteur s'en remet au nouveau « plan Santé mentale » annoncé par le Président de la République et déjà en cours de concertation avec les professionnels, pour aborder les différentes questions soulevées par l'organisation de la protection de la santé mentale sur le territoire, tout en soulignant que la mise en œuvre des dispositions adoptées par le Parlement en dépendra très largement.

En effet, si le texte ne bouleverse pas les principes qui régissent, depuis 1990, voire depuis 1838, le régime des hospitalisations sous contrainte, il n'en modifie pas moins profondément la physionomie. En proposant de substituer la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement, il procède en effet à un changement de paradigme très important dans la conception des soins psychiatriques sous contrainte, réduisant l'enfermement à une modalité de soins parmi d'autres.

Le projet de loi vise également à tenir compte des faiblesses du dispositif actuel, soulignées en particulier dans le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires de mai 2005 ⁽¹⁾ et, notamment, à répondre aux problèmes pratiques posés par l'absence de tiers dans l'accès aux soins.

Bien sûr, le texte ne fait pas fi des préoccupations liées à la sécurité de nos concitoyens en prévoyant des mesures de précaution renforcées pour certaines catégories de malades dont la dangerosité potentielle apparaît comme plus élevée. Ces précautions consistent en des avis médicaux supplémentaires requis lorsqu'il est envisagé de modifier la forme de prise en charge ou de prononcer la levée des hospitalisations dont font l'objet les personnes déclarées pénalement irresponsables ainsi que celles ayant séjourné dans une unité pour malades difficiles.

Toutefois, en consacrant, conformément à la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel, une place accrue au juge des libertés et de la détention, gardien des libertés individuelles, dans le contrôle des mesures d'hospitalisation sous contrainte, le projet de loi renforce également les droits et les garanties des patients. À cet égard, il convient de bien mesurer toutes les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel à la fois pour le système de santé (maintien du nombre de certificats requis pour l'admission en soins, production de certificats médicaux supplémentaires à échéance régulière pendant la mesure de soins, organisation matérielle des audiences et transport des patients) et pour l'organisation judiciaire (saisine automatique sur tous les cas

(1) « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », rapport présenté par M. Alain Lopez et Mme Isabelle Yeni, membres de l'IGAS, et par Mme Martine Valdes-Boulouquet et M. Fabrice Castoldi, membres de l'IGSJ, n° 2005-064 et n° 11/05, mai 2005.

d'hospitalisation complète, décision rendue à bref délai, etc.). Cette évolution est indispensable mais elle nécessitera, pour être effective, dans la perspective d'une mise en œuvre au 1^{er} août 2011, une mobilisation très importante des équipes soignantes et des juridictions.

Le présent texte, qui réécrit quasiment tous les chapitres du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, est un texte touffu et complexe mais ambitieux et protecteur des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement. La Commission des affaires sociales a souhaité renforcer encore les garanties apportées par ce texte aux patients, tant dans l'exercice concret de leurs droits que dans l'organisation matérielle de l'accès aux soins. En revanche, contrairement à ce qu'auraient souhaité certains, le projet de loi ne remet pas fondamentalement en question le dispositif des soins psychiatriques sous contrainte ; il conserve la dualité des procédures actuelles ainsi que le rôle du préfet dans l'admission en soins, y compris sur la base de considérations autres que sanitaires puisque liées à l'ordre public. Force est en effet de constater que la maladie mentale peut conduire quelqu'un à compromettre la sécurité des personnes et à troubler l'ordre public et, comme le souligne fort justement le rapport Couty précité, toute organisation de l'offre de soins doit proposer des dispositifs prenant en compte cette dimension.

Les dispositions du code de la santé publique relatives à l'hospitalisation sous contrainte sont issues d'une législation à la fois ancienne et stable, et d'autant plus difficile à réformer qu'elle vise à concilier trois objectifs de rang constitutionnel : la santé, la sécurité des personnes et les libertés individuelles. Ces derniers temps, la question de la maladie mentale a été le plus souvent abordée dans les médias sous l'angle des faits divers, suite à des événements tragiques comme les drames de Pau en 2004 et de Grenoble en 2008, relançant ainsi le débat sur la prise en charge des malades mentaux et la sécurité et donnant lieu à plusieurs textes en matière pénale ⁽¹⁾. L'objectif du présent texte est tout autre : il vise à préserver les équilibres auxquels a abouti la loi du 27 juin 1990, tout en renforçant l'accès aux soins, en rendant effectives les garanties apportées aux personnes malades et en préservant celles qui sont dues à l'ensemble de la société. Comme l'a souligné le Président de la République dans son discours prononcé au centre hospitalier spécialisé Erasme d'Antony, lors de l'annonce de la présente réforme, le défi est de trouver « *le bon équilibre entre la réinsertion du patient et la protection de la société, entre le tout angélique et le tout sécuritaire* ». Comment assurer la sécurité de tous, tout en respectant la liberté des personnes atteintes de troubles mentaux et surtout faire en sorte que leur soient apportés les soins appropriés ? C'est cette difficile équation que tente de résoudre le présent projet de loi.

(1) Loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, loi du 30 octobre 2007 portant création du contrôleur général des lieux de privation de la liberté, loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

I.- LA SANTÉ MENTALE, UN OBJECTIF PRIORITAIRE DE SANTÉ PUBLIQUE

A. LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

1. Un état des lieux préoccupant

Les pathologies psychiatriques souffrent encore de représentations négatives de la part des Français et de fortes attentes subsistent quant aux diagnostics, aux traitements et à la recherche. La psychiatrie est un enjeu majeur de santé publique, un peu méconnu, oublié des débats et du financement de la recherche, alors qu'il a été démontré par l'OMS que les maladies mentales seront d'ici à une dizaine d'années au premier rang des causes mondiales de handicap, dépassant les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Un Français sur cinq souffre, a souffert ou souffrira au cours de sa vie d'une maladie mentale. Elles sont la première cause de mortalité chez les jeunes adultes avec 4 000 suicides recensés chaque année, plaçant ainsi la France dans le peloton de tête mondial.

En termes médico-économiques, le poids de la maladie mentale est considérable en matière de coûts directs, mais également indirects. Les maladies mentales constituent le deuxième motif d'arrêt de travail et la première cause d'invalidité. Elles réduisent notablement la qualité de vie des personnes atteintes et perturbent profondément celle de leurs proches.

Les malades

En France, 20 % de la population souffre d'une pathologie psychiatrique.

La schizophrénie représente 1 % de la population générale et 15 % des schizophrènes se suicident.

On recense chaque année en France 12 000 suicides, dont 3 000 à 4 000 dans la population souffrant d'une pathologie psychiatrique, schizophrènes et personnes atteintes de troubles bipolaires.

Chaque année, environ 70 000 personnes sont hospitalisées sous contrainte : 10 000 le sont d'office et 60 000 sont en hospitalisation à la demande d'un tiers.

Environ 9 000 personnes diagnostiquées comme ayant une psychose seraient en prison.

Par ailleurs, 30 000 à 60 000 personnes seraient dans la rue avec un trouble psychiatrique sévère. Une étude réalisée par l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) de Marseille sur une file de 130 personnes vivant dans la rue a montré que 75 % d'entre elles souffraient de troubles psychotiques (dont 60 % de schizophrénie) ou bipolaires (10 %).

Il faut également souligner que la représentation sociale de la personne souffrant d'une maladie mentale est aujourd'hui encore mauvaise. Les maladies mentales font encore l'objet d'une méconnaissance assez importante dans la population, qui projette notamment sur les malades des représentations fausses. Le **lien établi entre trouble mental et violence** est de ce point de vue symptomatique. Les images véhiculées par les discours politiques, les médias et le cinéma montrent la personne malade comme agressive, voire criminelle.

Or, la réalité, c'est que les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale (hors personnes sans domicile fixe) sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, 130 fois plus victimes de vols et ont 25 ans d'espérance de vie en moins que leurs concitoyens. L'enquête « Samenta » (santé mentale et addictions chez les personnes sans logement), réalisée sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm) en 2009 sur Paris et la petite couronne, a montré que les schizophrènes qui vivent dans la rue sont plus souvent victimes que responsables de violences ⁽¹⁾. Le rapport « Violence et santé mentale » (Anne Lovell, 2005), demandé par le gouvernement suite à l'assassinat de deux infirmières à Pau en 2004, a montré que seuls 2,7 % des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Enfin, selon *Archives of general psychiatry*, la plus importante revue psychiatrique au monde, le risque que des personnes atteintes de troubles psychiatriques commettent des actes violents est faible. Ces actes sont en général réalisés avec des facteurs associés (facteurs sociaux et biographiques : passé violent, délinquance, abus physiques, abus de substances, chômage, etc...) que l'on retrouve dans la population générale. Et si la prise de substances (alcool et drogues) est assez fréquente chez les patients atteints de pathologies psychiatriques, elles sont avant tout une « automédication », consommées dans une logique d'apaisement des souffrances, de diminution des voix, etc., rarement dans une logique de plaisir.

2. Pour un grand plan de santé mentale

Le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, l'organisation de la prise en charge des populations spécifiques (soins sans consentement, détenus, mineurs), le développement de la recherche clinique constituent autant de déterminants d'une prise en charge efficace des personnes souffrant de troubles mentaux. Or, sur quasiment l'ensemble de ces points, le dispositif français reste largement perfectible. Si l'engagement, le dévouement même, des personnels soignants et socio-éducatifs est à souligner, l'organisation globale de notre dispositif doit être réexaminée. L'élaboration d'un grand plan de

(1) *Toutes les femmes schizophrènes sans domicile fixe se font violer et subissent des violences et elles sont fréquemment arrêtées par les forces de l'ordre pour des actes liés à des symptômes de leur maladie.*

santé mentale doit être l'occasion d'aborder l'ensemble de ces sujets et de trouver des solutions concertées au service des malades et de leurs familles.

a) La prévention et le diagnostic

Bien qu'inscrite au nombre des missions du secteur⁽¹⁾, la prévention n'a pas toute la part qu'elle mériterait d'avoir dans le dispositif de soins. La mission conjointe des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires a ainsi pu observer que les délais de rendez-vous en consultation sont souvent très importants et ne permettent pas de prendre en charge l'urgence avant que celle-ci ne rende obligatoire l'hospitalisation.

Or, il faut savoir que, dans la plupart des cas, **les personnes atteintes de troubles mentaux n'ont pas, pendant une longue période, conscience de leur maladie**. Elles perçoivent leur propre souffrance mais ne peuvent l'exprimer et ne peuvent *a fortiori* exprimer un besoin de diagnostic, de prise en charge et d'accompagnement. Ainsi, attendre la demande de soins par le malade lui-même ne peut que retarder le diagnostic et la mise en œuvre d'un projet thérapeutique personnalisé. Comme le souligne le rapport Couty, seule une action de proximité, pérenne et permanente, peut être garante de qualité et de sécurité tant pour les actions de prévention que pour la prise en charge et l'accompagnement des patients.

Rappelons que la prévention se décompose en trois catégories :

- la prévention primaire qui est l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme ;
- la prévention secondaire qui vise la détection précoce des maladies dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées ;
- la prévention tertiaire qui tend à éviter les complications et à diminuer le handicap une fois la maladie installée.

En matière de diagnostic, certaines stratégies comme les programmes de remédiation cognitive implantés en région Rhône-Alpes et en Île-de-France sont très favorables à l'amélioration du pronostic de la schizophrénie et mériteraient d'être déployées sur le territoire national, y compris dans les zones rurales. De même, de nombreuses innovations thérapeutiques, fruits de la recherche internationale, ne sont pas expérimentées, voire pas connues, en France. Certaines d'entre elles s'inscrivent dans le cadre de la prévention tertiaire en ciblant plus particulièrement la cognition sociale, c'est-à-dire l'ensemble des processus cognitifs (perception, mémorisation, raisonnement, émotions, etc.) qui sont impliqués dans les interactions sociales.

(1) La circulaire du 15 mars 1960 impose au secteur d'assurer, sous la responsabilité de la même équipe médico-sociale, « pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance post-cure. »

D'une manière générale, on constate que **les délais de diagnostic sont trop longs, faute de disposer d'outils de diagnostic précoce** des pathologies psychiatriques. Or, il est essentiel de procéder à un dépistage très précoce des maladies psychiatriques, notamment pour faire la part des choses entre un trouble bipolaire, une schizophrénie et une autre pathologie. Dans le cas des troubles bipolaires, un diagnostic précoce, une prise en charge spécifique sont autant de garants d'un bon pronostic permettant le maintien dans une vie active sociale, professionnelle et familiale de qualité. Quant aux troubles schizophréniques, on observe encore aujourd'hui que le diagnostic et le traitement restent tardifs, plus de cinq ans en moyenne, alors que les conséquences d'un retard dans le diagnostic et la prise en charge sont majeures : **la précocité du diagnostic et donc de la prise en charge peuvent permettre d'éviter l'obligation de soin.**

Dans cette perspective, il convient de **repenser le rôle du médecin généraliste**, qui est essentiel dans le diagnostic dans la mesure où c'est bien souvent lui qui voit arriver en premier lieu le sujet malade. Toutefois, il lui est parfois difficile d'identifier une maladie psychiatrique, ce qui conduit trop fréquemment à une orientation tardive du patient vers le spécialiste. Autre difficulté pour le médecin généraliste : faire passer le message aux familles. Cette situation renforce l'intérêt de **créer des consultations spécifiques** au sein de structures qui seraient un interlocuteur crédible, alternatif aux urgences et apporteraient aux médecins généralistes l'aide au diagnostic qui leur fait actuellement défaut. Ces structures pourraient être à l'image des centres de consultation et d'évaluation diagnostique des centres experts de la fondation FondaMental, ou encore de centres de consultations tels que les imaginent un certain nombre de professionnels⁽¹⁾ : situés à l'écart des cliniques et hôpitaux psychiatriques, ces centres seraient chargés de la consultation et de la réorientation, mais pas forcément de la prise en charge et combindraient les exercices public et privé.

Le rapport de la mission conjointe des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005 souligne également le manque de structures alternatives à l'hôpital pour prendre en charge cette mission. Les soins et interventions à domicile ou en institution substitutive au domicile ont ainsi vu leur part dans la file active diminuer depuis douze ans passant de 30 % en 1989 à 20 % en 2000. En outre, l'hôpital reste le bénéficiaire principal des budgets et personnels attribués à la psychiatrie publique. En conséquence les alternatives à l'hospitalisation sont peu développées et les patients hospitalisés continuent d'occuper 96 % de la file active des patients suivis à temps complet en 2000.

En matière de **prévention**, il convient également de mieux prendre en compte certains facteurs de risques : la comorbidité⁽²⁾ avec **les drogues et l'alcool** est un phénomène de société qui s'amplifie de façon considérable avec

(1) Notamment le Dr Olivier Drevon, psychiatre libéral et président des cliniques psychiatriques de France.

(2) Concurrence chez la même personne d'un trouble dû à la consommation d'une substance psychoactive et d'un trouble psychiatrique (définition de l'OMS).

une consommation extrêmement précoce. La documentation et les études récentes montrent que la consommation de cannabis peut dévoiler une schizophrénie sous-jacente. Il faut noter que les conditions de logement sont un facteur tout aussi important que les mécanismes biologiques tels que le stress, les facteurs immunologiques et inflammatoires. En effet, il a été démontré que le risque de schizophrénie augmentait à partir d'un certain nombre de personnes vivant dans un même habitat. Enfin, le volet psychiatrique doit avoir toute sa place dans la politique de lutte contre l'**exclusion**.

Préconisations visant à permettre à la France de rattraper son retard matière de développement de stratégies de dépistage, de diagnostic et d'innovation

- Faciliter le déploiement de techniques thérapeutiques innovantes déjà validées.
- Créer des consultations et des outils de diagnostic précoce des pathologies psychiatriques, sur le modèle de ce qui a été fait dans le cadre du plan Alzheimer pour l'appliquer à la psychiatrie.
- Mener des campagnes d'information importantes sur les risques liés à la prise de substances (drogues et alcool) en mettant en avant le fait qu'elles constituent un facteur aggravant pour les patients déjà schizophrènes et qu'il existe des programmes spécifiques pour sortir ces patients de la dépendance au cannabis.
- Inclure un volet psychiatrie dans la politique de lutte contre l'exclusion.

b) L'organisation de la prise en charge

L'organisation de la prise en charge des malades hors hospitalisation doit être repensée, notamment dans les stades antérieurs à l'hospitalisation (gestion des crises) et dans les suites ou les alternatives à donner à l'hospitalisation.

Tout d'abord, la mauvaise gestion des crises et du transport des malades vers l'hôpital est aujourd'hui soulignée par tous. La mission conjointe de l'IGAS et de l'IGSJ observe à cet égard que « *l'improvisation prend souvent une part importante dans la prise de décision. Aussi personne ne peut sortir de cette épreuve avec le sentiment que tout a été fait pour limiter la durée de la crise, réduire les dangers, atténuer le traumatisme de la contrainte* ». Ce constat a été confirmé lors des auditions menées par votre rapporteur, tant par les familles que par les « spécialistes » de l'urgence qui réclament une **clarification des responsabilités** de chacun. Or, un des temps cruciaux de l'hospitalisation et une des garanties de l'accès aux soins est la possibilité de trouver rapidement un moyen de transport vers le lieu de l'hospitalisation. Plusieurs dispositifs pourraient néanmoins être prévus pour éviter cette impression de flottement et renforcer l'efficacité de la prise en charge. Plusieurs expérimentations sont d'ailleurs en cours, aussi bien en Alsace que dans le Nord-Pas-de-Calais. À cet égard, la Haute Autorité de Santé, dans les recommandations qu'elle a émises en 2005, avait souligné la nécessité d'évaluer le rôle que pourraient jouer des **équipes d'intervention à domicile** (équipe mobile d'intervention) ou des dispositifs

d'accueil spécifiques en cas de crise dans la prévention des récidives d'hospitalisation sans consentement. Le secteur public pourrait en outre s'organiser à l'image des centres de médecine préventive qui réservent des créneaux pour les nouvelles demandes, ce qui leur permet de voir les patients dans la semaine ou sous quinze jours et les urgences sous 48 heures. D'autres organisent des consultations de « pré-urgence » pour désengorger les urgences.

La question de la prise en charge se pose également en aval d'une prise en charge hospitalière, lorsque le patient est en soins ambulatoires. Comme le souligne le rapport Couty, l'enjeu est de prévenir l'aggravation de l'état pathologique d'un malade liée à un affaiblissement ou à une perte de contact entre le patient et le dispositif de soins, cette perte de contact s'accompagnant de problèmes d'observance médicamenteuse et conduisant souvent à une décompensation rendant nécessaire une nouvelle hospitalisation. La perte des repères, les problèmes d'isolement social, les difficultés matérielles, en particulier de logement, sont souvent à l'origine de ces situations : la prise en charge des patients en soins psychiatriques ne peut donc se concevoir sans une **dimension d'organisation de la vie quotidienne des malades**. L'UNAFAM estime à cet égard que les capacités d'accueil des malades sont insuffisantes et qu'il y a un besoin de l'ordre de 50 000 logements, qu'il s'agisse de logements ordinaires pour les patients stabilisés ou de nouvelles formules de logement ou d'hébergement ou de résidence dans la cité pour les patients ayant besoin d'un suivi plus continu ⁽¹⁾. Il apparaît impératif de clarifier le rôle des différents professionnels de santé, des différentes structures sanitaires et de **mieux coordonner les différents acteurs des soins et de la réinsertion sociale**.

Le rééquilibrage des moyens consacrés, d'une part, à l'hospitalisation traditionnelle, d'autre part, aux structures extrahospitalières constitue également un des enjeux de la prise en charge des patients en soins psychiatriques. La prise en charge globale des patients atteints de pathologies psychiatriques pourrait se faire par le biais de dispositifs comme :

– les maisons FondaMental qui sont en cours de développement. Basées sur le concept des maisons de santé, elles permettraient d'articuler autour d'un problème majeur de santé publique comme la psychiatrie l'intervention des différents professionnels de santé concernés qui, aujourd'hui, ne sont pas impliqués dans la prise en charge et le diagnostic des malades mentaux : généralistes, cardiologues, neurologues, diabétologues, etc. ;

– des structures comme les Centres de ressources et de recherche (CMRR) qui ont été créés par le plan Alzheimer. Il existe d'ores et déjà des centres de ressources pour la réhabilitation qui s'adressent à des adultes psychotiques.

(1) Chiffre cité par le rapport Couty.

Préconisations en matière d'organisation des soins et de la prise en charge

- Renforcer les hôpitaux de jour, réorganiser le dispositif et introduire des soins spécifiques.
- Rendre le maillage plus efficient et faire en sorte que tous les acteurs puissent y participer.
- Combiner maillage et secteur pour réduire les délais d'attente des consultations psychiatriques et le recours aux spécialistes.
- Organiser le lien entre le dispositif sectoriel, les centres médico-psychiatriques et psychologiques, l'hôpital, les CHU.
- Organiser des urgences psychiatriques hospitalières qui fonctionnent en continu et créer un lieu où le patient pourra être reçu dans la journée après appel d'un intervenant social ou d'un médecin, compléter éventuellement le dispositif par un Numéro vert.
- Éduquer le patient pour améliorer la compliance⁽¹⁾ : le dispositif de soins doit permettre de favoriser la prise de traitement et de s'assurer de l'observance dans la durée.
- Modifier la formation du corps sanitaire : formation initiale et formation continue des médecins psychiatres et psychologues et des infirmiers pour aller dans le sens d'une prise en charge globale du patient ; développer également l'effort de formation et d'information envers les professionnels sur les nouvelles stratégies thérapeutiques (remédiation cognitive...).

c) La démographie médicale

L'état des lieux dressé en 2007 indique une densité de 22 médecins psychiatres pour 100 000 habitants, situant la France dans la moyenne des pays de l'OCDE. Leur répartition sur le territoire est toutefois fortement déséquilibrée avec 80 % de praticiens exerçant dans des villes de plus de 50 000 habitants et une forte inégalité entre les régions. Enfin, et surtout, on observe de **nombreux postes vacants dans les établissements publics de santé** : d'après le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ, en 2000, 9 % des postes de praticiens hospitaliers à temps plein étaient vacants dans les hôpitaux depuis plus d'un an, et 14 % des postes de praticiens hospitaliers à temps partiel. Le constat est également dressé d'une pénurie d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, dont le corps est en voie d'extinction depuis 1992, avec pour corollaire des problèmes importants d'adaptation à leurs postes des jeunes infirmiers titulaires du diplôme d'état recrutés en psychiatrie, ainsi que le tutorat de fait que nécessite leur prise de fonctions en secteur psychiatrique.

Soulignons également que beaucoup de neuropsychologues titulaires du diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) sont disponibles et compétents, mais ils travaillent essentiellement dans les services de neurologie, pas de psychiatrie, faute d'incitation mise en place par les pouvoirs publics, à la différence d'autres pays européens ou des États-Unis. Il est par ailleurs difficile pour les services psychiatriques de les recruter, car ils sont formés dans une

(1) Rigueur avec laquelle le malade suit les prescriptions du médecin.

optique neurologique et non dans une optique psychiatrique. C'est donc toute une culture qui est à promouvoir.

S'agissant de la répartition des internes en psychiatrie, on peut considérer que celle-ci est correcte, mais l'on observe une désertion du secteur public en post-internat au profit de modes d'exercice plus attractifs ⁽¹⁾. On constate en outre qu'il y a peu, voire pas du tout d'**interaction entre les psychiatres du secteur privé et ceux du secteur public**, alors que des formes de coopération pourraient être organisées en incitant les psychiatres du privé à faire des visites à domicile et à s'intéresser un peu plus aux pathologies les plus graves. Parallèlement, dans le secteur public, les psychothérapies – « faciles » et rémunératrices – embolisent le système et devraient normalement être dirigées vers le secteur privé. Par ailleurs, dans la mesure où un grand nombre de consultations psychiatriques sont faites sans prescription médicamenteuse, les psychologues pourraient prendre place dans l'accompagnement, non seulement psychologique, mais également psychothérapique, ce qui permettrait d'élargir leurs compétences et de libérer du temps médical pour les psychiatres.

Enfin, une réflexion doit s'engager sur **la formation** des psychiatres et sa diversité pour parvenir à un équilibre des compétences. Les futurs médecins devraient, dans leur cursus, pouvoir rencontrer une variété de pratiques et d'interventions sur le terrain, et entendre l'ensemble des discours ⁽²⁾ : il convient en effet de promouvoir le métier autrement pour attirer des vocations.

Préconisations relatives à la démographie médicale

- Inciter les praticiens à revenir vers l'hôpital et dans les zones rurales.
- Recruter des neuropsychologues dans les services de psychiatrie et inciter les psychiatres à revenir vers le secteur public.
- Définir les missions du psychiatre de manière plus précise en prévoyant de laisser du temps disponible pour les urgences.

d) La recherche

La part du budget de la recherche biomédicale sur les maladies mentales n'est que de 2 %, soit 27 millions d'euros par an, contre 20 % pour les neurosciences fondamentales et 20 % pour le cancer.

Alors que la recherche en psychiatrie connaît un essor important dans de nombreux pays, notamment les pays anglo-saxons et du nord de l'Europe, la France accuse encore un retard considérable, en raison notamment de la faiblesse

(1) La désaffection des psychiatres pour le secteur public, est essentiellement liée aux inégalités de rémunération entre le privé et le public : le salaire moyen d'un praticien privé serait parfois dix fois supérieur à celui d'un praticien du secteur public.

(2) En psychiatrie des courants de pensée peuvent s'opposer de façon parfois plus nette que dans les autres disciplines : différentes positions se côtoient qui toutes sont respectables.

des moyens qui y sont consacrés, comparés aux dépenses de prise en charge des maladies mentales. Bien que cette situation soit en train d'évoluer, suite à la prise de conscience de la communauté scientifique de la nécessité de promouvoir la recherche en psychiatrie, de (trop) nombreuses faiblesses caractérisent encore le champ de la recherche en psychiatrie en France.

La **recherche clinique** apparaît ainsi insuffisamment développée, notamment par manque de travaux véritablement pluridisciplinaires et intégratifs. Le rapport Couty souligne à cet égard qu'à la différence d'autres spécialités médicales, la psychiatrie doit encore élaborer les outils et les concepts cliniques sans les progrès desquels les recherches plus fondamentales ne sauraient aboutir au service du malade. De même, alors que la psychiatrie est une discipline à l'interface des neurosciences et des sciences humaines et sociales, la **recherche sur les dimensions sociales des maladies mentales** et du handicap psychique est très peu développée en France. Le **manque de données épidémiologiques** constitue également un handicap certain.

À cet égard, le rapport précité propose un certain nombre de pistes intéressantes pour mieux structurer le milieu de la recherche en psychiatrie, développer la recherche clinique et évaluer les stratégies thérapeutiques aujourd'hui mises en place. Ces propositions en faveur de la recherche font consensus. Ainsi, bien que ce ne fut pas là son objet, la mission des Inspections générales de 2005 a rappelé la nécessaire déclinaison d'une politique de santé mentale dans toutes ses dimensions touchant à la prévention, à la gestion de l'urgence, à la réinsertion et à la réadaptation, en ajoutant que le pilotage de cette politique exigerait de développer les études épidémiologiques et la recherche clinique. Dans ses recommandations de 2005, la Haute autorité de santé considère également qu'il est nécessaire d'engager rapidement la réalisation d'études et d'analyses épidémiologiques afin de compenser le manque de données exploitables.

On notera également que la France présente la caractéristique d'être l'un des rares pays européens à n'avoir aucun **institut de recherche en psychiatrie**. Ces établissements ont pour objectif de fédérer les équipes, coordonner la recherche, faire le point et tenir les élus au courant des avancées de la recherche pour leur permettre de prendre les décisions en toute connaissance de cause.

Si recherche et soins vont de pair, la situation actuelle ne peut qu'inquiéter les soignants. L'industrie pharmaceutique est en effet « en panne » de nouveauté dans ce domaine, et l'Université commence juste à se réappropriier ces sujets. Il faut dire qu'en France, le dispositif de soin n'est pas propice à la recherche. Le système est très cloisonné et le personnel (psychologues, neuropsychologues, infirmiers) n'est pas formé à des protocoles qui permettraient de recueillir des informations de manière standardisée permettant de créer les bases de données nationales qui ouvriraient de très importantes perspectives en termes de recherche.

Fait spécifique à la psychiatrie, ce secteur est en outre extrêmement fragmenté, les collaborations sont insuffisantes au niveau national entre les équipes de recherche et entre les chercheurs et les cliniciens. Les partenariats entre le public et le privé, qui permettraient de financer la recherche, sont également nettement insuffisants.

Malgré ce panorama, le bilan de l'état de la recherche qui a été réalisé montre que la France est très bien placée en matière de publications en neurosciences d'une manière générale (neurologie, psychiatrie et neurosciences), et notamment en psychiatrie où, malgré un budget tout à fait dérisoire et nettement inférieur à celui des autres pays, elle se classe au huitième rang mondial et au cinquième rang européen. L'explication tient dans le fait que les Français, qui sont très peu nombreux, publient dans les meilleures revues de haut niveau.

Préconisations pour soutenir la recherche académique et industrielle, imaginer de nouvelles stratégies thérapeutiques et de nouveaux biomarqueurs afin d'améliorer la précision des diagnostics

– Revoir la politique de financement de l'État et surtout procéder à des évaluations régulières de cette politique afin de construire des outils qui puissent s'inscrire dans la pérennité.

– Soutenir la recherche sur les mécanismes d'apparition des troubles mentaux, sur l'impact des différents facteurs de risque qui les conditionnent et sur la valeur prédictive de certains signes précoces pour la mise au point d'outils structurants et partagés (banque de données...).

– Mettre en place des partenariats entre le public et le privé.

– Renforcer les collaborations aux plans national et international.

– Créer des instituts de recherche en psychiatrie pour fédérer les équipes, coordonner la recherche et faciliter la prise de décision des élus.

– Inciter les jeunes médecins et chercheurs à faire de la recherche en psychiatrie.

e) L'observance et l'éducation thérapeutique

Le degré d'inobservance est très variable selon les pathologies mentales. Il est très élevé pour ce qui concerne la prise de neuroleptiques (90 %), alors que ces derniers constituent une thérapie majeure pour les troubles psychiques. Or, l'inobservance a pour conséquences :

– de nouvelles hospitalisations,

– des rémissions plus courtes et moins complètes,

– des résistances plus fortes aux traitements ultérieurs,

– un mauvais pronostic à long terme, avec notamment une augmentation du risque suicidaire,

- une diminution de la qualité de vie avec une aggravation des problèmes médico-sociaux,
- un fardeau plus lourd pour les familles,
- un coût social majoré.

L'amélioration de l'observance doit donc permettre de **réduire le nombre des suicides et des actes de violence**. Pour cela, il convient d'agir sur les différents facteurs prédictifs de l'observance mis en avant par les chercheurs, parmi lesquels la conscience de l'aspect de la maladie et des effets bénéfiques du traitement, la qualité de l'alliance thérapeutique ⁽¹⁾ tout au long de la prise en charge, le soutien éducatif en groupe, etc. Les études d'observance ont quant à elle démontré le caractère fondamental de la qualité de la relation médecin-malade dans l'établissement de l'alliance thérapeutique.

Des actions doivent également être entreprises du côté de l'éducation thérapeutique, dont les deux finalités sont l'acquisition et le maintien par le patient de **compétences d'« autosoin »** ainsi qu'une mobilisation ou une acquisition de **compétences d'adaptation** (à l'environnement, aux circonstances, etc.), selon la définition donnée par la Haute autorité de santé. Ces finalités doivent être intégrées dans la prise en charge thérapeutique, avec des techniques pédagogiques efficaces, validées et variées. Or, sans être un champ à part de la médecine, la psychiatrie, du fait même des spécificités et des pathologies qu'elle recouvre, notamment le problème de l'anosognosie ⁽²⁾, doit relever d'une formation et d'une éducation thérapeutiques adaptées.

La démarche éducative se déroule en quatre étapes :

- le diagnostic éducatif (évaluer les connaissances et les compétences que doit acquérir le patient),
- le contrat éducatif (négocier avec lui un programme personnalisé avec des objectifs définis),
- la planification et la mise en œuvre de ce contrat,
- l'évaluation des compétences acquises.

L'éducation thérapeutique doit être proposée tout au long de la maladie chronique. Il s'agit d'abord de stabiliser le patient avec l'offre initiale de soins, puis d'offrir un suivi régulier et envisager ensuite un suivi approfondi si nécessaire. Différents programmes d'éducation thérapeutique ont été mis en place au cours des dernières décennies ; le plus récent est ARSIMED (« aider à reconnaître les signes de la maladie et les médicaments »). C'est un programme

(1) Relation égalitaire basée sur la confiance mutuelle entre patient et médecin.

(2) Méconnaissance de ses troubles par le malade.

éducatif indépendant réalisé par des professionnels de santé, développé par le réseau PIC (Pharmaciens – Information – Communication) et consacré aux patients schizophrènes. Il sera testé dans neuf établissements de santé à partir de cette année.

En matière d'éducation thérapeutique, le secteur de la psychiatrie est encore perfectible en termes de **coordination des professionnels** de plusieurs disciplines aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire, mais également en termes de **formation** des professionnels aux techniques éducatives et d'évaluation des structures, des pratiques et des activités. Un **renforcement du rôle des patients, de leur famille ou de leur entourage**, qu'il faut considérer comme acteurs à part entière du système de santé, est également souhaitable.

Le traitement sous contrainte est-il antinomique ou complémentaire de l'éducation thérapeutique ou de l'observance ? Pour les psychiatres, ces notions sont antinomiques. La psychoéducation doit donc être proposée après l'obligation de soins, avant sa levée et dans un but préventif pour éviter d'éventuelles rechutes ultérieures. Il faut inciter le patient à se soigner parce que c'est dans son intérêt, pour faire en sorte qu'il y ait de moins en moins de recours à la contrainte.

Préconisations en matière d'observance et d'éducation thérapeutique

- Fixer le cadre de la psychoéducation en psychiatrie ;
- Mettre en avant la posture éducative dans la formation des médecins et des professionnels de santé ;
- Rémunérer les équipes qui consacrent du temps à la psychoéducation ;
- Coordonner les professionnels de plusieurs disciplines à l'hôpital et en ambulatoire ;
- Évaluer les structures, les pratiques et les activités ;
- Renforcer le rôle des patients, de leur famille ou de leur entourage.

B. LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Alors que dans de nombreux domaines, les textes législatifs se multiplient, la législation relative à l'hospitalisation sous contrainte a remarquablement résisté au temps : seules deux grandes lois ont ainsi contribué à façonner le dispositif applicable aujourd'hui, la loi du 30 juin 1838 et celle du 27 juin 1990. L'explication tient vraisemblablement à la difficulté inhérente à réformer l'architecture d'un dispositif qui repose sur la recherche d'un **équilibre entre trois objectifs, si ce n'est opposés, du moins pas toujours conciliables : la santé, la garantie des libertés et la sécurité**. L'équilibre entre ces trois objectifs constitue toutefois un impératif et doit être préservé en dépit des évolutions rendues nécessaires à la fois par la pratique médicale et les exigences de la société. Cet exercice est d'autant plus difficile que, comme le souligne le rapport des Inspections générales de 2005, « *la psychiatrie est tout à la fois soupçonnée de trop enfermer les malades et de leur laisser trop de liberté* ».

1. Une législation ancienne

a) La loi du 30 juin 1838

La loi du 30 juin 1838, promulguée sous le règne de Louis-Philippe, est empreinte des réflexions de Philippe Pinel (1745-1826) et Jean-Etienne d'Esquirol (1772-1840), médecins pour lesquels le fou est un malade qui peut guérir. Comme le souligne le rapport des Inspections générales précité, avec la loi fondatrice de 1838, la personne atteinte de troubles mentaux est enfin considérée comme un malade nécessitant des soins. Si cette médicalisation de la folie a pu être dénoncée par la suite car assimilée à l'établissement d'un ordre sur les consciences⁽¹⁾, elle va surtout permettre de **soulager les souffrances psychiques de personnes jusqu'alors laissées sans soins**. La loi fait ainsi obligation à chaque département d'avoir un établissement public spécial destiné à recevoir et à soigner les aliénés et tous les établissements publics et privés sont placés sous le contrôle de l'autorité publique. Deux modalités d'entrée en soins sont consacrées à cette occasion :

– le régime du **placement volontaire**, à la demande de l'entourage, sur avis d'un médecin ne devant pas travailler dans l'hôpital destiné à recevoir le malade et ne devant pas être parent dudit malade ;

– le régime du **placement d'office**, sur décision du préfet, lorsque la dangerosité du malade est prouvée.

Suite à l'adoption de cette loi, la population internée quadrupla au cours de la Seconde République et du Second Empire, entre 1838 et 1874⁽²⁾. On notera que l'hospitalisation libre n'était pas prévue dans la loi et ne fut officialisée que par une circulaire de 1951 ! Ce tournant résulte de la progression, dans l'après-guerre, du courant « désaliéniste » en réaction à une vision carcérale et asilaire de l'hospitalisation des personnes en psychiatrie et favorable aux petites structures et au maintien des malades mentaux au sein de la cité.

b) La loi du 27 juin 1990

Par la suite, la loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981 contribua à renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement en imposant au président du tribunal de grande instance, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, de motiver sa décision, l'autorisant par là même à assurer un contrôle rigoureux de l'action de l'administration. D'après les auteurs de l'ouvrage « Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte »⁽³⁾, cette loi a en outre mis en place une « véritable procédure d'*habeas corpus* en contraignant le magistrat à organiser un débat contradictoire ». Ainsi, depuis 1981, le juge judiciaire n'a plus à se limiter à vérifier si

(1) Voir notamment Michel Foucault dans « L'histoire de la folie », 1961.

(2) Chiffre cité dans « Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte » de Jasna Stark et Claire Maugey, L'Harmattan, 2009.

(3) Voir note précédente.

l'internement est médialement justifié et si, par la suite, la personne est aliénée : il doit également vérifier que la décision est fondée et qu'elle est accompagnée des certificats médicaux requis, afin que les circonstances justifient une telle mesure. Cette **montée en puissance du contrôle du juge**, rendue nécessaire par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ⁽¹⁾, est un processus continu.

Puis la loi de 1838 va céder la place à celle du 27 juin 1990, sous l'empire de laquelle nous sommes aujourd'hui. La loi de 1990 consacre les droits des personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement mais conserve toutefois les deux modes d'hospitalisation sans consentement prévus par la loi de 1838 : le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office et le placement volontaire cède la place à l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Il est à cet égard frappant de constater à quel point les bases de notre droit actuel ont peu évolué depuis le XIX^{ème} siècle, bien que le **rôle du préfet** dans la procédure ait néanmoins décliné ⁽²⁾. Ce déclin est encore accentué à l'occasion de l'adoption de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a renforcé, en matière d'hospitalisation d'office, le caractère médical de la décision prise par le préfet, la référence à l'ordre public étant désormais tempérée par l'exigence d'une atteinte « grave ».

2. Les hospitalisations sur demande d'un tiers et les hospitalisations d'office aujourd'hui

En 1971, le nombre des hospitalisations sous contrainte s'élevait à 46 400, soit 27 % des hospitalisations psychiatriques : ce nombre est passé à 27 400 en 1982 (environ 10 %) et est resté constant jusqu'à la révision de la loi de 1838 en 1990 ⁽³⁾. Depuis 1990, le nombre des mesures d'hospitalisations sans consentement a presque doublé atteignant 72 519 en 2001. Ce nombre est néanmoins à relativiser puisqu'**au sein du chiffre total des hospitalisations en psychiatrie, la part prise par les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) et les hospitalisations d'office (HO) n'a que très peu progressé en quinze ans : elle est passée de 11 % à 13 %**. Par ailleurs, cette augmentation est essentiellement le fait des hospitalisations à la demande d'un tiers : entre 1992 et 2001, leur nombre a ainsi doublé, passant de 30 058 à 62 894, alors qu'il ne progressait que de 37 % pour les hospitalisations d'office, passant de 7 026 à 9 625 décisions. 86 % des hospitalisations sans consentement étaient ainsi des HDT en 2001.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2005 insiste en revanche sur la **généralisation des mesures d'urgence** : alors qu'en 1992, les mesures

(1) Voir notamment l'arrêt *Wintertep c/ Pays-Bas* du 24 octobre 1979 qui a reconnu aux personnes placées sous un régime privatif de liberté en hôpital psychiatrique le droit de contester les constatations médicales et sociales fondant cette mesure.

(2) Tous les placements nécessitaient en effet et un avis médical et l'avis du préfet, ainsi que tous les maintiens en soins.

(3) Rapport IGAS/IGSJ de 2005.

d'hospitalisation à la demande d'un tiers prises au titre d'un péril imminent représentaient 12 % de ces mesures, ce chiffre s'élève à 40 % en 2001, et pour cette même année, le nombre de mesures d'hospitalisation d'office prises en urgence représentent 71 % de la totalité des procédures d'hospitalisation d'office.

Si la réalité des hospitalisations sans consentement est très contrastée selon les départements, elle témoigne néanmoins d'une spécificité française vis-à-vis des autres pays européens. Pour illustrer la diversité des situations au niveau local, on notera qu'en 2001, le nombre d'hospitalisations sous contrainte rapporté au total des admissions en psychiatrie varie selon les départements de 4 % à 35 %. Le nombre des hospitalisations sur demande d'un tiers, rapporté à la population des 20 ans et plus, varie quant à lui entre 54 et 257 pour 100 000 habitants, soit un écart de 1 à 4,7. Pour les hospitalisations d'office, l'écart est de 1 à 11,8. Ces variations se vérifient aussi pour la part des mesures prises au titre de l'urgence. En 2001, la proportion des hospitalisations sur demande d'un tiers prises au titre d'un péril imminent était inférieure à 1 % dans 4 départements et supérieure à 80 % dans 4 autres. Pour les hospitalisations d'office, l'urgence représentait moins de 1 % des mesures dans 3 départements, et plus de 90 % dans 16 autres.

En France le taux d'hospitalisation des malades sans leur consentement rapporté à la population se situe cependant dans la **moyenne haute des pays européens**. Il était en 1999 de 112 pour 100 000 habitants. La même année, il était de 48 au Royaume-Uni, de 74 en Irlande, de 175 en Autriche et en Allemagne et de 218 en Finlande. En 1998, il était de 47 en Belgique, de 114 en Suède. En 2000, il était de 44 aux Pays Bas, de 34 au Danemark, de 6 au Portugal. Le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ avance plusieurs explications possibles à ce phénomène :

– une plus grande publicité apportée par la loi du 27 juin 1990 aux hospitalisations sans consentement ainsi qu'une entrée dans les mœurs du recours à la psychiatrie allant de pair avec un meilleur dépistage et une plus grande acceptabilité de la maladie mentale ;

– l'évolution des pratiques soignantes avec des durées de séjour à l'hôpital plus courtes (1) entraînant en revanche des réadmissions successives. Ainsi, selon les chiffres publiés par la Direction générale de la santé (DGS) pour 2005, la proportion des séjours supérieurs à 3 mois a diminué entre 1992 et 1997 pour les hospitalisations à la demande d'un tiers. Depuis 1997, cette proportion s'est stabilisée autour de 16 % à 18 % des malades. Et le taux des hospitalisations d'office dont la durée de séjour est supérieure à 4 mois est stable depuis 1992 (31%). On notera plus globalement qu'il ressort de l'étude des données PMSI de trois

(1) La durée moyenne de séjour des malades hospitalisés en psychiatrie a diminué de 40 % entre 1989 et 1997 : de 86 jours en 1989, elle est passée à 45 jours en 2000. La durée de séjour est cependant en moyenne plus longue pour un malade hospitalisé sous contrainte que pour un malade en hospitalisation libre. L'étude sur les données PMSI de trois régions exploitée dans le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ précité montre une durée de séjour moyenne de 60 jours pour les malades hospitalisés à la demande d'un tiers, 95 jours pour les malades hospitalisés d'office, et 25 jours pour les malades en hospitalisation libre.

régions réalisée par la mission des Inspections générales en 2005 que la durée de séjour est inférieure à 15 jours pour 35 % des personnes hospitalisées sous contrainte ⁽¹⁾ ;

– la diminution continue des moyens consacrés à la psychiatrie depuis les vingt dernières années. Le nombre de lits en psychiatrie en France a ainsi baissé de 43 % entre 1989 et 2000. En outre, comme indiqué précédemment, la psychiatrie connaît, plus que d'autres disciplines médicales, une chute de sa démographie médicale hospitalière qui devrait s'accroître dans les années à venir. La mission considère que cette situation pourrait avoir pour conséquence une diminution des activités de prévention et du travail au plus près de la communauté susceptibles d'éviter la survenue de certains états de crise obligeant de recourir à des mesures de contrainte ;

– une proportion d'hospitalisations à la demande d'un tiers détournées de leur objectif initial : conçue pour obliger une personne malade à se soigner, la mesure serait en fait utilisée pour obliger l'hôpital à admettre un patient qu'il aurait refusé du fait de sa « sur-occupation ». Telle est du moins une des hypothèses avancée par l'UNAFAM.

Les caractéristiques des malades hospitalisés sous contrainte

1. Caractéristiques démographiques

Selon un rapport de la Commission européenne de mai 2002, 69 % des malades hospitalisés sous contrainte en France sont des hommes, et un homme hospitalisé sans son consentement est plus souvent admis en hospitalisation d'office qu'une femme (37 % des hommes admis sans leur consentement sont hospitalisés d'office, contre 8 % pour les femmes).

2. Caractéristiques médicales

Selon le rapport précité, les troubles schizophréniques et délirants représentent 50 % des malades hospitalisés sans leur consentement. Viennent ensuite les troubles liés aux conduites alcooliques et à la toxicomanie (12,6 %), puis les psychoses maniaco-dépressives et les troubles dépressifs (12,5 %). Des chiffres à peu près identiques sont fournis par la DDASS de l'Eure pour les malades hospitalisés sans leur consentement dans ce département en 2003.

Selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) recueillies sur trois régions (Lorraine, Rhône-Alpes, Aquitaine) en 2003, la proportion des malades ayant un diagnostic de schizophrénie ou de troubles délirants est plus importante pour les malades hospitalisés d'office (42,15 %) que pour les malades hospitalisés à la demande d'un tiers (33,16 %). Les troubles de l'humeur sont plus nombreux

(1) Les données PMSI des trois régions étudiées portaient sur environ 45% des hospitalisations à la demande d'un tiers et 88% des hospitalisations d'office réalisées. Pour les 5497 hospitalisations à la demande d'un tiers enregistrées dans le cadre de cette étude, la durée de séjour a été de 1 jour pour 4,6 % des malades ; inférieure ou égale à 3 jours pour 11 % des malades ; inférieure ou égale à 7 jours pour 21 % des malades ; inférieure ou égale à 15 jours pour 40% des malades ; inférieure ou égale à 1 mois pour 63 % des malades ; inférieure ou égale à 3 mois pour 88 % des malades. Et, pour les 2036 hospitalisations d'office enregistrées, la durée de séjour a été de 1 jour pour 3 % des malades ; inférieure ou égale à 3 jours pour 7,5 % des malades ; inférieure ou égale à 7 jours pour 13 % des malades ; inférieure ou égale à 15 jours pour 26 % des malades ; inférieure ou égale à 1 mois pour 47 % des malades ; inférieure ou égale à 3 mois pour 75 % des malades.

parmi les malades en hospitalisation libre (30,55 %). Ils sont plus nombreux parmi les malades hospitalisés à la demande d'un tiers (19,78 %) que parmi les malades hospitalisés d'office (13,5 %). 1 % des malades hospitalisés à la demande d'un tiers ont un diagnostic de démence d'Alzheimer ; cette proportion est identique pour les malades hospitalisés d'office. 14 % des malades hospitalisés à la demande d'un tiers ont un diagnostic principal de « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives » (10 % parmi les malades hospitalisés d'office). L'alcool est en cause dans 76 % des cas pour les malades en hospitalisation à la demande d'un tiers, dans 79 % des cas pour les malades hospitalisés d'office.

3. Caractéristiques socio-économiques

Les malades hospitalisés sans leur consentement sont généralement plus isolés socialement que les malades en hospitalisation libre, selon les données PMSI des trois régions précédemment citées (7 % des personnes hospitalisées à la demande d'un tiers, 12 % des personnes hospitalisées d'office, 1,6 % des personnes en hospitalisation libre). Selon cette même enquête, 39 % des malades hospitalisés à la demande d'un tiers n'ont pas d'activité professionnelle. Cette proportion est de 42 % pour les malades hospitalisés d'office et de 44 % pour les hospitalisations libres.

Concernant les mesures de protection judiciaire, seuls 3,4 % des malades hospitalisés à la demande d'un tiers et 2,9 % des malades hospitalisés d'office bénéficient d'une mesure de curatelle ou de tutelle. Cette proportion est de 4,8 % pour les malades en hospitalisation libre. En 2003, 1831 malades ont été hospitalisés en France au titre de l'article D-398 du code de procédure pénale (détenus hospitalisés en raison de troubles mentaux). Si on rapporte ce chiffre au nombre des mesures d'hospitalisation d'office prises en 2001, la proportion des personnes relevant de l'article D-398 parmi les mesures d'hospitalisation d'office est de 19 % environ. La durée de séjour moyenne selon ce statut d'hospitalisation est de 31 jours environ.

Source : Rapport IGAS/IGSJ « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 », mai 2005.

Il convient également de s'arrêter quelques instants sur la **situation carcérale** en soulignant que les personnes présentant des troubles psychiques sont aujourd'hui fortement surreprésentées dans les établissements pénitentiaires :

– 3,8 % des détenus souffrent d'une schizophrénie nécessitant un traitement et 17,9 % présentent un état dépressif majeur soit dans l'un et l'autre cas, quatre fois plus que dans la population générale ;

– 1 détenu sur 6 a été hospitalisé pour des raisons psychiatriques préalablement à son incarcération ;

– à la maison centrale de Poissy (233 détenus), le chiffre d'activité pour les personnes suivies pour troubles mentaux est équivalent à celui d'un CMP (centre médico-psychologique) couvrant une population de 20 000 habitants ⁽¹⁾.

(1) Étude conduite par F. Rouillon et B. Falissard cité dans le rapport Couty.

II.- LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT, UNE NÉCESSITÉ À ENCADRER

A. LA LÉGISLATION EN VIGUEUR

1. Les droits des patients

La loi du 27 juin 1990 a consacré l'hospitalisation libre comme le régime habituel d'hospitalisation en soins psychiatriques, faisant ainsi des soins sous contrainte l'exception à la règle. Rappelons également qu'**une mesure d'hospitalisation sous contrainte n'emporte pas en elle-même la privation des droits reconnus à tout malade**. L'article L. 3211-3 du code de la santé publique précise ainsi que les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles du malade hospitalisé sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. La mesure de contrainte, qui représente une atteinte grave à la liberté individuelle, doit donc être nécessaire, proportionnée au danger encouru en cas d'absence de soins et non susceptible d'être remplacée par une mesure moins radicale.

Ce même article L 3211-3 dresse en outre la liste des droits des patients qui ne peuvent en aucun cas être restreints : y figurent notamment celui de saisir la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat, de consulter le règlement intérieur ou de communiquer avec le Procureur de la République, le président du tribunal de grande instance, le juge du tribunal d'instance, le préfet et le maire. Ces droits sont en outre susceptibles d'être exercés par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du patient, afin de tenir compte de l'état de celui-ci. Le droit au recours est évidemment garanti aux personnes hospitalisées sans leur consentement et le juge judiciaire peut ordonner à tout moment la sortie immédiate du patient.

Le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte

Les personnes hospitalisées sans leur consentement ont la faculté d'exercer des recours contentieux afin d'obtenir l'annulation des décisions administratives d'admission en soins, leur sortie immédiate et l'indemnisation du préjudice subi. Le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte se caractérise par un éclatement entre le juge judiciaire et le juge administratif.

Le juge administratif est ainsi compétent pour examiner la régularité de la procédure et la motivation des décisions d'admission, mais une fois l'illégalité constatée, il ne lui appartient pas de statuer sur les conséquences dommageables de cette décision ni sur l'indemnisation du préjudice. Ainsi, qu'il s'agisse de la procédure des référés (référé-suspension ou référé-libertés) ou d'un recours en annulation initié afin de contester la légalité externe d'une mesure d'internement, la saisine du juge administratif ne permet pas aux personnes hospitalisées sans leur consentement d'obtenir la sortie immédiate de l'établissement hospitalier.

Le juge judiciaire, gardien de la liberté individuelle, est quant à lui compétent pour apprécier le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation. Le recours est introduit par simple requête et le juge statue en la forme des référés après débat contradictoire. Afin de faciliter le recours au juge, la loi prévoit que le recours peut également être exercé par le conjoint, le concubin, le tuteur, le curateur, le curateur à la personne, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. La saisine du juge est également ouverte à la personne ayant demandé l'hospitalisation et au procureur de la République. Le juge peut en outre se saisir d'office à tout moment.

Notons que cette dualité de juridiction a été examinée par la Cour européenne des droits de l'homme qui, en dépit des « circonstances très particulières de l'espèce » (annulation par le juge administratif des décisions successives d'hospitalisation d'office, sans que jamais l'intéressé n'obtienne une décision des tribunaux judiciaires mettant fin à la mesure d'hospitalisation), a salué, dans son arrêt du 18 novembre 2010, Baudoin c/ France, « la complémentarité des recours existants pouvant permettre de contrôler l'ensemble des éléments de la légalité d'un acte, puis aboutir à la libération de la personne internée ». Rappelons à cet égard que l'article 5-4 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose que « toute personne privée de sa liberté a le droit d'introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention ».

2. L'hospitalisation sur demande d'un tiers

L'hospitalisation sous contrainte est soumise à des conditions médicales et administratives strictes prévues dans le cadre des deux procédures d'hospitalisation sur demande d'un tiers et d'hospitalisation d'office.

a) Les conditions d'hospitalisation

L'article L. 3212-1 du code de la santé publique pose **trois conditions cumulatives** à une hospitalisation sur demande d'un tiers :

- **la présence de troubles mentaux ;**
- **l'impossibilité de consentir à l'hospitalisation ;**
- **la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance constante en milieu hospitalier.**

Pour caractériser les situations d'urgence, il est également fait appel à la notion de péril imminent, interprétée par la Haute autorité de santé (HAS) comme un « risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation »⁽¹⁾.

Signalons également qu'aux termes des recommandations de la Haute autorité, la capacité à consentir d'une personne doit être évaluée à partir de cinq critères :

(1) En avril 2005, la Haute Autorité de Santé a émis des recommandations pour la pratique clinique des modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, qui permettent de mieux cerner les notions auxquelles la loi se réfère.

- sa capacité à recevoir une information adaptée,
- sa capacité à comprendre et à écouter,
- sa capacité à raisonner,
- sa capacité à exprimer librement sa décision,
- sa capacité à maintenir sa décision dans le temps.

Enfin, pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, la Haute autorité propose de rechercher :

- un risque suicidaire,
- un risque d’atteinte potentielle à autrui,
- une prise d’alcool ou de toxique associée,
- un délire ou des hallucinations,
- des troubles de l’humeur,
- le degré d’incurie.

b) La demande du tiers

S’agissant de la demande du tiers, celle-ci doit en principe être manuscrite, effectuée sur papier libre et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l’établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénom, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l’hospitalisation que de celle dont l’hospitalisation est demandée et l’indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s’il y a lieu, de leur degré de parenté. À cet égard, comme le souligne la HAS, il est préférable que le tiers se rende, en même temps que le patient, dans l’établissement d’accueil afin d’attester de son identité et faciliter l’admission du patient.

Enfin, signalons que depuis l’arrêt du Conseil d’État du 3 décembre 2003, un **lien personnel avec la personne malade, antérieur à la demande de soins**, est exigé du tiers. En effet, face aux difficultés rencontrées dans la recherche de tiers, une conception extensive des dispositions légales avait fini par prévaloir accordant la qualité de tiers potentiel à toute personne ayant rencontré le malade et agissant à titre personnel, à condition qu’elle ne fût pas partie du personnel soignant de l’établissement d’accueil. Le juge administratif a mis fin à cette dérive en rappelant que « *la décision d’hospitalisation sans son consentement d’une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d’un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d’un lien de parenté avec le malade,*

est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci ».

c) Les certificats médicaux

Deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours sont nécessaires. Cela signifie que, pour chaque certificat, le médecin doit être thésé, inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins ou être étudiant en médecine ayant obtenu une licence de remplacement ⁽¹⁾. Les médecins qui établissent les certificats ne doivent être ni parents (jusqu'au 4^{ème} degré) ni alliés entre eux, ni avec le directeur de l'établissement où le patient est hospitalisé, ni avec le tiers demandeur ni avec le patient.

Le premier certificat ne peut en outre pas être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du patient ; come le souligne la HAS, le deuxième certificat n'est en rien lié par les constatations et les conclusions du premier. Chaque certificat doit être rédigé de façon lisible et en langue française, sur papier libre (par exemple ordonnance en libéral ou ordonnance de l'hôpital avec nom, prénom et fonction du médecin et adresse de l'hôpital). Le certificat doit indiquer le nom, la date de naissance et la domiciliation du patient. La HAS recommande en outre que les certificats soient rédigés en termes simples, en évitant les termes techniques et les hypothèses diagnostiques, dans la mesure où ces derniers ne sont pas couverts par le secret médical.

La Haute Autorité considère en outre que pour rédiger le certificat, il est nécessaire :

– que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés : il est donc nécessaire qu'il s'entretienne avec le patient ou au moins tente de le faire ;

– que lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits ;

– que les faits soient circonsciés : le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril ;

– que le médecin précise que les troubles du patient rendent impossible son consentement.

Les certificats doivent être adressés au directeur de l'établissement d'accueil. Il est possible de les adresser par fax, à condition que les originaux lui parviennent dans les 24 heures.

(1) *Recommandations de la Haute Autorité de Santé.*

À titre exceptionnel, en cas de péril imminent pour le patient, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (article L. 3212-3 du code de la santé publique). Une demande de soins formulée par un tiers reste requise. Dans ce cas, le certificat doit faire apparaître les risques de péril imminent, c'est-à-dire **l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient** (recommandation de la HAS).

Enfin, soulignons que la loi exige que la nécessité de l'hospitalisation soit confirmée par un psychiatre de l'établissement d'accueil, d'abord dans les vingt-quatre heures de l'admission, puis dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours d'hospitalisation et par la suite chaque mois. Il est en outre à noter que, faute de production du certificat médical, la levée de l'hospitalisation est acquise.

3. L'hospitalisation d'office

Les conditions d'hospitalisation d'office, prévues à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique sont les suivantes :

- **la présence de troubles mentaux,**
- **la nécessité de soins,**
- **l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.**

La Haute Autorité de santé souligne que la loi ne fixe pas de critères pour définir la nécessité de soins. Elle recommande en conséquence de se référer aux critères cliniques et de recourir à l'hospitalisation sans consentement si le refus d'hospitalisation peut entraîner une détérioration de l'état du patient ou l'empêcher de recevoir un traitement approprié.

L'hospitalisation d'office est prononcée par arrêté par le préfet ou le préfet de police à Paris, au vu d'un certificat médical circonstancié. Les modalités de rédaction du certificat médical pour l'HO sont identiques à celles préconisées pour les certificats nécessaires à l'HDT en précisant que les troubles mentaux du patient nécessitent des soins immédiats et compromettent de façon grave la sûreté des personnes et l'ordre public.

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

En urgence, en cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou à Paris le commissaire de police peuvent ordonner en urgence des mesures provisoires, qui dans la pratique prennent le plus souvent la forme d'une HO (article L. 3213-2 du code de la santé publique). La Haute Autorité de Santé

recommande à cet égard que la décision s'appuie sur un certificat médical, même si la loi ne l'impose pas, plutôt que sur un simple avis. Un médecin peut être mandaté par le maire ou le commissaire de police pour le rédiger, dès que la situation le permet. Le certificat doit mentionner que le patient, par son comportement, constitue un danger imminent pour la sûreté des personnes ou pour l'ordre public. En outre, faute de décision du préfet, les mesures provisoires deviennent caduques dans un délai de quarante-huit heures.

Enfin, à l'instar de la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers, un certificat médical confirmant ou infirmant la nécessité des soins doit être établi dans les vingt-quatre heures de l'admission. Un certificat médical doit ensuite être produit dans les quinze jours puis dans le mois suivant la décision d'hospitalisation et par la suite tous les mois. Parallèlement, le préfet décide du maintien en soins dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation pour une période de trois mois puis, par période de six mois. En l'absence de décision à l'issue de chacune de ces périodes, la levée de la mesure d'hospitalisation est acquise.

4. Les sorties d'essai

Quelles que soient les modalités selon lesquelles elle a été décidée, l'hospitalisation d'une personne sans son consentement peut être « interrompue », sans être pour autant levée, par des « sorties d'essai ». Aux termes de l'article L. 3211-11, ces sorties sont destinées « à **favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion du patient** ». Elles sont décidées soit par un psychiatre de l'établissement d'accueil, dans le cadre d'une HDT, soit par le préfet, sur proposition du psychiatre, dans le cadre d'une HO. **La durée d'une sortie d'essai est limitée à trois mois mais son renouvellement est toujours possible.** Elle comporte une surveillance médicale et un suivi assuré par le secteur psychiatrique compétent.

Notons que pendant toute la durée de la sortie d'essai, le patient reste considéré comme hospitalisé sans son consentement : son statut juridique n'est donc pas modifié, pas plus que la procédure de production de certificats médicaux à échéance régulière et la nécessité, pour l'autorité décisionnaire, de se prononcer sur le maintien des soins. En conséquence, le patient peut être réintégré au sein de l'hôpital sans aucune formalité préalable s'il cesse de se conformer à son traitement ou si son état de santé le requiert.

La mission des Inspections générales souligne également que 25 % des malades admis en hospitalisation sur demande d'un tiers et 31 % des malades admis en hospitalisation d'office ont bénéficié d'une sortie d'essai.

Les sorties d'essai sont à distinguer des **sorties de courte durée** accordées pour une période de douze heures maximum et fondées sur un motif thérapeutique ou destinées à permettre au patient d'effectuer une démarche extérieure à l'établissement. Ces sorties sont accompagnées d'un ou plusieurs membres du

personnel de l'établissement pendant toute leur durée. L'autorisation de sortie de courte durée est donnée par le directeur de l'établissement, après avis favorable du psychiatre, sauf opposition du préfet, dans le cas des personnes en hospitalisation d'office.

B. LES PROPOSITIONS DE RÉFORME

Après la publication en 1997 du rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport Strohl (du nom de sa présidente), dans lequel figuraient des propositions plutôt radicales sur l'organisation du dispositif français d'hospitalisation sous contrainte qui ne furent pas mises en œuvre ⁽¹⁾, de nouvelles propositions de réforme ont été émises en 2005 dans le cadre des travaux d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ). Ces propositions reposent sur un constat tout à fait pertinent de l'hospitalisation sous contrainte en France :

– d'un point de vue sanitaire tout d'abord, la mission dénonce **une réponse souvent mal adaptée aux cas des personnes souffrant de troubles mentaux et qui constitue parfois un frein à l'accès aux soins**. La mission met notamment en exergue la difficulté à trouver un tiers identifiable et de bonne volonté dans le cadre d'une HDT mais également la défaillance du maillon « transport » dans la chaîne des soins, et, plus globalement, un défaut d'adaptation du système à la prise en charge des crises, lié à la place résiduelle laissée aux dispositifs de prévention et au manque de solutions alternatives à l'hospitalisation. La mission souligne à cet égard que les interventions du secteur à domicile, l'accompagnement et le soutien des familles, le dépistage précoce et les actions dans la communauté permettraient d'inscrire les soins sans consentement dans un « contexte rendant moins nécessaire la contrainte, ou capable d'en atténuer le traumatisme ». Parallèlement, la mission dénonçait le dévoiement de la pratique des **sorties d'essai**, celles-ci se poursuivant, parfois pendant des années, toujours en référence à une hospitalisation initiale déconnectée de la réalité d'une prise en charge en ambulatoire ;

– la mission considère ensuite que **les garanties reconnues aux personnes atteintes de troubles mentaux ont une effectivité relative**, en raison d'une méconnaissance des pouvoirs du juge en matière de mainlevée des mesures de soins, illustrée en particulier par le nombre minime de recours déposés ⁽²⁾, mais également en raison d'une moindre implication des juges eux-mêmes dans les missions qu'ils exercent au titre du contrôle de ces hospitalisations. La mission souligne également le relatif « effacement » des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) en dépit des responsabilités très

(1) *Création d'une seule modalité d'entrée en soins sans consentement, suppression de l'ordre public comme motif d'hospitalisation sans consentement, judiciarisation a priori des décisions d'hospitalisation.*

(2) *Le rapport note que compte tenu du nombre de tribunaux de grande instance (181), chaque juge des libertés et de la détention n'est saisi, au titre des hospitalisations sans consentement, que deux ou trois fois par an !*

importantes qui leur sont confiées en matière de respect des libertés individuelles et de la dignité des patients. La cause en est vraisemblablement le décalage entre l'étendue de leurs missions et l'insuffisance flagrante des moyens matériels qui leur sont alloués. Les conclusions de la mission sont donc sans appel : « *L'information délivrée aux malades sur leurs droits et leurs possibilités de recours est souvent insuffisante. Les contrôles exercés sont dispersés et souvent formels. Le cadre procédural est flou.* » ;

– enfin, dernier point du bilan dressé par la mission des Inspections générales : la sécurité du dispositif. La mission souligne à cet égard que **l'efficacité du dispositif d'hospitalisation sous contrainte pourrait être améliorée dans le domaine de la sûreté des personnes**, signalant notamment que les fugues des malades sont souvent laissées sans suite, les coopérations utiles entre les secteurs de la psychiatrie et les services de police n'étant pas définies.

Aussi, tout en préconisant, contrairement au rapport Strohl le maintien de l'architecture actuelle des soins sous contrainte, la mission des Inspections générales a-t-elle proposé plusieurs pistes de modernisation reposant sur :

– **une intervention accrue du juge** en tant que garant des droits et libertés, mais uniquement dans un rôle de contrôle *a posteriori* ;

– **une adaptation des modalités de recours au tiers** tout en conservant la dualité des procédures d'hospitalisation d'office et d'hospitalisation sur demande d'un tiers ;

– **la dissociation de l'obligation de soins et de la modalité du soin**, en cohérence avec l'évolution des possibilités de prise en charge en psychiatrie.

Ainsi, tout en ne jugeant pas souhaitable de confier au juge la responsabilité de décider *a priori* de l'hospitalisation sous contrainte d'un patient (judiciarisation complète du dispositif), compte tenu de la lourdeur de la procédure judiciaire et du retard dans l'accès aux soins qui en résulterait, la mission recommandait néanmoins de renforcer les droits garantis aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement et notamment de :

– rendre plus effectif le contrôle *a posteriori* du juge des libertés et de la détention en enserrant la procédure dans des conditions de forme et de délais plus précises et contraignantes (imposition d'un délai impératif pour statuer sur le recours en levée de la mesure) ;

– conférer à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques un statut renforcé, grâce à la nomination à sa tête d'un magistrat, afin d'assurer l'indépendance de sa mission de contrôle, à la modification de sa composition pour y inclure un avocat et à l'adaptation de son ressort territorial en substituant celui du tribunal de grande instance à celui du département, afin de favoriser un meilleur ancrage juridique ;

– « protocoliser » la décision d’obliger le malade à se soigner, afin de respecter les prescriptions de la Recommandation Rec (2004)¹⁰ du Conseil de l’Europe, notamment en imposant à l’autorité décisionnaire d’entendre la personne concernée et de formaliser l’admission à la demande d’un tiers par un document écrit ;

– réduire le nombre de personnalités chargées de se rendre dans les établissements spécialisés, afin d’assurer une meilleure effectivité des contrôles empêchée par la dilution des responsabilités.

S’agissant des procédures de soins sous contrainte, la mission des inspections générales n’a remis en cause ni la dualité de celles-ci, ni la définition du tiers telle que résultant de la jurisprudence du Conseil d’État. Elle considère en revanche que celle-ci devrait être complétée afin de répondre à toutes les situations de crise pouvant se présenter au directeur de l’hôpital. Il a ainsi été recommandé d’**inclure dans la loi un mécanisme spécifique destiné à pallier l’absence de tiers** ou à faire face à sa réticence à s’engager dans une telle procédure.

Enfin, sur les modalités de soins sous contrainte, la mission a recommandé de **passer du régime de l’hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte**, afin de dissocier l’obligation de se soigner de ses modalités. Face à un malade pour lequel il convient d’imposer des soins, la mission juge en effet regrettable de ne pas disposer de solutions variées, adaptées à la singularité de la situation, afin de ne pas avoir pour seule réponse l’enfermement dans un hôpital psychiatrique. L’objectif poursuivi est donc de favoriser l’accès à toutes les solutions thérapeutiques pour les adapter à la situation du malade et faciliter son consentement. Le tiers pourrait ainsi n’avoir qu’à se prononcer sur la nécessité du soin plutôt que sur celle de l’hospitalisation. Reviendrait alors au médecin de choisir la modalité la plus adaptée, conformément à sa mission naturelle. La mission a cependant insisté sur la nécessité de transposer à ce nouveau mode d’exercice de la contrainte l’ensemble des droits et libertés reconnus au malade hospitalisé sous contrainte et qui pourraient sembler menacés par l’extension de cette contrainte en dehors des murs de l’hôpital. En outre, la création d’une prise en charge de courte durée (72 heures au plus), suffisante pour prononcer une obligation de soins, est recommandée avec établissement d’un certificat médical à l’issue. Pour les auteurs du rapport, un tel dispositif aurait pour conséquence d’inciter les secteurs de psychiatrie à organiser une phase d’observation, de traitement et d’orientation afin de faciliter la recherche du consentement, limiter les durées d’hospitalisation et adapter au mieux la prise en charge. Enfin, la mission a plaidé pour une meilleure gestion de la crise du transport des malades grâce à un protocole départemental définissant les modalités d’implication des services concernés. On notera que le rapport recommandait également une simplification et une réduction du nombre des certificats médicaux requis pour l’admission en soins.

C. LE PROJET DE LOI

1. Les soins sans consentement : un changement de paradigme

Le premier objectif de la réforme proposée par le Gouvernement consiste à adapter la loi à l'évolution des soins psychiatriques et des thérapeutiques désormais disponibles, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation complète. Substituer à l'hospitalisation sans consentement les soins sans consentement permet ainsi de « légaliser » la pratique actuelle des sorties d'essai sans cesse renouvelées, tout en rendant possible une meilleure adaptation des soins prodigués au patient grâce au recours à un protocole élaboré par le psychiatre et adapté à une prise en charge sous forme ambulatoire. Au-delà de l'évolution du cadre juridique des soins sous contrainte, votre rapporteur considère que cette réforme témoigne d'un changement complet de paradigme puisqu'elle met en avant la nécessité des soins plutôt que la forme que ceux-ci peuvent prendre, et que, par là même, elle met fin au primat de l'enfermement ou de l'internement.

Il découle de ce changement plusieurs évolutions significatives dans le dispositif de prise en charge des personnes malades :

– une période d'observation de soixante-douze heures est ainsi mise en place, sous forme d'hospitalisation complète, dont la fin se matérialise par l'établissement d'un certificat médical spécifique, lequel recommande, le cas échéant, une forme de prise en charge et prévoit un protocole de soins adapté ;

– par ailleurs, au-delà de la période d'observation, la possibilité de passer d'une forme de prise en charge à une autre est conservée, sur proposition du psychiatre qui prend en charge le patient ;

– enfin, la possibilité de réintégrer le patient suivi en soins ambulatoires dans une structure hospitalière, en cas de non-respect du protocole de soins, est expressément prévue par le texte.

Sur la proposition de votre rapporteur, la Commission des affaires sociales a prévu de compléter ce dispositif par une meilleure gestion des alertes en amont, l'agence régionale de santé (ARS) se voyant confier la responsabilité d'organiser une réponse coordonnée à ces alertes. De même, en aval, des conventions devront être signées en vue d'assurer le suivi des patients en soins psychiatriques sans consentement sous forme ambulatoire et d'organiser, le cas échéant, leur retour à l'hôpital.

2. La garantie d'un meilleur accès aux soins

Le deuxième objectif poursuivi par le projet de loi consiste à lever les obstacles identifiés dans l'accès aux soins et, partant, à mieux garantir leur continuité. Les mesures proposées dans ce cadre concernent essentiellement le

dispositif d'admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers. Elles visent, conformément aux recommandations du rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2005 à :

– redéfinir la notion de tiers et à clarifier le rôle de celui-ci qui, de « demandeur d'hospitalisation », devient « demandeur de soins », sans avoir à se prononcer sur la modalité de ces soins ;

– combler les carences du dispositif actuel par la création d'une procédure applicable en l'absence de tiers, dans les situations de péril imminent pour la santé de la personne malade ;

– prévoir la possibilité pour le directeur de l'établissement d'accueil, de maintenir la mesure de soins sans consentement lorsque le psychiatre est d'avis que la levée de la mesure demandée par un tiers mettrait en danger la santé du malade. En effet, jusqu'à présent, cette levée était de droit et laissait pour tout recours la possibilité au préfet de transformer l'hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office, lorsque les conditions étaient réunies.

Ces différents aménagements devraient apporter plus de souplesse au dispositif et permettre une meilleure adaptation aux différents cas de figure susceptibles de se présenter. Dans cette même perspective, la commission des affaires sociales a souhaité, à l'initiative de votre rapporteur, renforcer le rôle des tuteurs et des curateurs en les autorisant expressément à demander des soins pour leurs protégés à titre personnel. Elle a en revanche encadré la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent en l'absence de tiers et clarifié la procédure d'urgence d'admission en soins en cas de péril imminent, sur demande d'un tiers.

Enfin, on notera que les allègements de procédures initialement prévus dans le projet de loi, dans la continuité des recommandations du rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2005, à savoir la réduction du nombre de certificats médicaux requis pour l'admission en soins, n'ont finalement pas été conservés par la lettre rectificative n°3116 déposée suite à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre dernier. Rappelons en effet que le Conseil constitutionnel a considéré que si les garanties encadrant l'entrée dans le dispositif d'hospitalisation sans consentement étaient suffisantes, il a notamment insisté sur la diversité des certificats requis à cet effet et des médecins appelés à les établir. Le Gouvernement a donc renoncé à prévoir :

– pour les admissions en soins sans consentement à la demande d'un tiers, que la demande de soins puisse être accompagnée d'un seul certificat médical ;

– pour les admissions en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, que le certificat initial fondant l'intervention du préfet puisse émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement.

3. Un suivi renforcé pour certains patients

Suite à divers événements dramatiques survenus ces dernières années et en raison du passage de l'hospitalisation sous contrainte aux soins sans consentement, qui facilite la prise en charge en-dehors des hôpitaux, il est apparu nécessaire de prévoir des dispositions spécifiques afin d'améliorer la surveillance de certains patients susceptibles de présenter un danger pour autrui. À cet égard, l'exposé des motifs du projet de loi n° 2494 souligne à juste titre qu' « *une vigilance accrue des professionnels et des pouvoirs publics vis-à-vis de la faible part des malades atteints de troubles mentaux susceptibles d'actes graves de violence doit contribuer à rendre la société plus accueillante et tolérante vis-à-vis de l'ensemble des personnes présentant un trouble mental* ».

Les dispositions retenues par le projet de loi consistent en outre essentiellement en la prescription d'avis médicaux supplémentaires lorsque la levée d'une mesure de soins ou la modification de la forme de prise en charge est envisagée pour les patients réputés les plus difficiles : ceux qui ont déjà séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) ou ceux qui ont été hospitalisés suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Ces avis médicaux supplémentaires consistent en l'avis d'un collège de soignants et deux expertises.

Si ces dispositions n'apparaissent pas disproportionnées eu égard aux enjeux de sécurité publique, la Commission des affaires sociales a néanmoins prévu, sur la proposition de votre rapporteur, d'encadrer leur mise en œuvre en instaurant en quelque sorte un « droit à l'oubli ». Les hospitalisations qui ont ainsi eu lieu il y a un certain nombre d'années (défini par décret) ne seront pas prises en compte pour l'application des dispositions prévues ici.

4. Un renforcement des droits des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement

a) Des garanties plus importantes

Le projet de loi, dès sa version initiale, visait à renforcer les droits des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement, notamment afin de prendre en compte les recommandations prises sur la base de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ainsi que celles du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Sont ainsi prévus :

- l'information régulière des patients sur leurs droits, notamment de recours, et sur leur état de santé,
- le recueil de leurs observations sur les décisions les concernant,

– le recentrage des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (qui deviennent les commissions départementales des soins psychiatriques).

Poursuivant un même objectif de renforcement de l'efficacité des contrôles en matière de respect des droits des patients et souhaitant tenir compte du rôle joué désormais en la matière par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Commission des affaires sociales a choisi de diminuer le nombre des autorités administratives et judiciaires censées visiter les établissements psychiatriques, ainsi que la périodicité de leurs visites, et ce afin d'éviter la dilution des responsabilités.

b) Un contrôle accru du juge sur les mesures d'hospitalisation sous contrainte

Suite à la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 (*voir encadré ci-après*), la lettre rectificative n° 3116 a introduit de nouvelles dispositions dans le projet de loi prévoyant un contrôle automatique du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement. L'article 1^{er} définit ainsi désormais les conditions dans lesquelles le juge sera amené à contrôler de plein droit la nécessité du maintien d'une personne en hospitalisation complète au terme d'une période de quinze jours, puis tous les six mois.

Comme indiqué précédemment, outre l'instauration d'un contrôle juridictionnel de plein droit des décisions de maintien en hospitalisation sans consentement, la décision du Conseil constitutionnel nécessite également de réexaminer la question de l'allègement des exigences en matière de certificats médicaux requis préalablement à l'admission. Cette décision a donc des répercussions importantes sur l'architecture du dispositif et notamment sur la production de certificats médicaux par les psychiatres, dont le nombre augmente considérablement. Cette évolution amène également à s'interroger sur les modalités concrètes d'organisation des audiences et sur la possibilité de faire de l'hôpital un lieu de justice.

Sur proposition de votre rapporteur, la commission des affaires sociales a voulu renforcer l'efficacité du dispositif ainsi mis en place, d'une part, en donnant au juge la possibilité de substituer une autre forme de prise en charge à la mesure d'hospitalisation qui lui est soumise et, d'autre part, en prévoyant systématiquement sa saisine en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet sur l'opportunité de lever une mesure de soins sans consentement (dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat).

Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 24 septembre 2010 par le Conseil d'État d'une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés garantis par la Constitution de huit articles du code de la santé publique relatifs à l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Dans sa décision, le Conseil a distingué les conditions d'admission et le maintien de l'hospitalisation, jugeant les premières conformes à la Constitution, tout en rappelant dans son considérant 19 que ces conditions, de fond et de procédure, doivent permettre d'assurer que l'hospitalisation n'est mise en œuvre que dans les cas où elle est adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade. Le Conseil constitutionnel a en outre souligné que si l'article 66 de la Constitution exige que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté.

S'agissant du maintien de l'hospitalisation au-delà des quinze premiers jours, le Conseil constitutionnel a rappelé les exigences découlant de l'article 66 de la Constitution selon lesquelles la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible. Ainsi, en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les exigences de l'article 66 de la Constitution ont été méconnues par le législateur. Les dispositions en cause du code de la santé publique ont ainsi été déclarées contraires à la Constitution, avec prise d'effet au 1^{er} août 2011.

Notons également que s'agissant des restrictions à l'exercice des libertés d'une personne hospitalisée sans son consentement, le Conseil constitutionnel a rappelé qu'elles devaient être limitées à celles nécessitées par l'état de santé de l'intéressé et la mise en œuvre de son traitement. Il a ainsi jugé que le législateur avait ici opéré une conciliation conforme à la Constitution entre les exigences de protection de la santé et de protection de l'ordre public, d'une part, et la liberté personnelle, d'autre part. En outre les garanties encadrant l'hospitalisation sans consentement permettent que l'avis de la personne sur son traitement soit pris en considération. En revanche, le Conseil constitutionnel a formulé une réserve s'agissant du droit au recours devant le juge judiciaire contre la mesure d'hospitalisation sans consentement : il a ainsi précisé que le juge judiciaire était tenu de statuer sur une demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais, compte tenu de la nécessité éventuelle de recueillir des éléments d'information complémentaires sur l'état de santé de la personne hospitalisée.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission examine le présent projet de loi au cours de sa séance du mardi 1^{er} mars, en présence de Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le projet de loi que nous examinons ce soir tend à réformer certaines dispositions de la loi du 27 juin 1990 applicables aux malades mentaux traités sans leur consentement, afin de tenir compte de l'évolution des modalités de traitement et de renforcer les droits et les libertés des patients. Saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité sur plusieurs articles du code de la santé publique relatifs à l'hospitalisation psychiatrique à la demande d'un tiers, le Conseil constitutionnel avait demandé au Gouvernement de prévoir, avant le 1^{er} août 2011, l'intervention du juge judiciaire dans les cas d'hospitalisation sans consentement. En qualité d'ancien ministre de la justice, je mesure les difficultés pratiques, en termes d'encombrement des juridictions, que cette décision risque de susciter.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé. La loi de 1990 a permis des avancées majeures dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, mais elle a également montré ses limites ; professionnels et usagers attendaient depuis longtemps son adaptation aux réalités d'aujourd'hui.

Le présent projet de loi met en œuvre une réforme purement sanitaire, qui vise à améliorer la prise en charge médicale des personnes nécessitant des soins psychiatriques, en milieu intra et extrahospitalier ; il ne s'agit pas de judiciariser la psychiatrie, qui reste avant tout une relation thérapeutique entre une équipe et une personne souffrant de troubles mentaux. Lorsque les soins nécessiteront de contraindre la liberté d'aller et venir du patient – ces cas étant, je le rappelle, minoritaires –, le juge des libertés et de la détention (JLD) devra dorénavant intervenir dans le processus, conformément au droit commun.

Le projet de loi poursuit trois objectifs : permettre une meilleure prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques, en augmentant le nombre des outils disponibles, que ce soit en soins ambulatoires ou dans le cadre d'une hospitalisation ; assurer leur sécurité lorsqu'elles présentent un danger pour elles-mêmes ou pour des tiers ; enfin, garantir aux patients le respect de leurs droits fondamentaux et de leurs libertés individuelles.

Pour ce faire, le choix entre les deux modalités de prise en charge devra intervenir, sur avis médical, après une période d'observation en hospitalisation complète d'une durée maximale de 72 heures.

La notion d'« hospitalisation sans consentement » sera remplacée par celle de « soins sans consentement », ce qui permettra de procéder aussi bien à l'hospitalisation du patient qu'à sa prise en charge en soins ambulatoires, y compris par des psychiatres de ville. En conséquence, les sorties d'essai seront supprimées.

Par ailleurs, le dispositif de soins sans consentement sera ouvert, même en l'absence d'un tiers, à des personnes dont les troubles mentaux, sans constituer un trouble grave à l'ordre public, nécessitent des soins immédiats en raison d'un péril imminent.

Un collège de soignants, composé de psychiatres et d'un cadre de santé, transmettra au préfet son avis sur les sorties d'hôpital concernant les patients placés en hospitalisation d'office après une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale et ceux ayant été hospitalisés une fois dans leur vie dans une unité pour malades difficiles (UMD).

Le texte prévoit en outre le renforcement de l'information des patients sur leurs droits et sur les raisons des soins qui leur sont imposés, ainsi qu'une extension de leurs possibilités d'exprimer un avis sur les mesures les concernant.

Enfin, la lettre rectificative impose l'intervention du juge des libertés et de la détention dans les décisions de maintien, au-delà de 15 jours, d'une personne en hospitalisation complète sans son consentement, et, en cas de prolongement de la mesure, le contrôle systématique du dispositif par le juge tous les six mois. Ce contrôle ne s'appliquera pas aux autres mesures, comme les hospitalisations de jour, de nuit, ou les consultations dans les centres médico-psychologiques ; néanmoins, le patient conservera la possibilité de saisir, à tout moment, le juge des libertés et de la détention.

M. Guy Lefrand, rapporteur. J'ai longuement auditionné les acteurs de la santé mentale et tous ceux qui participent à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes faisant l'objet, sans leur consentement, de soins psychiatriques, ainsi que les associations de familles et de patients. Loin des propos caricaturaux que l'on peut lire dans la presse, beaucoup ont à cœur de veiller à ce que des soins adéquats soient apportés aux personnes atteintes, qu'elles soient ou non conscientes de leur maladie, car le principal risque pour celles-ci n'est pas l'hospitalisation abusive, mais la non-détection de leur pathologie et l'absence de prise en charge.

Les maladies mentales sont aujourd'hui la première cause de mortalité des jeunes adultes ; sur 12 000 suicides recensés chaque année en France, 4 000 seraient commis par des personnes souffrant de troubles mentaux ; enfin, 30 000 à 60 000 personnes à la rue souffriraient d'un trouble psychiatrique grave. Toutes les associations de familles que j'ai rencontrées m'ont signalé des alertes non traitées, des appels au secours qui n'ont pas été entendus et qui ont parfois débouché sur des passages à l'acte.

Cette situation découle en grande partie d'une particularité des pathologies psychiatriques, l'anosognosie, qui fait que le patient ne se sait pas et ne se sent pas malade. C'est ce qui explique la nécessité de lois spécifiques.

Cela ne signifie pas que les soins sans consentement sont la seule solution. Au contraire, il convient de favoriser les soins libres, en hospitalisation ou en ambulatoire ; d'ailleurs 75 % des personnes hospitalisées en psychiatrie le sont par libre choix. Toutefois, l'état mental du patient ne permet pas toujours cette option ; c'est pourquoi il faut pouvoir admettre en soins sans consentement, sur demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur décision du préfet, les personnes qui ont besoin d'une prise en charge immédiate parce qu'elles représentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Je me félicite qu'à la suite de la décision du Conseil constitutionnel, le projet de loi impose le contrôle du juge sur le dispositif de soins sous contrainte ainsi que l'établissement, à échéance régulière, de certificats médicaux ; la complexité de ceux-ci suscite l'inquiétude des professionnels et peut être une source de contentieux, mais il s'agit du prix à payer pour protéger les droits fondamentaux des patients suivis en psychiatrie.

Je m'interroge cependant sur la portée du contrôle du juge et sur le choix du Gouvernement, d'une part, de ne pas autoriser celui-ci à substituer un mode de prise en charge à un autre lorsqu'il est saisi dans le cadre d'un recours, d'autre part, de limiter la saisine automatique aux seuls cas d'hospitalisation complète. Par ailleurs, subsiste le problème de la saisine du juge en cas de désaccord entre la commission départementale des soins psychiatriques (CDHP) et le préfet au sujet des patients dangereux.

S'agissant des personnes hospitalisées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale et de celles ayant séjourné en unités pour malades difficiles, ne conviendrait-il pas de tempérer les dispositions du projet de loi et d'introduire une forme de « droit à l'oubli », couvrant les faits remontant à 15 ou 20 ans, ce qui permettrait d'éviter la stigmatisation de ces personnes et de ne pas rendre plus difficile leur sortie de soins et leur réinsertion sociale ?

L'autorisation de soins sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète est une bonne mesure, qui avait été recommandée dans le rapport remis en 2005 par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), et qui a été saluée par de nombreux acteurs de la chaîne de soins, dont l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), les représentants des directeurs d'établissement et des psychiatres. Quels moyens comptez-vous mettre en œuvre pour assurer un réel suivi des personnes sur le terrain ? Comment se fera, le cas échéant, leur réintégration en milieu hospitalier ? Où en est la recherche sur des traitements adaptés aux pathologies mentales qui permettraient aux patients de mener une vie « normale » et de se réinsérer socialement ?

Enfin, la réussite de cette réforme dépendra des moyens qui lui seront consacrés, tant par le ministère de la santé que par le ministère de la justice. Le plan Santé mentale annoncé par le Président de la République devrait ainsi engager la refonte de l'ensemble de la filière, incluant la recherche, la gestion des alertes, le diagnostic, le rôle respectif de l'hôpital, des soins ambulatoires et des médecins libéraux, et mettre en œuvre une véritable politique publique en la matière, incluant la prévention et le dépistage ; l'OMS prévoit en effet que, dans les prochaines années, sur les 10 maladies les plus graves au niveau mondial, 5 relèveront de troubles mentaux.

Comme l'a analysé l'une des personnes auditionnées, la loi de 1990 est par nature difficile à réformer, car elle repose sur un trépied : la santé, la sécurité et la liberté ; toute action sur l'un de ces socles risque de fragiliser l'ensemble de l'édifice. Cela souligne la difficulté de l'exercice qui nous attend et le sérieux qu'exige cette réforme.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il s'agit en effet d'un texte philosophiquement et humainement important, mais doublement périlleux. D'une part, l'équilibre entre l'exigence de sécurité et la liberté du patient est difficile à trouver : nous autres, élus locaux, savons combien il est difficile de prendre une décision lorsque l'on est appelé par la famille. D'autre part, l'encombrement du ministère de la justice est tel que l'on voit mal comment plusieurs dizaines de milliers d'études pourront être traitées dans de bonnes conditions. Nous devons donc faire preuve de finesse.

Mme Marie-Christine Dalloz. Tout en constituant une avancée, notamment pour les familles confrontées à des délires violents, ce texte montre combien il est difficile de parvenir à un équilibre et de placer le malade dans un cadre qui ne soit pas trop rigide. Le rapporteur a évoqué un droit à l'oubli : il est en effet essentiel que des informations si sensibles ne soient pas durablement accessibles dans un dossier, sous peine de stigmatiser les personnes qui, à une époque, ont fréquenté des hôpitaux spécialisés.

Nous avons été contactés par la Commission des citoyens pour les droits de l'homme (CCDH) qui, dénonçant les soins ambulatoires sous contrainte et réaffirmant le libre choix du patient, nous a enjoint de ne pas prendre position sur le projet de loi. Rappelons que les personnes concernées ne se savent pas ou ne se sentent pas malades ; c'est pourquoi il convient de les protéger, ainsi que leur entourage. Il faudrait que la CCDH prenne conscience que la mise en œuvre d'une procédure d'urgence pour une hospitalisation d'office n'est pas une partie de plaisir, mais que nous devons assurer la sécurité nos concitoyens.

M. Serge Blisko. Le rapporteur a fait un bon tour d'horizon de la question.

Il importe de réaliser que les maladies psychiatriques – qui touchent, comme le rappelle l'étude d'impact, quantité de familles, sans distinction de

milieu – sont d’abord une pathologie de la liberté. Quand elles suivent leur traitement, les personnes concernées sont comme vous et moi, mais dès qu’elles vont mieux, elles arrêtent les traitements souvent lourds et dévastateurs, et, de ce fait, ne sont plus en état de choisir librement leurs soins. Ajoutons que les maladies les plus graves, qui font l’objet de ce projet de loi, sont à long, voire très long terme, et durent parfois une vie entière.

À l’origine, ce texte répondait à une préoccupation exclusivement sécuritaire ; comme souvent, il est la conséquence d’un fait divers tragique. Pourtant, il soulève de vraies questions, notamment celle des soins dits « sous contrainte » à l’extérieur de l’hôpital, qui sont réclamés par nombre de familles et de professionnels. Je rappelle qu’en France, une personne souffrant de troubles psychiatriques peut être enfermée dans un hôpital et voir sa liberté d’aller et venir restreinte, tout en ayant la possibilité de refuser d’être soignée. Il convient donc à la fois de respecter la liberté individuelle et de prendre en considération le fait que les personnes soumises à une médication ne sont pas tout à fait libres au sens où nous l’entendons.

De ce point de vue, ce texte, qui a été fortement corrigé à la suite de la décision du Conseil constitutionnel, manque de cohérence. L’impression prévaut que deux philosophies s’y opposent : d’une part, le souhait – avec lequel on ne peut qu’être d’accord – de respecter la liberté du malade tout en l’incitant à se soigner ; d’autre part, la volonté sécuritaire – détestable – de protéger la société contre la maladie mentale. Il faut éviter la stigmatisation des patients, et je ne vois pas à quoi servirait un registre national mentionnant des données si intimes. Qui aurait le droit de le consulter ? Pourrait-il être transmis aux forces de police ?

Par ailleurs, une telle réforme ne pourra être menée à moyens constants. Avec le rapporteur, nous avons calculé le nombre de certificats nécessaires : c’est irréaliste ! L’étude d’impact montre bien que, dans les départements ruraux, les quelques psychiatres publics disponibles seraient astreints à de continuelles allées et venues. Idem pour les juges : nous sommes favorables à ce que le juge des libertés et de la détention intervienne au bout de quinze jours, mais les procédures sont tellement lourdes et les juges si peu nombreux que je vois mal, même en ayant recours aux visioconférences, comment cette mesure pourra être mise en œuvre, sachant qu’elle concernera 50 000 à 80 000 personnes et qu’il faudra de surcroît former les juges. D’ailleurs, monsieur le rapporteur, vous n’avez pas évoqué le problème des transports de personnes en crise : les SDIS n’aiment pas cela, la police estime que ce n’est pas son travail, et les ambulanciers des hôpitaux psychiatriques ne sont pas assez nombreux.

Je souhaite donc qu’à l’occasion de l’examen de ce projet de loi, qui peut être largement amélioré, on ait à l’esprit, premièrement, qu’il s’agit de malades qui posent des problèmes particuliers, deuxièmement, que ce n’est pas à moyens constants que l’on améliorera la politique de la santé mentale, qui, dans tous les pays développés, sera l’un des grands chantiers de demain.

Mme Jacqueline Fraysse. Pour commencer, je veux exprimer ma déception que ce texte soit à ce point centré sur les soins psychiatriques sans consentement. Nous aurions souhaité que l'on prenne en considération la maladie mentale dans toutes ses dimensions, médicale, sociale et thérapeutique, en n'oubliant pas les structures de prise en charge et de réadaptation.

Vous avez affirmé, monsieur le rapporteur, qu'il fallait dépister, traiter et suivre, ce qui suppose la création de structures adaptées, avec des professionnels formés, et la mise en œuvre d'une grande politique en la matière. Pourtant, ce texte ne traite que d'un aspect particulier et relativement modeste, les soins sans consentement représentant moins de 20 % des personnes suivies en psychiatrie. D'où cette impression d'une énième loi d'inspiration sécuritaire, qui découle, rappelons-le, du drame de Grenoble, lequel avait été suivi du discours du Président de la République à Antony et de la circulaire de Mme Bachelot et de M. Hortefeux sur les sorties d'essai. Ce contexte « plombe » un texte qui, pourtant, est utile.

L'équilibre est difficile à trouver, dans la mesure où l'on doit tenir compte à la fois des impératifs de santé – prioritaires –, de sécurité – du patient et de la société – et de liberté. Or ce texte part avec un handicap sérieux, dans la mesure où il ne traite pas de la maladie mentale dans son ensemble.

L'intervention du juge constitue un progrès indiscutable en termes de défense des libertés, mais elle suscite beaucoup d'interrogations. Quand et dans quelles conditions se fera-t-elle ? Par ailleurs, sans moyens supplémentaires pour former des juges et embaucher du personnel, une telle mesure resterait un vœu pieux ou ne ferait qu'aggraver l'encombrement de la justice.

En outre, il faut impérativement éviter la stigmatisation des patients et, comme l'a proposé le rapporteur, accorder un droit à l'oubli. De même, le régime dérogatoire par rapport au droit commun nous paraît excessif par certains aspects et, si le texte simplifie utilement les modalités de soins sans consentement, il rend plus difficile la sortie de ces soins.

S'agissant du trouble à l'ordre public, je sais bien qu'il s'agit d'une notion juridique dont l'acception peut être précisée par la jurisprudence, mais, en tant que médecin, son application à des patients me gêne. Il y a tant de façons de troubler l'ordre public ! Manifester devant un ministère, n'est-ce pas troubler l'ordre public ? Une telle notion ne relève pas de la maladie mentale !

L'ouverture aux soins ambulatoires permettra au patient de ne pas être enfermé en permanence, mais elle soulève des interrogations parmi les familles et les professionnels. Nous pensons que ces soins doivent être donnés par des professionnels dans des lieux dédiés – et, plus précisément, dans les structures de secteur – et non, faute de moyens, dans les familles.

Pour conclure, la maladie mentale relève d'un suivi individualisé – ce qui suppose des moyens – permettant de dépister, de diagnostiquer et de traiter, sous peine de mettre le patient et son entourage en danger. Faute de suivi, beaucoup de

malades mentaux commettent, dans des moments de crise, des actes criminels et se retrouvent en prison, au lieu d'être accueillis dans des structures adaptées. Du coup, on est obligé de prévoir des soins sans consentement. Il convient donc de s'attacher aux moyens matériels qui permettront la mise en œuvre d'une politique assurant la protection des patients et de la société dans le respect des libertés individuelles.

M. Fernand Siré. En ma qualité aussi bien de médecin généraliste – depuis quarante ans – que de maire – depuis vingt ans –, je suis un peu effrayé par le tour que prend cette discussion, car ce que je viens d'entendre prouve que la situation de terrain n'est pas bien connue – les phénomènes de débilité mentale, aggravés par l'hérédité, l'alcool, les drogues. À cet égard, la notion de péril imminent correspondant aux situations auxquelles nous sommes confrontés, où l'urgence est de protéger la personne et son entourage : en l'absence de crise, en effet, la famille est souvent réticente à considérer la personne en question comme malade.

Je m'interroge en tout cas sur l'intérêt de faire intervenir le juge, alors que le système actuel, qui prévoit un certificat médical avant l'hospitalisation, puis une visite médicale, fonctionne à peu près bien. La vérité est que la psychiatrie est une discipline en perdition, qui souffre de la désaffection des étudiants en médecine. Aujourd'hui, la moitié de nos psychiatres sont roumains et incapables de parler français, et la pénurie frappe notamment les experts auprès des tribunaux. Je ne conteste pas la nécessité d'une enquête afin de savoir ce qui a déclenché la situation d'urgence. Il faut cependant prendre garde à ne pas remettre en cause un système qui fonctionne : au juge de juger, au médecin de soigner.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Les familles et les professionnels, confrontés parfois à des drames d'une extrême gravité, attendaient mieux d'un texte ayant trait à un sujet aussi difficile que celui la maladie mentale : il aurait pu au moins traiter vraiment la question de la place du patient dans le dispositif de soins.

Nous pouvons être d'accord avec la notion d'obligation de soins, s'agissant de malades qui n'ont pas toujours conscience de la gravité de leur pathologie et qui doivent pouvoir être accompagnés vers des soins autres que l'hospitalisation. Vous avez raison de dire que cela suppose de conforter la complémentarité des différents secteurs autour du projet de soins. Mais nous ne voyons pas comment ce texte pourrait assurer cette complémentarité et un bon fonctionnement de la chaîne des soins. De quels moyens disposeront des équipes qui ont déjà bien du mal à fonctionner ?

Par ailleurs, la substitution de l'autorité préfectorale à l'expertise médicale nous semble inacceptable car attentatoire aux libertés publiques. Comment le préfet pourrait-il s'opposer à l'avis de la commission départementale des soins psychiatriques ?

M. Michel Issindou. C'est effectivement un sujet d'une grande complexité, notamment du point de vue de l'élus local que je suis : il n'est pas facile de prendre une décision d'internement, même si c'est pour protéger la famille du patient ou la société.

Il est vrai que ce sujet engage les trois piliers que sont la santé, la liberté et la sécurité. Le respect des libertés fondamentales du patient impose l'intervention du juge, notamment pour le protéger des demandes parfois abusives des familles. Quant à la sécurité, on ne peut pas nier la réalité des problèmes, comme nous l'ont rappelé les drames qui ont marqué l'actualité et qui sont à l'origine du projet de loi. Mais la gravité de ces problèmes ne justifie pas un internement permanent, voire la détention. Or, on sait que nombre de détenus relèvent de la psychiatrie, ce qui perturbe le fonctionnement des prisons. La question de la santé, enfin, devrait être prioritaire. De ce point de vue, le suivi de ces malades, qui ne passent que 5 % de leur temps en établissement, est le problème essentiel, et pose la question des moyens et des personnels de la psychiatrie, secteur sinistré. Si vous ne vous donnez pas les moyens de réussir, madame la secrétaire d'État, les plus belles intentions du monde ne vous empêcheront pas d'échouer.

Mme Catherine Lemorton. Ce texte s'inscrit dans un modèle familial, négligeant le fait que de nombreux malades mentaux sont isolés. Il faut poser la question du suivi de ces malades en dehors de l'hôpital – il s'agit notamment de s'assurer qu'ils observent réellement les prescriptions –, en particulier en ce qui concerne la définition des actes dont ils relèvent, et qui font l'objet de lectures différentes selon les caisses primaires d'assurance maladie. Dans la mesure où la solution, préconisée par l'IGAS, de recourir, en l'absence de tiers, à un curateur à la personne, n'a pas été retenue, que fait-on pour ces personnes ?

Je voudrais enfin mettre en garde notre collègue, M. Siré, contre tout amalgame entre toxicomanie et santé mentale et contre tout simplisme.

M. Simon Renucci. C'est un texte courageux bien qu'imparfait, mais cette imperfection tient à la spécificité et à la complexité de la question de la prise en charge des maladies mentales.

La sectorisation constitue une difficulté particulière, cette prise en charge souffrant de la pénurie de psychiatres et d'une organisation insuffisante. À partir du moment où l'hospitalisation d'office peut se faire dans le secteur privé, comment organiser le suivi de ces patients, de façon à éviter le plus possible les ennuis ?

M. Guy Malherbe. Mon expérience de maire m'a appris que l'hospitalisation d'office se heurtait à de nombreux obstacles, du fait notamment des réticences des médecins généralistes, qui se prêtent difficilement à ce genre d'opérations.

Il y a par ailleurs le problème des détenus qui souffrent de pathologies relevant de la psychiatrie : il semble que les passerelles entre la prison et l'hôpital psychiatrique qui existaient autrefois sont aujourd'hui insuffisantes.

Je me demande enfin s'il est pertinent de confier au seul juge des libertés et de la détention le soin de formuler un avis : pourquoi ne pas confier plutôt cette mission au président du tribunal ?

M. le rapporteur. Je tiens d'abord à vous remercier tous pour ce débat serein et constructif.

Vous évoquez, madame Dalloz et monsieur Blisko, le droit à l'oubli des antécédents psychiatriques : la loi n'autorise en rien l'instauration d'un fichier psychiatrique, encore moins d'un « casier psychiatrique » comme j'ai pu l'entendre ici ou là.

Vous avez été très nombreux à soulever la question des moyens – je me félicite à ce propos de la qualité remarquable de l'étude d'impact, qui tient compte de ce problème. Je veux d'abord rappeler que la France est le premier pays d'Europe pour le nombre de psychiatres, et le deuxième au monde si on rapporte ce nombre à celui des habitants. Le vrai problème est celui de leur répartition : il nous manque aujourd'hui un millier de praticiens hospitaliers, beaucoup trop de psychiatres faisant de la psychothérapie. C'est là un problème d'organisation qui dépasse le cadre du projet de loi.

Je ne nie pas que le problème de la maladie mentale se pose aussi en prison : selon les chiffres dont nous disposons, entre 8 000 et 9 000 détenus souffrent de troubles mentaux nécessitant une prise en charge psychiatrique. Mais cette réalité rend d'autant plus sensible la question de la dangerosité.

Vous avez soulevé, monsieur Blisko, la question du grand nombre de certificats médicaux que comporte la procédure d'hospitalisation sous contrainte. Je vous rappelle que le texte originel tendait à en limiter le nombre, mais que la réponse du Conseil constitutionnel a contraint le Gouvernement à faire machine arrière. Comment déterminer par ailleurs quel certificat il conviendrait de supprimer ? Celui qui doit être délivré vingt-quatre heures après l'admission ? Mais peut-on interner quelqu'un pendant trois jours sans qu'il soit vu par un psychiatre ? Quant à celui prévu soixante-douze heures après l'admission, il est un élément essentiel de l'architecture du texte, de même que celui qui doit être délivré au huitième jour à compter de l'admission. Je suis ouvert à toute proposition dans ce domaine, mais cette abondance de certificats est peut-être le prix à payer pour garantir le respect des droits fondamentaux du patient.

En ce qui concerne les transports et l'organisation des soins, je vous proposerai des amendements permettant d'organiser la prise en charge en amont, afin que les alertes soient suffisamment prises en compte. Je présenterai également des amendements relatifs au suivi des patients, notamment ceux qui ne respecteraient pas le protocole de soins. Je vous demande, à ce propos, d'éviter la

paranoïa : les soins ambulatoires sous contrainte ne consistent pas à enfoncer des pilules dans la gorge du patient ! Il s'agit de passer un contrat avec lui : soit il suit son traitement, soit il est à nouveau hospitalisé.

Quant à l'intervention du juge, monsieur Siré, elle ne fait plus débat puisque la réponse du Conseil constitutionnel l'impose.

En ce qui concerne le rôle du préfet, madame Carrillon-Couvreur, j'ai déposé plusieurs amendements afin d'envisager la possibilité de redéfinir les conditions du recours. S'agissant de l'intervention du juge dans la procédure de soins ambulatoires sous contrainte, le débat sur les amendements devrait nous permettre également de déterminer si une obligation de soins est une privation de liberté justifiant l'intervention du juge.

Vous avez évoqué, madame Lemorton, la situation des patients isolés. L'absence de tiers pose effectivement problème, le patient se trouvant, soit laissé sans soins, soit hospitalisé d'office. Le projet de loi répond en partie à ce problème en introduisant la notion de péril imminent, qui permet la mise en œuvre d'une procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers allégée. En ce qui concerne les curateurs et les tuteurs, il est vrai qu'ils se refusent à intervenir, arguant du fait qu'ils représentent le patient et qu'ils ne sauraient être juge et partie. C'est pourquoi je vous proposerai un amendement les autorisant à intervenir comme tiers à titre personnel.

Mme la secrétaire d'État. Par rapport à la loi de 1990, ce projet de loi représente une avancée très attendue par les professionnels et les usagers, indépendamment des faits divers qui ont marqué l'actualité, en ce qu'il optimise la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques.

Les décrets fixant les modalités pratiques font déjà l'objet d'un début de concertation. Les psychiatres et autres professionnels concernés ont déjà commencé à organiser les transports dans le cadre des sorties d'essai : il s'agit désormais de valoriser ces bonnes pratiques.

La question de l'organisation globale des soins sur l'ensemble du territoire national, madame Fraysse, sera abordée dans le cadre du plan Psychiatrie et santé mentale en cours d'élaboration, qui sera l'occasion de revenir sur des enjeux de santé publique tels que le dépistage des troubles mentaux, le suivi des patients ou les modalités de prise en charge.

S'il est vrai que les structures hospitalières souffrent d'une pénurie de professionnels, cela ne signifie pas que nous manquons globalement de personnel. Il faut trouver les moyens d'intégrer les psychiatres de ville au parcours de soins. Il faut également organiser la reconnaissance des compétences des personnels paramédicaux, au moyen notamment d'une mastérisation de la formation de ces professionnels intégrant une dimension psychiatrique.

La Commission en vient à l'examen des articles.

II.- EXAMEN DES ARTICLES

TITRE I^{ER}

DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Le présent titre est constitué d'un article unique, qui a pour double objet de permettre la prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins psychiatriques sans leur consentement sous une forme alternative à l'hospitalisation à temps plein, et d'organiser le contrôle du juge des libertés et de la détention sur ces mesures.

Article 1^{er}

(articles L. 3211-1 à L. 3211-12-5 du code de la santé publique, et article L 111-12 du code de l'organisation judiciaire)

Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement et contrôle de ces mesures par le juge des libertés et de la détention

Dans sa rédaction antérieure à la lettre rectificative du 26 janvier 2011, le présent article visait principalement à diversifier les formes que peut prendre la prise en charge d'un malade faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement.

La lettre rectificative précitée a complété cet article par des dispositions tendant à soumettre les mesures d'hospitalisation sans consentement au contrôle du juge des libertés et de la détention, afin de mettre la législation en conformité avec les exigences constitutionnelles applicables en la matière, que le Conseil constitutionnel a précisées dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Mlle Danielle S.*

A. Éléments de contexte

1. La nécessaire diversification des modes de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement

Les structures hospitalières de psychiatrie offrent aujourd'hui une grande diversité de modes de prise en charge, comprenant :

– des structures de prise en charge ambulatoire : les « centres médico-psychologiques » (CMP) rattachés aux hôpitaux psychiatriques ;

– des modes de prise en charge à temps partiel, en hôpital de jour ou de nuit, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (pour des actions de soutien

et de thérapie de groupe), ou en atelier thérapeutique (pour des actions visant à la réinsertion professionnelle des malades) ;

– l’hospitalisation complète, dont l’étude d’impact jointe au présent projet de loi souligne qu’elle a vocation à « *dispenser des soins intensifs adaptés aux situations aiguës nécessitant une prise en charge continue* » ;

– d’autres structures de prise en charge à temps complet, comme les centres de postcure qui prennent en charge les malades ne relevant plus de soins aigus, les appartements thérapeutiques mis à la disposition des patients qui ont besoin de personnels soignants pour aider à leur réinsertion sociale, les structures d’hospitalisation à domicile ou les structures d’accueil familial thérapeutique.

Comme plusieurs personnes l’ont rappelé devant votre rapporteur, la politique d’organisation territoriale de l’offre de soins psychiatriques mise en œuvre depuis les années 1960 ont visé à constituer une filière psychiatrique complète, assurant non seulement le soin mais aussi la prévention des troubles et la réinsertion des malades. Cette filière est aujourd’hui organisée à l’échelle de territoires de santé spécifiques, appelés « secteurs », et dotés d’équipes pluri-professionnelles. Cette diversification de l’offre de soins psychiatriques a permis de rompre avec ce que certains interlocuteurs de votre rapporteur ont appelé la « *logique asilaire* » qui prévalait auparavant.

Toutefois, la législation en vigueur, issue de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d’hospitalisation, ne permet de prendre en charge une personne sans son consentement – ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal – que sous la forme d’une hospitalisation complète.

Or, comme l’ont souligné l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l’Inspection générale des services judiciaires (IGSJ) dans leur rapport de 2005⁽¹⁾, même si aucune des modalités de prise en charge alternatives à l’hospitalisation complète n’offre des possibilités de contention comparables à celles que permet cette dernière, « *un accompagnement très intensif* » selon une ou plusieurs de ces modalités peut « *représenter une forme de contrainte adaptée à la situation particulière d’un malade* » atteint de troubles mentaux.

Ces inspections considèrent ainsi que « *l’hospitalisation dans un service de psychiatrie ne doit pas être la seule façon de contenir un malade pour l’obliger à des soins* » : même lorsque la contrainte est nécessaire pour assurer la poursuite du traitement, elle « *peut n’être qu’un cadre symbolique* » dont le ressort principal peut efficacement résider dans « *le simple fait de situer, de façon formalisée, la relation établie entre le malade et son médecin en référence à la loi* ».

(1) « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d’hospitalisation ».

Les inspecteurs ont ainsi recommandé que la contrainte puisse s'établir dans différents lieux du secteur psychiatrique, voire hors des établissements relevant d'un tel secteur : l'équipe pluri-professionnelle du secteur psychiatrique pourrait prendre en charge un malade sans son consentement « *dans l'unité porte d'un service d'urgence, dans une maison de retraite, au domicile du patient* ». Leur rapport cite en exemple le cas d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer hébergé dans un établissement pour personnes âgées qui refuserait d'être traité : l'équipe pluri-professionnelle pourrait le prendre en charge sous un régime de contrainte au sein de son établissement, plutôt qu'à l'hôpital psychiatrique.

Certes, dans sa rédaction en vigueur, l'article L. 322-11-11 du code de la santé publique permet aux personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sans leur consentement de « *bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement* » prenant la forme de « *sorties d'essai* ».

Il ressort des travaux de votre rapporteur que cette possibilité est largement utilisée, mais à des fins différentes de celles que lui assigne la législation actuelle. En effet, selon la lettre de l'article L. 322-11-11 précité, ces sorties sont censées être accordées aux patients « *afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale* », pour une durée maximale de trois mois, renouvelable. Or l'ensemble des acteurs rencontrés par votre rapporteur s'accorde à constater que les sorties d'essai sont fréquemment renouvelées, au point de durer plusieurs années.

Le présent article tend à doter ces pratiques d'un cadre légal plus clair, en prévoyant la possibilité que les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement puissent être prises en charge non seulement en hospitalisation complète – comme le prévoit la législation actuelle –, mais aussi sous d'autres formes de prise en charge, en ambulatoire ou en établissement, à temps plein ou à temps partiel.

2. Les exigences constitutionnelles relatives au contrôle par l'autorité judiciaire des mesures de maintien en hospitalisation sans consentement

Dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Mlle Danielle S.*, le Conseil constitutionnel a précisé les normes constitutionnelles applicables en matière d'hospitalisation sans consentement :

– d'une part, il a mentionné à ce titre les dispositions du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 prévoyant que la Nation garantit à tous « *le droit à la protection de la santé* », qui constitue l'une des « *exigences constitutionnelles* » que le législateur ne doit pas priver de garanties légales ;

– d'autre part, il a cité l'article 66 de la Constitution, qui dispose que « *nul ne peut être arbitrairement détenu* » et que « *l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi* ». Il résulte de ces dispositions que « *la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire* ».

Ainsi, le Conseil constitutionnel a considéré qu'il incombe au législateur « *d'assurer la conciliation* » entre :

– d'une part, « *la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux* » et « *la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle* »

– d'autre part, « *l'exercice des libertés constitutionnellement garanties* », au nombre desquelles figurent « *la liberté d'aller et venir* » et « *le respect de la vie privée* » (protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789), ainsi que la liberté individuelle dont l'article 66 de la Constitution confie la protection à l'autorité judiciaire.

Le Conseil constitutionnel a précisé que les atteintes portées à l'exercice des libertés constitutionnellement garanties « *doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis* ».

S'agissant des conditions d'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers, le Conseil constitutionnel a considéré, au vu des garanties offertes par la procédure établie par la loi du 27 juin 1990 précitée, que « *le législateur a fixé des conditions de fond et des garanties de procédure propres à assurer que l'hospitalisation sans consentement, à la demande d'un tiers, ne soit mise en œuvre que dans les cas où elle est adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade* ». Ainsi, il a admis que les décisions d'admission en hospitalisation à la demande de tiers puissent, sans méconnaître la Constitution, ne pas être prononcées par l'autorité judiciaire.

S'agissant en revanche des conditions de maintien de ces mesures d'hospitalisation, il a reconnu le principe suivant lequel « *la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible* », compte tenu des motifs médicaux et des finalités thérapeutiques qui justifient la privation de liberté des personnes hospitalisées. Au regard de ce principe, il a considéré que les dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique qui permettent que l'hospitalisation sans consentement soit maintenue au delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire « *méconnaissent les exigences de la Constitution* ». Ni l'obligation faite à certains magistrats de cet ordre de visiter les hôpitaux psychiatriques, ni les recours juridictionnels dont disposent les personnes hospitalisées pour faire annuler la mesure d'hospitalisation ou y mettre fin ne suffisent à satisfaire ces exigences.

Compte tenu des « *exigences de la protection de la santé* » et de « *la prévention des atteintes à l'ordre public* », et considérant qu'une abrogation immédiate des dispositions inconstitutionnelles précitées « *entraînerait des conséquences manifestement excessives* », le Conseil constitutionnel a reporté au 1^{er} août 2011 la date de cette abrogation.

B. Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** du présent article tend à modifier le livre II de la troisième partie du code de la santé publique, consacré à la « *lutte contre les maladies mentales* ». Les modifications proposées portent principalement sur le chapitre I^{er} du titre I^{er} de ce livre, actuellement intitulé « *Droit des personnes hospitalisées* », qui comprend des dispositions communes aux deux procédures d'hospitalisation sans consentement aujourd'hui applicables :

– la procédure d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), à laquelle l'article 2 tend à substituer une procédure d'« *admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* » ;

– la procédure d'hospitalisation d'office (HO), que l'article 3 vise à remplacer par une procédure d'« *admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État* ».

1. Dissociation de l'obligation de soins et de la modalité du soin

Alors qu'en application du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur, une personne ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement que sous la forme d'une hospitalisation complète – c'est-à-dire à temps plein –, le présent article tend à réformer le régime de l'hospitalisation sans consentement en dissociant, d'une part, le principe de l'obligation de soins et, d'autre part, les modalités de dispensation de ces soins. Il vise ainsi à permettre le recours à des formes de prise en charge alternatives à l'hospitalisation psychiatrique à temps complet.

a) Substitution d'un régime de soins sans consentement, quelles qu'en soient les modalités, au régime actuel d'hospitalisation sans consentement

Les 1^o à 4^o du paragraphe I du présent article tendent à élargir à l'ensemble des « soins psychiatriques » sous contrainte, sans distinction de modalité de soin, certaines dispositions du code de la santé publique actuellement consacrées aux seules « hospitalisations » sans consentement.

Ainsi, le **1^o du paragraphe I** tend à modifier en ce sens l'intitulé du titre I^{er} du livre II consacré à la lutte contre les maladies mentales : alors que cet intitulé ne cite aujourd'hui que les « *modalités d'hospitalisation* », il sera désormais consacré aux « *modalités de soins psychiatriques* » quelle qu'en soit la forme.

De même, le **2^o du paragraphe I** vise à remplacer l'intitulé actuel du chapitre I^{er} de ce titre (« *Droits des personnes hospitalisées* ») par la formulation suivante : « *Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* ».

Dans le même sens, le **3^o du paragraphe I** propose d'opérer deux modifications dans l'article L. 3211-1 du code de la santé publique :

– son **a)** tend à étendre à l'ensemble des « *soins psychiatriques* » le principe établi pour les seuls cas d'hospitalisation par le premier aliéna de cet article L. 3211-1, selon lequel un patient ne peut être pris en charge en psychiatrie sans son consentement, à la double exception des mesures d'hospitalisation prises à la demande de tiers et d'hospitalisation d'office ;

– son **b)** vise à étendre à toute personne « *faisant l'objet de soins psychiatriques* » le droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix, que le second alinéa de l'article L. 3211-1 reconnaît dans sa rédaction en vigueur à toute personne « *hospitalisée* ».

Suivant la même logique, le **4° du paragraphe I** tend à opérer deux substitutions à l'article L. 3211-2 du code de la santé publique, dont la rédaction en vigueur définit le régime de l'« *hospitalisation libre* » comme étant celui des personnes hospitalisées en psychiatrie avec leur consentement. De façon cohérente avec la mesure consistant à dissocier le principe d'une obligation de soins et la modalité de soin que constitue l'hospitalisation complète, il est proposé de modifier le régime de l'« *hospitalisation libre* » pour l'étendre, sous l'appellation de « *soins libres* », à tout patient qui fait l'objet de soins psychiatriques avec son consentement, en hospitalisation complète ou non.

Comme le montre l'étude d'impact jointe au projet de loi, l'hospitalisation libre constitue aujourd'hui le régime le plus fréquent d'admission en psychiatrie générale : elle représente entre 87 % et 89 % des admissions en hospitalisation complète dans les services compétents depuis 1998, et 77 % de l'ensemble des personnes prises en charge par ces services.

b) Diversification des formes possibles de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement

Le **5° du paragraphe I** tend à insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-2-1 définissant les différentes modalités envisageables pour la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins sans leur consentement.

• *Les différentes formes de prise en charge possibles*

La rédaction proposée pour l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique énumère ces modalités sous la forme d'une alternative :

– son 1° prévoit que la personne pourra être prise en charge « *sous la forme d'une hospitalisation complète* », qui est actuellement la seule modalité de soins psychiatrique sans consentement prévue par la loi ;

– son 2° ouvre la possibilité pour les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement d'être prises en charge « *sous une autre forme* », alternative à l'hospitalisation complète.

Le texte prévu pour le 1° de l'article L. 3211-2-1 précise dans quel type d'établissement de santé a lieu l'hospitalisation complète de ces personnes : il s'agit d'établissements de santé publics ou privés, dont la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a modifié les conditions de désignation. Alors qu'ils faisaient l'objet d'un agrément du préfet, ils sont désormais désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du représentant de l'État dans le département, pour assurer la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, qui constitue une des quatorze « *missions de service public* » hospitalier énumérées par l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

- *Les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète*

Le texte proposé pour le 2° de l'article L. 3211-2-1 du même code apporte certaines précisions sur les conditions dans lesquelles seront prises en charge les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement sans pour autant faire l'objet d'une hospitalisation complète :

- les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète incluront obligatoirement des « *soins ambulatoires* », c'est-à-dire dispensés hors du cadre d'une hospitalisation en service de psychiatrie ; cette mesure permet d'assurer la continuité des soins hors des périodes d'hospitalisation du patient ;

- ils pourront inclure, de façon facultative, des « *soins à domicile* ». ;

- elles pourront inclure également des « *séjours* » effectués dans un établissement psychiatrique, c'est-à-dire des périodes d'hospitalisation complète programmée ou de prise en charge en hôpital de jour, en hôpital de nuit ou dans d'autres structures du secteur psychiatrique ;

En tout état de cause, le texte proposé pour le 2° de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique précise que les soins psychiatriques seront dispensés par un établissement de santé chargé de la mission de service public consistant à assurer la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement. Selon les informations fournies à votre rapporteur par le cabinet du ministre, cette précision a pour conséquence que ces établissements resteront responsables de la dispensation de ces soins.

En effet, les soins pourront être dispensés par d'autres intervenants que l'hôpital psychiatrique. Pour ce qui concerne les soins ambulatoires, il s'agira notamment des centres médico-psychologiques (CMP) implantés en ville, ainsi que d'autres structures rattachées au secteur psychiatrique – comme les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les ateliers thérapeutiques et les appartements thérapeutiques –, ou de praticiens libéraux et des services de soins infirmiers à domicile, dans des conditions fixées par une convention passée avec l'hôpital ou dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire.

S'agissant des soins à domicile, selon les précisions fournies à votre rapporteur par le cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, ils pourront être dispensés notamment par les équipes mobiles de psychiatrie organisées au sein des secteurs psychiatriques depuis 1986, par des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que par des praticiens libéraux ou des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ayant conclu à cet effet une convention avec l'hôpital concerné.

Si la plupart des intervenants rencontrés par le rapporteur considèrent que la possibilité de dispenser des soins psychiatriques sans consentement au domicile du patient peut faciliter l'adhésion d'un certain nombre de malades aux soins dont ils font l'objet, certains représentants des psychiatres et des patients soulignent que l'opportunité de tels soins doit faire l'objet d'une appréciation au cas par cas, certains patients étant susceptibles de ressentir l'intervention de soignants dans leur foyer comme présentant un caractère invasif.

c) Le protocole de soins établi pour les malades pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète

Le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique prévoit que lorsqu'une personne fera l'objet de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète, un « *protocole de soins* » sera établi, pour définir les soins que le patient est contraint de se voir dispenser.

La rédaction proposée pour cet article précise que ce protocole sera établi dans les soixante-douze heures de l'admission du malade par « *un psychiatre de l'établissement* » d'accueil de cette personne, dans le cas où ce psychiatre proposera au directeur de l'établissement ou au préfet une prise en charge sous une forme alternative à l'hospitalisation complète.

Il est précisé que ce protocole de soins définira :

– « *le ou les types de soins* » imposés au malade, qu'il s'agisse de soins ambulatoires, à domicile, en hôpital de jour, en hôpital de nuit, *etc.*

– les « *lieux de leur réalisation* » : il pourra s'agir par exemple du service de consultations externe d'un hôpital, d'un CMP, du domicile du patient, d'une autre structure relevant du secteur psychiatrique, d'une structure médico-sociale, ou d'un autre service hospitalier ;

– leur « *périodicité* ».

Il ressort des auditions auxquelles votre rapporteur a procédé qu'un nombre croissant de spécialités pharmaceutiques destinées aux traitements des troubles mentaux sont disponibles sous des formes injectables à libération prolongée, qui permettent de limiter le nombre de prises à une par mois, voire par trimestre ou par semestre. Cette évolution est particulièrement favorable au

développement de soins psychiatriques obligatoires hors du cadre hospitalier, car elle permet de s'assurer qu'un patient reçoit effectivement son traitement, sans pour autant lui imposer des consultations trop fréquentes.

Ainsi, de l'avis général des acteurs rencontrés par votre rapporteur, la possibilité ouverte par le présent article de mettre en œuvre une obligation de soins psychiatriques suivant d'autres modalités que l'hospitalisation complète tend à donner un cadre légal à des pratiques thérapeutiques qui reposent aujourd'hui sur le statut des sorties d'essai, dont telle n'était pas la finalité. Ces pratiques sont d'ailleurs très répandues : ainsi, selon l'étude d'impact jointe au présent projet de loi, on recense pour 2008, 52 400 sorties d'essai.

Le texte proposé pour l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir le contenu des protocoles de soins. Il importe que les dispositions réglementaires prises sur ce fondement n'encadrent pas excessivement ce contenu, afin de laisser aux psychiatres une marge de manœuvre suffisante pour adapter les prescriptions du protocole de soins à la situation médicale de leur patient.

D'après les précisions fournies au rapporteur par le cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, l'élaboration de ces protocoles constituera également une occasion de mettre le patient en position de responsabilité, dans la mesure où ce protocole planifiera des soins pour lesquels il devra accomplir des démarches actives – par exemple en se rendant aux consultations programmées –, tout en matérialisant la contrainte nécessaire à la continuité de ses soins. En effet, le patient doit respecter le protocole sous peine de voir sa prise en charge transformée en hospitalisation complète, sur avis médical, par le directeur de l'établissement ou le préfet qui a prononcé son admission, comme le prévoit le 14° du présent paragraphe I (*cf. infra*).

Plusieurs personnes entendues par votre rapporteur ont d'ailleurs souhaité que le patient soit conduit à apposer sa signature à ce protocole. En tout état de cause, selon les services compétents du ministère de la santé, le décret en Conseil d'État auquel est renvoyé le soin de fixer le contenu du protocole devra en définir la maquette de façon à ce qu'il ne s'apparente pas à une simple ordonnance de sortie d'hospitalisation, mais place le patient dans une position que l'on pourrait qualifier de « pseudo-contractuelle », dans laquelle il devrait être invité à prendre des engagements.

Selon les précisions fournies à votre rapporteur par les services compétents du ministère de la santé, dans l'hypothèse où l'intéressé manquerait aux obligations que lui fixe son protocole de soins, les équipes hospitalières privilégieraient systématiquement la recherche d'un dialogue avec lui, et ne solliciteraient le concours des forces de police ou de gendarmerie qu'en dernier recours. D'ores et déjà, lorsqu'un patient ne respecte pas les obligations de soins qui lui sont faites dans le cadre des sorties d'essai, les services hospitaliers notifient à la préfecture et à la police la sortie non autorisée ou la non présentation

du patient à un rendez-vous médical. Au plan local, certains hôpitaux ont passé avec les forces de l'ordre des conventions définissant les missions respectives des équipes soignantes et de la police ou de la gendarmerie pour la recherche de ces patients, dits « fugueurs ».

En outre, un groupe de travail interministériel aurait été constitué en vue de recenser les pratiques locales établies dans le cadre des sorties d'essai et d'établir, le cas échéant, un cadre national de référence en la matière, tout en veillant à ne pas empêcher les responsables locaux de tenir compte des spécificités de chaque patient par des règles trop complexes ou trop rigides. Ce travail doit permettre ainsi de clarifier les compétences respectives et les liens entre les différents acteurs impliqués, comme les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), les services d'aide médicale urgente (SAMU), les ambulanciers privés, les travailleurs sociaux des hôpitaux psychiatriques, les services territoriaux d'assistance sociale et les forces de l'ordre.

2. Institution d'une « période d'observation et de soins » de 72 heures après toute admission en soins psychiatriques sans consentement.

Le 6^o du **paragraphe I** propose d'insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-2-2 instituant une « *période d'observation et de soins initiale* » de 72 heures au commencement de la prise en charge d'un malade sans son consentement.

- *L'objet de la période d'observation et de soins*

Cette mesure reprend une recommandation formulée dans leur rapport précité par l'IGAS et l'IGSJ. Constatant que la situation d'urgence conduisant à une hospitalisation sans consentement « *rend souvent difficile l'appréciation exacte des troubles mentaux de l'intéressé, et complique la recherche d'une alliance thérapeutique entre le médecin et son malade* », les inspecteurs ont estimé que « *quelques jours de recul par rapport aux circonstances ayant conduit la personne à l'hôpital, peuvent en effet se révéler utiles pour étayer un diagnostic, engager une démarche thérapeutique, évaluer les réactions du patient après le début d'un traitement ou une mesure de contention* ».

Le premier alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 3211-2-2 du code de la santé publique tend ainsi à instaurer une période consacrée non seulement à l'« *observation* » du patient, mais aussi à des « *soins* ».

Une telle mesure n'est pas accueillie favorablement par tous les représentants des malades, certains estimant que les trois premiers jours de la prise en charge d'un patient ne doivent être consacrés qu'à son observation afin de favoriser la recherche de son consentement. Toutefois, comme le note le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ, « *une prise en charge hospitalière de 72 heures ne saurait être limitée à simplement une observation du patient* » dès lors que les médicaments disponibles aujourd'hui permettent d'agir rapidement et efficacement sur les symptômes d'un malade en crise, ce qui, « *en corrigeant*

notamment les troubles du comportement les plus importants, permettra d'instaurer avec le malade une relation plus favorable à la recherche d'un consentement aux soins ».

Le texte proposé pour le premier alinéa de l'article L. 3211-2-2 du code de la santé publique prévoit que la période d'observation et de soins initiale de soixante-douze heures court à compter de la décision d'admission du patient en soins psychiatriques sans son consentement, prise par le directeur d'établissement ou le représentant de l'État.

● *Le lieu où se déroule la période d'observation et de soins*

Il est prévu que la période d'observation et de soins de 72 heures soit organisée systématiquement « *sous la forme d'une hospitalisation complète* ». Cette mesure se justifie par le fait que cette modalité de soins est la seule qui permette à la fois les soins intensifs et la surveillance médicale continue qui constituent l'intérêt d'une telle période.

Le texte prévu pour l'article L. 3211-2-2 ne précise toutefois pas dans quel type de service hospitalier est prise en charge la personne pendant la période d'observation de 72 heures. Il permet ainsi que tout ou partie de cette période d'observation et de soins soit effectuée dans d'autres services que les services de psychiatrie, notamment les services d'accueil des urgences. Le rapport précité de l'IGAS et de l'IGSJ recommande d'ailleurs de laisser aux autorités chargées de la planification hospitalière une large autonomie dans l'organisation de cette période, estimant que ses formes d'organisation « *peuvent être différentes, de l'unité spécialisée au sein d'un hôpital psychiatrique aux « lits porte » réservés aux malades mentaux près d'un service d'urgence* », pourvu que chaque forme d'organisation soit « *adaptée au contexte local* ».

Toutefois, les représentants des services d'aide médicale urgente (SAMU) entendus par votre rapporteur ont estimé que ces services n'étaient pas les mieux placés pour prendre en charge des malades pour une durée nettement plus longue que la durée moyenne d'un passage aux urgences.

Les inspections estiment qu'en tout état de cause, « *quelle que soit l'organisation retenue, il paraît indispensable de respecter trois principes* :

– *une association forte entre l'équipe psychiatrique responsable de ces prises en charge de 72 heures et le service des urgences ;*

– *une approche intersectorielle de la gestion de ces situations par la psychiatrie ;*

– *une articulation avec les secteurs de façon à gérer, sans rupture du projet de soins, le parcours du patient ».*

Il ressort d'ailleurs des travaux de votre rapporteur que l'intégration d'infirmiers spécialisés en psychiatrie au sein des services d'urgence a considérablement amélioré la prise en charge et l'orientation des patients atteints de troubles mentaux. On soulignera d'ailleurs qu'en application de l'article D. 6124-26-6 du code de la santé publique, lorsque l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques, la structure doit comprendre en permanence un psychiatre et qu'en tout état de cause, un psychiatre doit pouvoir être joint et intervenir, en tant que de besoin, aux urgences.

- *Le suivi du patient pendant la période d'observation et de soins*

La rédaction proposée pour l'article L. 3211-2-2 du code de la santé publique précise le déroulement de la période d'observation et de soins de soixante-douze heures, qui est ponctuée par deux examens médicaux visant à évaluer la nécessité de la mesure de soins sans consentement :

- le premier est établi « *dans les vingt-quatre heures suivant l'admission* » du malade à l'hôpital ;

- le second l'est « *dans les soixante-douze heures* » suivant l'admission.

Le deuxième aliéna du texte proposé pour l'article L. 3211-2-2 du code de la santé publique précise que le premier de ces certificats a pour objet de constater « *l'état mental de la personne* » afin de confirmer ou non « *la nécessité de maintenir les soins* », c'est-à-dire d'apprécier si sont toujours remplies les conditions d'admission en soins psychiatriques sans consentement fixées par l'article L. 3212-1 ou l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, selon que le patient a été admis à la demande d'un tiers (ou en cas de péril imminent), ou sur décision du représentant de l'État.

Pour l'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'article 2 tend à fixer à l'article L. 3212-1 du code de la santé publique les conditions cumulatives suivantes :

- les troubles de la personne doivent rendre impossible son consentement ;

- son état doit imposer des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante (*cf. infra*).

Pour l'admission en soins sans consentement sur décision du préfet, l'article 3 propose de fixer à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique les critères cumulatifs suivants :

- les troubles mentaux du malade doivent nécessiter des soins ;

- ces troubles doivent également compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

La rédaction prévue pour le deuxième aliéna de l'article L. 3211-2-2 précise que le certificat susmentionné doit être établi par « *un psychiatre de l'établissement d'accueil* » du patient, à l'exclusion du psychiatre qui a établi le certificat requis en application de l'article L. 3212-3 du code de la santé publique pour l'admission en soins sans consentement d'un patient à la demande d'un tiers « *à titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade* ».

Le texte proposé pour le troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2 prévoit que le certificat médical établi dans les soixante-douze premières heures de l'admission est élaboré dans les mêmes conditions que le certificat établi dans les vingt-quatre heures suivant l'admission.

Il est à noter que le dernier alinéa de la rédaction prévue par l'article 2 du présent projet de loi pour l'article L. 3212-1 du code de la santé tend à interdire que ces deux certificats soient établis par le même médecin lorsque la personne a été admise en soins sans consentement par le directeur de l'hôpital au vu d'un seul certificat médical et sans demande d'un tiers, suivant la procédure applicable lorsqu'il existe un péril imminent pour la santé de cette personne.

La portée de ces certificats varie selon la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement qui aura été employée :

– dans le cas d'une mesure de soins prononcée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, le 5° de l'article 2 prévoit que le directeur de l'établissement « *prononce immédiatement la levée de la mesure* » dès que l'un des deux certificats conclut qu'elle n'est plus justifiée par l'état mental de la personne (*cf. infra*) ;

– dans le cas d'une admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, seul le préfet aura compétence pour lever ou non la mesure de soins sans consentement.

• *L'orientation du patient à l'issue de la période d'observation et de soins*

Le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3211-2-2 du code de la santé publique tend à organiser la prise en charge des personnes en aval de la période d'observation et de soins.

Pour le cas où les certificats établis dans les vingt-quatre heures et dans les soixante-douze heures suivant l'admission du patient concluent à la nécessité de prolonger les soins, cet alinéa charge « *un psychiatre de l'établissement* » de proposer « *dans un avis motivé* » la forme de prise en charge du malade ainsi que, s'il propose une forme de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète, le protocole de soins applicable. Il est précisé que cet avis motivé doit être rendu avant l'échéance d'un délai de soixante-douze heures suivant l'admission de la personne en soins sans consentement.

Cette mesure est conforme à une recommandation du rapport précité de l'IGAS et de l'IGSJ, qui indiquait qu'une période initiale d'observation et de soins de soixante-douze heures pourrait viser notamment à « *orienter le patient vers la forme de prise en charge la plus pertinente* ».

On notera que le texte ne précise pas si le médecin chargé d'émettre cet avis motivé doit être l'un de ceux qui ont précédemment examiné le malade et établi l'un des deux certificats médicaux prévus dans les vingt-quatre et soixante-douze heures suivant son admission. Selon les explications fournies à votre rapporteur par les services compétents du ministère de la santé, une telle précision n'a pas été jugée opportune car elle ne permettrait pas assez de souplesse dans l'application de la procédure.

La portée de la proposition établie par le psychiatre varie selon la procédure d'admission en soins sans consentement appliquée à la personne :

– s'agissant d'une admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, il ressort du 5° de l'article 2 que le directeur de l'établissement d'accueil aura compétence liée pour prononcer le maintien des soins lorsque les certificats établis dans les vingt-quatre et les soixante-douze heures suivant l'admission auront conclu à la nécessité d'une telle prolongation, et pour retenir la forme de prise en charge proposée par le psychiatre ainsi que le protocole de soins établi par lui (*cf. infra*) ;

– s'agissant d'une procédure d'admission sur décision du représentant de l'État, il ressort de l'article 3 que le préfet aura compétence pour décider la forme de prise en charge de la personne « *en tenant compte* » non seulement de la proposition établie par le psychiatre, mais aussi « *des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public* ».

3. Droits des personnes faisant ou ayant fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement

Le 7° du paragraphe I tend à modifier l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, dans le double but de compléter la liste des droits reconnus par cet article aux personnes hospitalisées sans leur consentement, et d'élargir ces droits à l'ensemble des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement, de façon cohérente avec la diversification des formes de prise en charge de ces personnes opérée par le présent article.

● *Exercice de leurs libertés individuelles par les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte*

Le a) du 7° propose quatre changements dans le premier aliéna de l'article L. 3211-3. Les deux premières modifications, ainsi que la quatrième, consistent en des mesures de coordination avec les autres dispositions de l'article 1^{er}.

La troisième de ces modifications tend à reformuler la disposition de cet article qui limite les restrictions apportées à l'exercice de ses libertés individuelles par le malade. Alors que dans sa rédaction en vigueur, cet article dispose que de telles restrictions doivent être « *limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement* », il est proposé de prévoir que ces restrictions doivent être « *adaptées, nécessaires et proportionnées à la mise en œuvre du traitement requis par son état de santé* ». Cette modification vise à retenir les termes utilisés par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Mlle Danielle S.* pour formuler le principe dit « de rigueur nécessaire », suivant lequel les règles relatives à l'hospitalisation sans consentement ne peuvent apporter aux droits et libertés constitutionnellement garantis que des restrictions « *adaptées, nécessaires et proportionnées à l'objectif poursuivi* ».

● *Information et prise en compte de l'avis des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte*

Le **b) du 7°** tend à réécrire le deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, dont la rédaction actuelle reconnaît à la personne prise en charge sans son consentement le droit d'être informée « *dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits* », afin d'étendre les droits reconnus à la personne.

Ainsi, le deuxième alinéa du *b)* du 7° reconnaît le droit à toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement :

– d'être informée de tout projet de décision prononçant le maintien de la mesure de soins sans consentement dont elle fait l'objet ou définissant la forme de sa prise en charge ;

– d'être « *mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen* ».

Il est précisé que dans la mise en œuvre de ces droits, il est tenu compte de l'état mental de la personne : elle sera informée des projets de décision susmentionnés « *dans la mesure où son état le permet* », et mise en mesure de faire valoir ses observations « *de manière appropriée à son état* ».

Le texte énumère les décisions concernées. Il s'agit, d'une part, des décisions de maintien des mesures de soins prises par les directeurs d'établissements et les préfets :

– dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, dans les soixante-douze heures suivant l'admission, ainsi que dans les huit jours, dans le mois et dans l'année suivant l'admission, en application respectivement des articles L. 3212-4 et L. 3212-7 du code de la santé publique dans leur rédaction proposée par l'article 2 ;

– dans le cadre d’une mesure en soins sans consentement sur décision du représentant de l’État comme le prévoit l’article L. 3213-1 du code de la santé publique dans sa rédaction proposée par l’article 3, et dans le mois puis les quatre mois suivant l’admission (et ensuite tous les six mois), en application de l’article L. 3212-7 du même code dans sa rédaction proposée par l’article 3.

Il s’agit, d’autre part, des décisions des mêmes autorités définissant la forme de la prise en charge de la personne :

– en prononçant une obligation de soins sous une autre forme que l’hospitalisation complète après la mainlevée d’une mesure d’hospitalisation par le juge des libertés et de la détention, comme le prévoit la rédaction proposée par le présent article pour l’article L. 3211-12-5 du code de la santé publique (*cf. infra*) ;

– dans les soixante-douze heures suivant une admission en soins sans consentement à la demande d’un tiers ou en cas de péril imminent, puis à tout moment dans l’exécution de cette mesure de soins, comme le prévoit l’article L. 3212-4 du même code dans sa rédaction prévue par l’article 2 ;

– dans le cadre d’une admission en soins sans consentement sur décision du préfet, dans les trois jours suivant l’admission, ainsi que dans les huit jours suivant cette admission et à tout moment, comme le prévoient respectivement les articles L. 3213-1 et L. 3213-3 du code de la santé publique dans leur rédaction proposée par l’article 3.

De plus, le texte énumère deux autres catégories d’informations devant être portées à la connaissance de toute personne faisant l’objet de soins psychiatriques sans son consentement. Il s’agit :

– selon le *a)* de cette énumération, des décisions prononçant son admission et son maintien en soins sans consentement, des décisions définissant la forme de sa prise en charge, ainsi que « *des raisons qui les motivent* » ;

– selon le *b)* de l’énumération, d’informations sur « *sa situation juridique* », « *ses droits* », les « *voies de recours qui lui sont ouvertes* », ainsi que sur les « *garanties qui lui sont offertes* » dans le cadre du contrôle par le juge des libertés et de la détention du maintien des mesures d’hospitalisation sans consentement, comme le prévoit l’article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, dans sa rédaction proposée par le présent article.

Il est prévu que ces informations soient délivrées le plus rapidement possible et dans la mesure où l’état de la personne le permet.

La quasi-totalité des personnes entendues par votre rapporteur a pu se féliciter de ce que le projet de loi renforce ainsi le droit à l’information des personnes faisant l’objet de soins sous contrainte. Cependant, certains ont souhaité qu’à l’occasion de la mise en œuvre de cette disposition, les documents utilisés dans les hôpitaux psychiatriques pour notifier ces informations aux patients, et

pour que ceux-ci attestent les avoir reçues, soient mieux adaptés à l'état mental des personnes concernées.

Le texte ne précise pas à qui incombe l'obligation de fournir ces informations au malade. Selon les précisions apportées à votre rapporteur par les services compétents des ministères de la santé, de l'intérieur et de la justice, la responsabilité de la délivrance de ces informations appartiendra :

- aux psychiatres pour les informations à caractère médical ;
- au préfet ou au directeur d'établissement (selon la procédure engagée) pour les informations à caractère administratif.

Dans la pratique, il est cependant très probable que toutes les informations seront fournies au patient par l'équipe soignante qui assure sa prise en charge.

Enfin, le dernier alinéa du *b)* du présent 7° étend encore les droits de la personne faisant l'objet de soins sous contrainte en établissant le principe suivant lequel son avis sur les modalités des soins « *doit être recherché* », et « *pris en considération dans toute la mesure du possible* ».

Cette mesure vise à créer les conditions d'une meilleure adhésion des patients aux soins qui leur sont imposés, ce qui contribue à améliorer l'efficacité des soins. Elle traduit également dans la législation française les principes énoncés par le Comité des ministres de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) dans sa recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

● *Saisine de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté*

Le *c) du 7°* tend à compléter le 2° de l'énumération des droits individuels dont la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement ne peut en aucun cas être privée. Il vise à permettre à cette personne, lorsqu'elle est prise en charge à l'hôpital – que ce soit en hospitalisation complète ou à temps partiel –, de saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) de l'établissement.

Aux termes de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique, cette commission a pour mission de « *veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches* » et, à ce titre, « *veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes* ».

En application du dernier alinéa de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, ce droit pourra être exercé au nom de la personne faisant l'objet de soins

sous contrainte par « *les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade* », à leur demande.

Le **d) du 7°** propose de compléter la même énumération, pour y insérer un 3° tendant à permettre à la personne faisant l'objet de soins sans consentement de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou des situations susceptibles de relever de sa compétence.

Il ressort du dernier alinéa de l'article L. 3211-3 précité que ce droit pourra également être exercé par « *les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade* ».

Les **e) et f) du 7°** tendent à opérer des modifications de coordination.

4. Mesures de coordination

• *Coordination avec les dispositions établissant un principe de non-discrimination des patients ayant fait l'objet de soins psychiatriques*

Le **8° du paragraphe I** tend à réécrire l'article L. 3211-5 du code de la santé publique, qui établit le principe suivant lequel une personne ayant été hospitalisée en raison de troubles mentaux – en hospitalisation libre comme en hospitalisation sous contrainte – conserve à la sortie de l'établissement « *la totalité de ses droits et devoirs de citoyen* », et ce « *sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés* », sous la seule réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil relatives aux tutelles et aux curatelles.

Cette disposition vise à éviter toute stigmatisation des personnes ayant été hospitalisées en psychiatrie. Selon les précisions fournies au rapporteur par les services compétents du ministère de la santé, elle interdit que soit appliqué à ces personnes, dans les actes de la vie courante, un traitement différent du fait de leurs antécédents – par exemple, pour l'accès à un emploi ou à un logement. Elle sert ainsi de fondement aux recours que les personnes concernées peuvent former contre toute mesure discriminatoire motivée par leurs antécédents psychiatriques.

La nouvelle rédaction proposée pour cet article reprend le même principe, tout en apportant au texte en vigueur deux séries de modifications de coordination :

– l'une, pour corriger des références aux dispositions du code civil que la réforme des tutelles opérée par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a rendues obsolètes ;

– l'autre, pour étendre le bénéfice des dispositions protectrices de l'article L. 3211-5 à l'ensemble des personnes ayant fait l'objet de soins psychiatriques – en soins libres ou en soins sous contrainte –, et non plus aux seules personnes hospitalisées. Cette mesure est cohérente avec la diversification des modalités de

soins psychiatriques sous contrainte qui constitue un des principaux objets du présent article.

- *Coordination avec les régimes de protection juridique des majeurs*

Les **9° à 11° du paragraphe I** tendent à modifier respectivement les articles L. 3211-6 à L. 3211-8 du code de la santé publique, qui fixent les règles applicables aux tutelles et aux curatelles constituées pour les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement, afin d'y apporter des modifications de coordination visant à tirer les conséquences de la réforme des tutelles à laquelle la loi précitée du 5 mars 2007 a procédé.

En outre, le **12° du paragraphe I** tend à réécrire l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, qui, dans sa rédaction en vigueur, prévoit la possibilité de nommer un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une autre mesure de protection et se trouvant hospitalisée sans son consentement.

Comme l'indique l'étude d'impact jointe au projet de loi, cette mesure avait pour objectif de combler une lacune dans le système classique de protection des majeurs incapables. En effet, en principe, les mesures de tutelle, de curatelle et de sauvegarde de justice permettaient de protéger les personnes vulnérables dans l'administration de leurs biens, mais pas dans les actes de soins.

Or, depuis 1990, l'évolution du droit de la protection juridique des majeurs a permis de combler cette lacune, par deux moyens :

- d'une part, la loi du 5 mars 2007 précitée a prévu la possibilité de confier au tuteur ou au curateur une mission de protection de la personne qui n'est plus circonscrite à une simple tutelle des biens ;

- d'autre part, il ressort des articles 433 et 438 du code civil que le régime de la sauvegarde de justice permet au juge des tutelles de désigner dans l'urgence (le cas échéant, en dérogeant à l'obligation d'audition préalable du majeur) et pour une durée limitée un mandataire spécial, chargé d'une mission de protection de la personne du majeur vulnérable.

Selon l'étude d'impact, ces dispositions sont plus souples à mettre en œuvre que la procédure de désignation d'un curateur à la personne prévue par l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, dans le cadre de laquelle le recours à un avocat est obligatoire.

C'est donc au motif que le droit commun de la protection juridique des majeurs vulnérables est suffisamment adapté à la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, qu'il est proposé de supprimer l'institution du curateur à la personne du malade.

5. Le collège de soignants

La nouvelle rédaction de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique proposée par le **12^o du paragraphe I** propose d'instituer un collège de soignants chargé de fournir un avis au juge des libertés et de la détention et au préfet, notamment lorsque ceux-ci doivent décider de lever ou non une mesure de soins psychiatriques dont fait l'objet, sans son consentement, une personne appartenant à l'une au moins des deux catégories suivantes de malades :

– les personnes qui font, ou ont déjà fait, l'objet d'une mesure dite d'« hospitalisation d'office judiciaire » (*cf. infra*) ;

– les personnes qui font l'objet d'une hospitalisation sur décision du représentant de l'État et sont hospitalisées (ou l'ont déjà été) dans une unité pour malades difficiles (UMD) pour une durée fixée par décret en Conseil d'État.

Les personnes appartenant à ces deux catégories de malades ont en commun d'avoir déjà accompli des actes, réprimés par le code pénal ou suffisamment graves pour nécessiter un placement en UMD, qui peuvent justifier qu'ils soient considérés comme susceptibles d'être plus dangereux que d'autres personnes faisant l'objet de soins sans consentement.

• *La compétence du collège de soignants*

Le texte proposé pour le premier alinéa de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique énumère, par six références à des dispositions du même code que les articles 1^{er}, 2 et 3 tendent à réécrire ou à modifier, les décisions qui seront soumises à l'avis préalable de ce collège. Ainsi, celui-ci apportera son avis :

– au juge des libertés et de la détention, lorsqu'il statuera sur les demandes de mainlevée de mesures de soins dont font l'objet, sans leur consentement, les personnes appartenant à l'une des deux catégories précitées, comme le prévoit le texte proposé par l'article 1^{er} pour le II de l'article L. 3211-12 de ce code ;

– au même juge, lorsqu'il exercera de plein droit un contrôle systématique sur le maintien des mesures d'hospitalisation sans consentement des mêmes personnes dans les quinze jours après leur admission en soins sans consentement, puis tous les six mois, comme le prévoit le II de l'article L. 3211-12-1 de ce code dans sa rédaction proposée par l'article 1^{er} ;

– au directeur d'établissement, lorsque celui-ci devra se prononcer, en application de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique tel que l'article 2 tend à le réécrire, sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, quelle qu'en soit la forme, dont la durée excède une période continue d'un an ;

– au préfet, lorsqu'il envisagera de décider une forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète pour les mesures de soins dont font l'objet sur

sa décision les personnes appartenant à l'une des deux catégories précitées, comme le prévoient les articles L. 3213-1 et L. 3213-3 du même code ;

– au préfet, lorsqu'il envisagera de lever les mesures de soins dont les mêmes personnes font l'objet sur sa décision, dans les conditions prévues par l'article L. 3213-8 du même code.

• *La composition du collège de soignants*

Le texte proposé pour l'article L. 3211-9 du code de la santé publique précise la composition de ce collège, qui comprend trois membres appartenant au personnel de l'établissement d'accueil du patient, parmi lesquels :

- un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- un psychiatre n'y participant pas ;
- un cadre de santé.

L'intégration d'un cadre de santé au sein de ce collège vise à donner un caractère pluri-professionnel à ce collège. Elle a aussi pour objectif d'apporter au collège de soignants, dans ses délibérations, des informations relatives au comportement quotidien du malade, que les cadres de santé peuvent être mieux à même d'apprécier que les médecins.

Il ressort toutefois des auditions auxquelles votre rapporteur a procédé que l'intégration d'un cadre de santé au sein de ce collège n'est pas accueillie de façon unanimement favorable par les représentants des acteurs intéressés, ni parmi les médecins, ni parmi les infirmiers.

Les représentants des personnels infirmiers ont notamment fait valoir à votre rapporteur que, contrairement aux médecins, les cadres de santé ne participent pas à l'établissement des certificats requis pour d'admission ou le maintien en soins sans consentement.

Ils font également observer que les personnels infirmiers sont placés sous l'autorité hiérarchique des médecins, ce qui ne favorise pas l'établissement de relations équilibrées entre les membres du collège.

En outre, le texte proposé n'impose pas que le cadre de santé soit systématiquement choisi parmi les personnels de l'établissement exerçant au sein de l'unité ou du pôle d'activité dans lequel le malade est pris en charge. Or, si tel n'était pas le cas, ce cadre n'aurait aucune connaissance particulière du patient, et ne pourrait former son avis qu'au vu du dossier de celui-ci, ce que les représentants des infirmiers jugent inopportun.

La rédaction prévue pour l'article L. 3211-9 du code de la santé publique charge expressément le directeur de l'établissement d'accueil de convoquer le collège de soignants, mais renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser

les modalités de désignation de ses membres et des règles de fonctionnement. Selon les précisions fournies à votre rapporteur par les services compétents du ministère de la santé, ce décret pourrait prévoir que le cadre de santé soit choisi parmi le personnel du service ou du pôle d'activité dans lequel le patient est hospitalisé.

6. Mesures de coordination

Le **13° du paragraphe I** tend à modifier la première phrase de l'article L. 3211-10 du code de la santé publique à des fins de coordination avec la réforme des tutelles opérée par la loi précitée du 5 mars 2007 ainsi qu'avec les dispositions du présent article tendant à diversifier les modes de prise en charge des patients faisant l'objet de soins sous contrainte.

De même, en proposant de réécrire l'article L. 3211-11 du même code, le **14° du paragraphe I** a pour effet de supprimer les dispositions légales fixant le régime des « sorties d'essai ».

Aux termes de l'article L. 3211-11, il s'agit d'aménagements des conditions de traitements dont peuvent bénéficier les personnes hospitalisées sans leur consentement sur décision d'un psychiatre de son établissement d'accueil dans le cadre d'une hospitalisation à la demande de tiers, et du préfet dans le cadre d'une hospitalisation d'office. Ces sorties d'essai sont censées être accordées pour des durées limitées en vue de favoriser la guérison et la réinsertion du malade, mais dans la pratique, elles sont utilisées à des fins différentes, pour pallier l'impossibilité de mettre en œuvre une obligation de soins dans un cadre autre que l'hospitalisation complète dans la législation actuelle.

La suppression des dispositions actuelles de l'article L. 3211-11 précité est donc une conséquence de l'ouverture, par l'article 1^{er}, d'une possibilité de prise en charge des personnes sans leur consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

7. Modification de la forme de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins sans consentement

Le **14° du paragraphe I** tend à définir à l'article L. 3211-11 du code de la santé publique la procédure suivant laquelle la forme de la prise en charge d'une personne faisant l'objet de soins sans son consentement pourra être modifiée, pour passer de l'une à l'autre des deux formes de prise en charge définies par l'article 1^{er} à l'article L. 3211-2-1 du même code – à savoir : l'hospitalisation complète, et toute autre forme de prise en charge, notamment ambulatoire.

• La proposition établie par le psychiatre

Le premier aliéna de la rédaction proposée pour l'article L. 3211-11 de ce code fixe les conditions générales de mise en œuvre de cette procédure, qui sont définies de façon à ce qu'elle ne soit engagée que pour des motifs médicaux

fondés sur une bonne connaissance du cas du malade. En effet, l'initiative de cette procédure est confiée à un « *psychiatre participant à la prise en charge du patient* », qui doit établir un « *certificat médical circonstancié* » justifiant qu'une modification de la forme de prise en charge est nécessaire « *pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne* ». Il est précisé que cette procédure peut être engagée « *à tout moment* », sans attendre les réexamens de la situation du malade prévus à différentes échéances – quinze jours après son admission, un mois après son admission, tous les six mois, *etc.*

- *La décision prise par le directeur de l'établissement ou le préfet*

La proposition du psychiatre est transmise :

– dans le cas où le patient a été admis en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, au directeur de l'établissement, auquel le 5° de l'article 2 donne compétence pour décider à tout moment de modifier la forme de la prise en charge ;

– dans le cas où le patient a été admis en soins sans consentement à la demande du préfet, à ce dernier, qui pourra modifier à tout moment la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues par l'article 3 aux articles L. 3213-1 et L. 3213-3 du code de la santé publique.

Le second alinéa du texte proposé pour l'article L. 3211-11 de ce code précise la procédure applicable lorsque le psychiatre constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme que l'hospitalisation complète ne permet plus de dispenser les soins nécessaires à son état. Il est prévu que dans ce cas, le psychiatre transmette « *immédiatement* » au directeur de l'établissement un « *certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète* » ou, lorsqu'il ne peut pas examiner le patient, un simple « *avis* » médical « *établi sur la base du dossier du patient* ».

Cette disposition concerne principalement le cas de patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous une forme alternative à l'hospitalisation complète – par exemple en soins ambulatoires –, qui ne respecteraient pas les obligations prévues par le protocole de soins établi pour organiser leur prise en charge extrahospitalière – une large part des personnes entendues par votre rapporteur qualifient ces comportements de « fugues ». La possibilité pour le patient d'être de nouveau hospitalisé à temps plein peut ainsi être vue comme constituant la sanction des obligations de soins qui lui sont imposées par ce protocole.

Il faut toutefois souligner que le patient qui ne respecterait pas ses obligations de soins, ou pour lequel ces obligations ne seraient plus adaptées, ne sera pas systématiquement hospitalisé à temps plein. En effet, il est prévu que le psychiatre ne propose un retour du patient en hospitalisation complète que si « *la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme [que l'hospitalisation complète] ne permet plus, notamment du fait du comportement de*

la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état ». Ainsi, c'est sur l'état de santé du malade, et non sur le respect du protocole au sens strict, que se fondera le psychiatre pour proposer au préfet ou au directeur d'établissement de réintégrer le malade en hospitalisation complète.

8. Les autorisations de sortie accompagnée pour une courte durée

Le **15° du paragraphe I** tend à apporter plusieurs modifications à l'article L 3211-11-1 du code de la santé publique, qui définit les conditions dans lesquelles les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée – moins de douze heures –, pour un motif thérapeutique ou afin d'effectuer des démarches extérieures. Le malade est alors accompagné par des membres du personnel de l'établissement.

Dans sa rédaction en vigueur, l'article L. 3211-11-1 soumet ces sorties à l'autorisation :

– du directeur de l'établissement, lorsque le malade a été hospitalisé à la demande d'un tiers ;

– du préfet de département, sur la base d'informations transmises par le directeur de l'établissement comprenant notamment l'avis du psychiatre, lorsque le patient a été hospitalisé d'office.

Le **a)** de ce 15° tend à opérer une modification de coordination avec les autres dispositions de l'article 1^{er}.

Le **b)** du 15° propose une harmonisation des termes employés par cet article pour désigner les sorties accompagnées de courte durée.

Le **c)** du 15° vise d'une part à opérer une modification de coordination, et d'autre part à préciser que le psychiatre dont l'avis est transmis au préfet chargé d'autoriser ou non une sortie accompagnée est un psychiatre « *participant à la prise en charge du patient* ».

Enfin, le **d)** du 15° vise à renforcer le contrôle des sorties accompagnées pour les patients hospitalisés à la demande du préfet et pour lesquels le II de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction proposée par le présent article, prévoit une procédure spécifique, c'est-à-dire ceux qui ont été déclarés pénalement irresponsables ou qui ont été placés en unité pour malades difficiles (UMD).

À cette fin, il est proposé que leurs sorties accompagnées soient soumises à l'autorisation explicite du préfet, à la différence de ce qui est prévu par le droit actuellement en vigueur – et qui restera la règle pour les autres patients –, à savoir que l'autorisation du préfet peut être implicite lorsque la demande de sortie est formulée au mois quarante-huit heures à l'avance.

9. Le recours facultatif devant le juge des libertés et de la détention contre les mesures de soins sans consentement, quelle qu'en soit la forme

Le 16° du paragraphe I tend à substituer à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique six articles, numérotés L. 3211-12 à L. 3211-12-5, qui définissent les conditions dans lesquelles le juge des libertés et de la détention (JLD) contrôle les mesures de soins psychiatriques sans consentement.

Il est prévu que le juge puisse être saisi dans deux cas :

– de façon facultative, par la personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans son consentement (quelle qu'en soit la forme), aux fins d'ordonner la levée de cette mesure ;

– de façon obligatoire, par le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État, aux fins de contrôler de plein droit la nécessité du maintien de toute mesure de soins sans consentement prenant la forme d'une hospitalisation complète.

Le texte proposé par le 16° du paragraphe I pour l'article L. 3211-12 du code de la santé publique tend ainsi à fixer **le régime du recours facultatif** au juge des libertés et de la détention.

Dans sa rédaction en vigueur, l'article L. 3211-12 prévoit déjà la possibilité pour une personne hospitalisée sans son consentement, son représentant légal, la personne chargée de sa protection juridique, son conjoint ou concubin, un parent ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, son curateur, la personne qui a demandé son hospitalisation et le procureur de la République de se pourvoir « *par simple requête* » devant le juge des libertés et de la détention qui, « *statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate* ».

Le texte proposé par le 16° du I pour cet article vise à apporter quatre modifications principales à cette procédure de recours :

– il tend à étendre cette possibilité de recours aux mesures d'obligation de soins mises en œuvre sous une autre modalité que l'hospitalisation complète ;

– il prévoit que le juge doit statuer « *à bref délai* » ;

– il vise à compléter la liste des personnes ayant compétence pour introduire la requête ;

– il propose d'instituer une procédure spéciale pour l'examen des demandes de sortie immédiate de certaines personnes, dont les antécédents indiquent qu'elles ont pu se trouver dans des états dangereux.

a) L'objet du contrôle du juge dans le cadre du recours facultatif

Le I du texte proposé pour l'article L. 3211-12 du code de la santé publique tend à reformuler les dispositions de l'article L. 3211-12 qui prévoient la faculté, pour la personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans son consentement ou d'autres personnes, de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins qu'il ordonne la levée de cette mesure.

Le texte proposé pour le premier alinéa de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique précise qu'est susceptible de faire l'objet d'un tel recours toute mesure de soins dont une personne fait l'objet sans son consentement, « *quelle qu'en soit la forme* ».

Cette extension du champ d'application du recours facultatif prévue par l'article L. 3211-12 est cohérente avec la diversification des formes de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins sans consentement qui constitue l'un des principaux objets de l'article 1^{er}.

b) Les délais impartis au juge pour statuer

La rédaction prévue pour cet alinéa précise que le juge des libertés et de la détention doit statuer « *à bref délai* », ce que ne prévoit pas la rédaction actuelle de l'article L. 3211-12.

Cet ajout vise à tenir compte des exigences résultant du paragraphe de l'article 5 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), qui stipule que toute personne « *privée de sa liberté* » doit pouvoir introduire un recours devant un tribunal afin qu'il statue « *à bref délai* » sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale. Or, la République française a été plusieurs fois condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme en raison de la durée excessive de la procédure applicable aux demandes de mainlevée d'hospitalisations d'office ou d'hospitalisations à la demande de tiers⁽¹⁾. De plus, dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 précitée, le Conseil constitutionnel a considéré que l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction actuelle, n'était conforme à la Constitution que moyennant une réserve d'interprétation : il a en effet estimé que le droit au recours juridictionnel effectif impose que le juge judiciaire soit tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate « *dans les plus brefs délais* » compte tenu de la nécessité éventuelle de procéder à des expertises.

Pour éviter de nouvelles condamnations, le décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans

(1) Cf. les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme du 18 juin 2002 Delbec c. France (n° 43125/98), du 27 juin 2002 M. C. France (n° 41376/98) et L.R. c. France (n° 33395/96), du 5 novembre 2002, Laidin c. France (n° 43191/98), du 27 octobre 2005 Mathieu c. France (n° 68673/01) et du 28 novembre 2010, Baudouin c. France (n° 35935/03).

leur consentement prévue à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, dont les dispositions sont codifiées notamment à l'article R. 3211-9 du même code, avait déjà fixé à douze jours le délai dans lequel le juge des libertés et de la détention doit statuer. Il est précisé que ce délai court à compter de l'enregistrement de la requête au greffe, et qu'il est porté à vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée.

c) Les règles visant à assurer l'effectivité du droit au recours

Il est prévu que le juge pourra être saisi « *à tout moment* » par requête. Pour garantir aux personnes faisant l'objet de soins sans leur consentement un droit au recours juridictionnel effectif, la forme de cette requête doit être définie de façon à ce que le recours soit simple à exercer, sans formalités susceptibles d'y faire obstacle. Ainsi, le droit en vigueur permet la saisine du juge « *par simple requête* », et dispose que celui-ci statue « *en la forme des référés* ».

Ces termes ne sont pas repris dans la nouvelle rédaction de l'article L. 3211-12 au motif, d'après les explications fournies à votre rapporteur par les services compétents des ministères de la justice et de la santé, que leur portée n'est pas assez clairement définie et que ces précisions sont inutiles, dès lors que le décret précité du 20 mai 2010 a fixé des règles de saisine du juge adaptées à la situation des personnes faisant l'objet de soins sans consentement. En effet, dans sa rédaction résultant de ce décret, l'article R. 3211-3 du code de la santé publique prévoit la possibilité pour le malade de déposer la requête non au greffe du tribunal, mais au secrétariat de l'établissement où il séjourne. Cet article lui permet également de former sa requête par une déclaration verbale, que le directeur de l'établissement a la charge de recueillir et de transmettre au greffe.

d) Les personnes habilitées à former le recours

Par ailleurs, le texte proposé pour le I de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique énumère les personnes ayant compétence pour saisir le juge des libertés et de la détention d'une demande de sortie immédiate, citant :

- 1° la personne faisant l'objet des soins ;
- 2° les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- 3° la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- 4° son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- 5° la personne qui a formulé la demande de soins sans consentement ;
- 6° un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade ;

7° le procureur de la République.

Dans le droit en vigueur, ni les titulaires de l'autorité parentale, ni la personne avec laquelle le malade est lié par un pacte civile de solidarité (PACS) ne sont cités parmi les personnes susceptibles d'introduire la requête. A l'inverse, la nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 3211-12 ne mentionne pas le curateur à la personne du malade, dont le présent article prévoit de ne pas conserver l'institution (*cf. supra*).

Comme dans le droit en vigueur, il est également prévu que le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office. Comme le souligne la note précitée des *Nouveaux cahiers du Conseil constitutionnel* relative à la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, un tel mécanisme présente un caractère exceptionnel dans la procédure civile ; il permet notamment au juge, lorsqu'il l'estime nécessaire, de passer outre l'éventuelle irrégularité formelle de sa saisine pour examiner la question dont il est saisi.

En outre, le texte proposé reprend la disposition de la législation actuelle qui prévoit la possibilité pour « toute personne intéressée » de porter à la connaissance du juge « les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade » faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Cette disposition permet notamment aux associations représentatives des personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de leurs familles d'appeler l'attention du juge sur les situations de malades qui ne sont pas en mesure de saisir eux-mêmes le juge, et dont l'entourage ne le fait pas non plus.

e) Le cas des personnes ayant été reconnues pénalement irresponsables ou ayant été prises en charge en unité pour malades difficiles

Le paragraphe II de la rédaction proposée pour l'article L. 3211-12 propose de fixer des règles spécifiques pour l'examen par le juge, dans le cadre d'un recours facultatif, des demandes de levée immédiate de mesures de soins sans consentement lorsqu'elles concernent :

– soit une personne qui a été reconnue pénalement irresponsable et a fait l'objet d'une hospitalisation d'office dite « judiciaire », c'est-à-dire prononcée soit par le préfet sur l'avis des autorités judiciaires, soit par ces autorités elles-mêmes (*cf. l'encadré ci-après*) ;

– soit une personne faisant ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation en unité pour malades difficiles (UMD, *cf. l'encadré ci-après*).

Pour ces deux catégories de personnes, il est prévu deux procédures de consultation supplémentaires par rapport au droit commun garantissant que la décision du juge soit éclairée par suffisamment d'informations sur l'état mental du malade :

– quelle que soit la décision qu’il envisage, le juge devra avoir recueilli l’avis du collège de soignants mentionné à l’article L. 3211-9 (*cf. supra*) avant de statuer ;

– s’il envisage de prononcer la mainlevée de la mesure de soins, le juge devra avoir ordonné préalablement deux expertises psychiatriques.

Il est précisé que ces experts doivent être inscrits soit sur une liste établie par le procureur de la République après avis du directeur général de l’agence régionale de santé, soit sur la liste des experts inscrits près la cour d’appel du ressort de l’établissement.

Il est également précisé que le juge fixe les délais dans lesquels l’avis du collège de soignants et les deux expertises doivent lui être remis. Ce délai sera établi dans une limite fixée par décret en Conseil d’État, afin de garantir qu’elle soit cohérente avec les délais impartis au juge pour statuer – fixés à vingt-cinq jours lorsqu’il ordonne une expertise –, ainsi qu’avec l’exigence d’un jugement « à bref délai » résultant à la fois du droit européen et des réserves d’interprétation précitées du Conseil constitutionnel, et reprise dans le texte proposé pour le premier alinéa de l’article L. 3211-12. Une telle disposition paraît d’autant plus utile qu’il ressort des auditions auxquelles votre rapporteur a procédé que les préfets et les magistrats rencontrent parfois des difficultés pour obtenir des expertises psychiatriques dans des délais rapides.

Toutefois, afin que la procédure judiciaire ne soit pas bloquée si le juge n’a pas reçu dans les délais impartis l’avis du collège de soignants et les expertises des deux psychiatres, il est prévu qu’une fois les délais passés, le juge pourra statuer immédiatement.

***L’« hospitalisation d’office judiciaire »
des personnes reconnues pénalement irresponsables***

On rassemble couramment sous l’appellation d’« hospitalisation d’office judiciaire » les mesures d’hospitalisation sans consentement prononcées sur le fondement de deux dispositions légales différentes :

1) Il s’agit, d’une part, de l’article L. 3213-7 du code de la santé publique, qui prévoit la possibilité pour les autorités judiciaires, lorsqu’elles estiment que l’état mental d’une personne pénalement irresponsable à raison de ses troubles mentaux « *nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l’ordre public* », de saisir le préfet, lequel doit alors prendre « *sans délai toute mesure utile* », notamment une hospitalisation d’office.

L’article L. 3213-7 précité prévoit la possibilité d’engager cette procédure dans trois cas :

– lorsque la personne a bénéficié d’un classement sans suite motivé par son irresponsabilité pénale au sens de l’article 122-1 du code pénal, c’est-à-dire au motif qu’elle était « *atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes* » ;

– lorsque la personne a bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;

– lorsque la personne a bénéficié d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

L'article L. 3211-8 du même code dispose qu'il ne peut être mis fin à une hospitalisation d'office prononcée sur le fondement de l'article L. 3211-7 « *que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement* ». Il est précisé que ces deux décisions doivent résulter de « *deux examens séparés et concordants* », et qu'elles doivent « *établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui* ».

2) Il s'agit, d'autre part, de l'article 706-135 du code de procédure pénale qui permet à la chambre de l'instruction ou à une juridiction de jugement, lorsqu'elle prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, d'ordonner « *par décision motivée* » l'hospitalisation d'office de la personne « *s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». Cet article précise que le régime de cette hospitalisation suit celui de l'hospitalisation d'office sur décision du préfet. Cet article précise que le régime d'une telle hospitalisation est le même que celui des hospitalisations d'office de droit commun, mais qu'il ne peut y être mis fin que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement.

Ainsi, dans ces deux procédures, c'est l'autorité judiciaire qui est à l'origine de la mesure d'hospitalisation d'office.

Les unités pour malades difficiles

Les unités pour malades difficiles sont définies à l'article R. 3221-6 du code de la santé publique comme des structures :

- « *à vocation interrégionale* » ;
- implantées dans un établissement de santé ;
- assurant l'hospitalisation à temps complet des « *patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique* ».

L'admission en unité pour malades difficiles est prononcée par le représentant de l'État du département d'implantation de l'unité. Ils relèvent actuellement du régime de l'hospitalisation d'office.

Cinq unités sont ouvertes et cinq autres sont en cours de construction. Leur capacité totale passera ainsi de 456 à 656 lits.

Il est à noter que dans le droit en vigueur, les procédures d'examen des demandes de sortie de certaines catégories de personnes hospitalisées sans leur consentement comportent d'ores et déjà des règles dérogatoires au droit commun. En effet, l'article R. 3211-6 du code de la santé publique prévoit que lorsqu'il décide une expertise pour statuer sur une demande de sortie immédiate, le juge des libertés et de la détention doit ordonner deux expertises séparées, et non une seule, lorsque l'intéressé fait l'objet d'une hospitalisation d'office « judiciaire ». De

même, l'article L. 3213-8 du même code précise qu'une telle hospitalisation ne peut être levée par le représentant de l'État que si deux psychiatres experts concluent, au terme d'examen séparés, « *que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui* ».

L'institution d'une procédure spéciale d'examen par le juge des libertés et de la détention des demandes de levée immédiate des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les personnes reconnues pénalement irresponsables ou ayant été hospitalisées en unité pour malades difficiles se justifie par le fait que ces personnes peuvent légitimement être considérées comme capables d'être dangereuses, au regard de leurs antécédents.

En effet, les personnes relevant de ces deux catégories présentent la particularité d'être déjà passées à l'acte, pour des faits suffisamment graves pour justifier leur présentation devant les autorités judiciaires ou leur placement en unité pour malades difficiles.

Aussi, sans qu'il y ait lieu de considérer ces personnes comme irrémédiablement dangereuses, il n'est pas injustifié de prévoir, par des procédures de consultation qui n'entravent en rien la liberté d'appréciation de l'autorité judiciaire, que le juge dispose d'éléments d'information complets sur leur état mental avant de prononcer la levée des mesures de soins dont ils font l'objet.

10. Le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention sur la nécessité du maintien des mesures d'hospitalisation

Pour mettre la législation en conformité avec les exigences constitutionnelles applicable en matière d'hospitalisation sans consentement, que le Conseil constitutionnel a précisées dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 *Mlle Danielle S.*, le 16° du paragraphe I du présent article tend à insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-12-1 qui organise le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention sur la nécessité du maintien des mesures d'hospitalisation sans consentement.

a) L'objet du contrôle du juge dans le cadre du recours obligatoire

• *Le contrôle du juge portera sur les mesures d'hospitalisation sans consentement, quelle que soit la procédure suivie.*

Le premier alinéa du texte proposé pour cet article tend à ce que le juge contrôle toutes les mesures d'hospitalisation complète d'un patient sans son consentement, qu'il s'agisse :

– d'une mesure prononcée « *à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent* », suivant une procédure résultant de la réforme du régime de l'actuelle « *hospitalisation à la demande d'un tiers* » par l'article 2

– d’une mesure établie « *sur décision du représentant de l’État* », dans des conditions définies par l’article 3, qui réforme la procédure actuelle d’hospitalisation d’office ;

– du placement d’une personne détenue dans une « unité spécialement aménagée », c’est-à-dire une unité hospitalière dotée d’un encadrement pénitentiaire, en application de l’article L. 3214-3 du code de la santé publique ;

– d’une mesure d’hospitalisation d’office prononcée directement par l’autorité judiciaire pour une personne reconnue pénalement irresponsable, comme le prévoit l’article 706-135 du code de procédure pénale.

Pourtant, dans sa décision précitée, le Conseil constitutionnel n’a déclaré contraire à la Constitution que l’article L. 3211-7 du code de la santé publique, qui traite de la procédure d’hospitalisation à la demande d’un tiers, et non de la procédure d’hospitalisation d’office. En effet, le Conseil constitutionnel n’étant saisi en l’espèce que de la première de ces procédures, il n’a pas pu se prononcer sur la constitutionnalité de la seconde. Toutefois, comme l’ont indiqué à votre rapporteur les cabinets du garde des Sceaux, du ministre de l’intérieur et du ministre du travail, de l’emploi et de la santé, le Gouvernement a jugé que les mêmes motifs d’inconstitutionnalité pourraient être soulevés concernant le régime de l’hospitalisation d’office.

En effet, le Conseil constitutionnel a fondé sa décision, d’une part, sur les exigences de l’article 66 de la Constitution, qui établit l’autorité judiciaire comme gardienne de la liberté individuelle et, d’autre part, sur le principe dit de « rigueur nécessaire » qui impose au législateur de n’apporter de limitations aux droits et libertés constitutionnellement garantis – parmi lesquels la liberté d’aller et venir – que si elles sont adaptées, nécessaires et proportionnées. Au regard de ces normes, il a considéré qu’en prévoyant que l’hospitalisation sans consentement peut être maintenue au delà de quinze jours sans intervention d’une juridiction de l’ordre judiciaire, les dispositions régissant l’hospitalisation à la demande d’un tiers méconnaissent les exigences de l’article 66 de la Constitution.

● *Le contrôle du juge portera sur les seules mesures d’hospitalisation complète, et non sur les autres formes de prise en charge des personnes faisant l’objet de soins sans leur consentement.*

La rédaction proposée pour le premier alinéa de l’article L. 3211-12-1 du code de la santé publique tend à ne soumettre au contrôle du juge des libertés et de la détention que les mesures des soins sans consentement prenant la forme d’une hospitalisation complète, et non celles qui prennent une autre forme, comme le présent article en prévoit la possibilité.

Selon les explications fournies à votre rapporteur par les cabinets du garde des Sceaux, du ministre de l’intérieur et du ministre du travail, de l’emploi et de la santé, le Gouvernement a en effet estimé que les motifs retenus par le Conseil constitutionnel pour déclarer contraires à la Constitution les règles actuelles de

maintien en hospitalisation sous contrainte ne pouvaient pas être appliqués aux règles prévues par le présent article pour l'organisation de soins sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète, au motif que cette organisation ne prive pas le patient de sa liberté d'aller et venir. Il est en effet à noter que le présent article ne prévoit pas de procédure de retour systématique en hospitalisation complète pour le cas où un patient faisant l'objet de soins sans son consentement sous une autre forme de prise en charge ne respecterait pas les obligations prévues par son protocole de soins.

Ainsi, pour le Gouvernement, l'existence d'une voie de recours facultatif, permettant à la personne faisant l'objet de soins sous contrainte sous une autre forme que l'hospitalisation complète, de demander à tout moment au juge des libertés et de la détention la levée immédiate de cette mesure de soins, constitue une protection suffisante des droits du patient.

b) Le caractère obligatoire de la saisine du juge

Le premier alinéa du texte prévu pour l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique précise les modalités de saisine du juge dans le cadre de son contrôle de plein droit des mesures d'hospitalisation sans consentement. Il sera saisi obligatoirement :

– par le directeur de l'établissement prenant en charge le malade, lorsque celui-ci y a été admis à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;

– par le préfet, pour le cas des malades admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, le cas des personnes détenues hospitalisées sans leur consentement dans une « *unité spécialement aménagée* » en application de l'article L. 3214-3 du même code, et le cas des personnes dont l'hospitalisation d'office a été prononcée par l'autorité judiciaire.

c) Les échéances auxquelles le juge interviendra

Le Gouvernement a fait le choix de ne pas soumettre toute hospitalisation au contrôle du juge dès le commencement de la mesure. En effet, le Conseil constitutionnel a considéré que « *si l'article 66 de la Constitution exige que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté* ».

Aussi, le texte proposé pour les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique définit les échéances auxquelles le juge exerce son contrôle *a posteriori* de plein droit. Il est prévu que l'hospitalisation d'une personne sans son consentement ne puisse pas se poursuivre sans que le juge ait statué sur cette mesure :

– avant l’expiration d’un délai de quinze jours à compter de son admission en soins sans consentement ou, pour le cas d’une personne détenue, de son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée ;

– avant l’expiration d’un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l’établissement ou le préfet (selon la procédure engagée pour l’admission de l’intéressé en soins sans consentement) modifie la forme de la prise en charge d’une personne en procédant à son hospitalisation complète ;

– avant l’expiration d’un délai de six mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l’hospitalisation d’office d’une personne pénalement irresponsable, soit toute décision par laquelle le juge des libertés et de la détention, saisi dans le cadre d’un recours facultatif ou d’un recours obligatoire, a statué sur la nécessité de la mesure de soins sous contrainte, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision.

Il est précisé que toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l’expiration du délai de six mois – par exemple à l’occasion d’un recours facultatif – fait courir à nouveau ce délai.

Il ressort ainsi des dispositions proposées que toute décision d’hospitalisation complète sera soumise au contrôle du juge au moins dans les quinze premiers jours suivant l’admission et tous les six mois, à l’exception des hospitalisations d’office décidées par l’autorité judiciaire elle-même.

Le choix du délai de quinze jours s’explique par le fait que c’est la durée d’hospitalisation sans consentement citée par le Conseil constitutionnel comme ne pouvant pas être prolongée sans intervention d’une juridiction de l’ordre judiciaire.

d) Les délais supplémentaires prévus pour le cas où le juge ordonne une ou plusieurs expertises

Le dernier alinéa du texte proposé pour le I de l’article L 3211-12-1 du code de la santé publique prévoit toutefois une prolongation de ces délais, « *d’une durée qui ne peut excéder quatorze jours* », lorsque le juge ordonne une expertise. Il est précisé que le délai supplémentaire de quatorze jours court à compter de la date de l’ordonnance du juge, que celle-ci doit être prise avant l’échéance des délais de quinze jours et de six mois précités, et qu’elle peut être prise sans audience préalable.

Il est également précisé que pendant ce délai supplémentaire, le patient reste pris en charge en hospitalisation complète, sauf si le directeur de l’établissement ou le préfet décide d’y mettre fin dans ce délai.

Le texte proposé rappelle les deux cas dans lesquels le juge des libertés et de la détention peut être amené à demander des expertises, citant :

– le cas des personnes ayant été reconnues pénalement irresponsables ou ayant été hospitalisées en unité pour malades difficiles, pour lesquelles il est prévu une procédure particulière d'examen du recours obligatoire, dans laquelle le juge ne peut pas prononcer de mainlevée sans avoir ordonné deux expertises psychiatriques préalables (*cf. infra*) ;

– le cas dans lequel, « à titre exceptionnel », le juge demandera une expertise « *en considération de l'avis conjoint des deux psychiatres* » qui est obligatoirement joint à sa saisine (*cf. infra*).

e) Les conditions de la saisine

Le texte proposé pour le II de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique prévoit que la saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre du recours obligatoire sera systématiquement accompagnée d'un avis médical se prononçant « *sur la nécessité de prolonger l'hospitalisation complète* », afin d'éclairer la décision du juge.

En principe, cet avis sera rendu par deux psychiatres de l'établissement désignés par le directeur, dont l'un participe à la prise en charge du patient, et l'autre non. Il est précisé que cet avis doit être « *conjoint* ».

Toutefois, une exception est prévue pour le cas des malades susceptibles d'états dangereux – ceux qui ont été reconnus pénalement irresponsables et ceux qui ont été hospitalisés en unités pour malades difficiles –, pour lesquels il est prévu que l'avis soit rendu par le collège de soignants mentionné *supra*. Selon les explications fournies à votre rapporteur par le cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, ce choix s'explique par le fait que la présence d'un cadre de santé au sein de ce collège doit apporter un éclairage plus complet au juge sur l'état du malade, permettant de mieux prendre en compte des éléments qui ne tiennent pas seulement à sa pathologie, mais aussi à son comportement général.

Selon les précisions fournies à votre rapporteur, le Gouvernement envisagerait de fixer au douzième jour de l'hospitalisation la date à laquelle le directeur de l'établissement ou le préfet, selon le cas, devront saisir le greffe du tribunal. Le juge devant statuer avant la fin du quinzième jour d'hospitalisation, il ne disposera que de trois jours pour examiner le dossier du patient et procéder, le cas échéant, à des auditions.

f) La décision du juge

Le III de la rédaction proposée pour l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique donne compétence au juge des libertés et de la détention pour ordonner dans le cadre du recours obligatoire, « *s'il y a lieu* », la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

Le second alinéa du texte prévu pour ce III fait toutefois obligation au juge, lorsqu'il envisage de prononcer la mainlevée d'une mesure dont fait l'objet

un patient ayant été reconnu pénalement irresponsable ou ayant été hospitalisé en unité pour malades difficiles, d'ordonner deux expertises.

Ainsi, les règles de procédure qu'il est proposé d'instaurer spécifiquement pour ces deux catégories de personnes, considérées comme pouvant connaître des états dangereux, sont les mêmes dans le cadre du recours facultatif – régi par l'article L. 3211-12 du code de la santé publique – et du recours obligatoire, organisé par l'article L. 3211-12-1 du même code. Le tableau ci-dessous récapitule les avis médicaux fournis au juge pour éclairer sa décision.

Avis médicaux fournis au juge des libertés et de la détention

| | |
|--|--|
| <i>cas général</i> | <i>cas des personnes qui ont déjà été :</i> – soit reconnues pénalement irresponsables – soit placées en unité pour malades difficiles |
| avis conjoint de 2 psychiatres de l'établissement , dont seul 1 participe à la prise en charge du patient | avis du collège de soignants |
| expertise facultative , à l'initiative du juge ou, « à titre <i>exceptionnel</i> », des 2 psychiatres saisis pour avis | 2 expertises obligatoires |

g) Sanction des délais impartis au juge pour statuer

Le texte proposé pour le IV de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique prévoit, dans son premier alinéa, que lorsque le juge n'a pas statué dans les délais de quinze jours ou de six mois mentionnés supra, « *la mainlevée est acquise à l'issue de chacun des délais* ».

Le second alinéa de la rédaction prévue pour ce IV ajoute que lorsqu'il est saisi après l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'État, le juge « *constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise* ». D'après les informations fournies à votre rapporteur par les services compétents du ministère de la justice, le Gouvernement envisage de fixer ce délai à douze jours. Un tel délai garantirait que le juge dispose d'au moins trois jours pour prendre connaissance du dossier et organiser un débat sur le fond entre les différentes parties à la procédure. Il paraît en revanche difficile d'imposer que le juge soit saisi plus tôt, compte tenu du nombre important de personnes pour lesquelles les mesures d'hospitalisation complète sans consentement sont levées avant leur douzième jour.

Cet alinéa prévoit toutefois une exception à ce principe, permettant au juge de ne pas constater l'acquisition de la mainlevée en cas de saisine tardive sous deux conditions :

– qu'il soit « *justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive* » ;

– que le débat puisse avoir lieu « *dans le respect des droits de la défense* ».

Selon les précisions fournies à votre rapporteur, cette mention des « *droits de la défense* » doit être comprise, dans ce contexte, comme imposant que le débat ait lieu de façon contradictoire.

Cette mesure vise à assurer une certaine souplesse dans la mise en œuvre de cette procédure et à éviter, dans des cas exceptionnels, les ruptures dans la continuité des soins qui pourraient résulter de mainlevées acquises pour des raisons de pure forme.

11. La procédure devant le juge des libertés et de la détention

Le 16° du paragraphe I du présent article tend à insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-12-2 qui définit la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention, tant dans le cadre du recours facultatif que du recours obligatoire.

Le premier alinéa du texte proposé pour cet article établit le principe suivant lequel le juge « *statue après débat contradictoire* ».

Le deuxième alinéa de ce texte tend à fixer les règles régissant la présence à l’audience de la personne faisant l’objet des soins et de son avocat :

– il dispose que par principe, cette personne est entendue à l’audience et a la faculté de se faire assister ou représenter par son avocat ;

– il prévoit cependant que par exception, le patient peut ne pas être entendu à l’audience, sous des conditions strictes : « *des motifs médicaux* » dûment constatés par un « *avis médical* » doivent faire obstacle, « *dans l’intérêt du patient* », à son audition. Il est précisé que dans ce cas, le patient est obligatoirement représenté par un avocat, le cas échéant commis d’office. Le patient faisant l’objet d’une mesure de soins sans consentement reste par ailleurs éligible à l’aide juridictionnelle dans les conditions du droit commun.

Le dernier alinéa de la rédaction proposée pour l’article L. 3211-12-2 du code de la santé publique prévoit la possibilité d’organiser l’audience « *par un moyen de télécommunication audiovisuelle* ». Dans cette configuration, l’audience se déroule dans une salle d’audience reliée par un tel moyen à une salle située dans l’établissement de santé qui prend en charge la personne. Il est précisé qu’un procès-verbal des opérations sera dressé dans chacune des deux salles, et que celles-ci seront ouvertes au public.

La décision de recourir à ces moyens de visioconférence pour tenir audience appartiendra au juge, mais il est prévu que le patient pourra s’y opposer.

S'agissant de la place de l'éventuel avocat du patient, il est prévu qu'il pourra se trouver :

– soit dans la même salle d'audience que le juge, auquel cas il est précisé qu'il devra pouvoir s'entretenir « *de façon confidentielle* » avec le patient ;

– soit auprès du patient, auquel cas une copie de l'intégralité du dossier devra être mise à sa disposition dans les locaux de l'hôpital.

Le recours à la visioconférence est de plus en plus fréquent pour organiser les audiences devant les juridictions civiles, et le cabinet du garde des Sceaux a indiqué à votre rapporteur que la Chancellerie le favorisait. L'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire, dont les dispositions seront applicables aux audiences devant le juge des libertés et de la détention lorsqu'il contrôlera les mesures de soins sans consentement, fixe les règles d'utilisation des moyens de télécommunication. Il interdit notamment que les prises de vue et les prises de son puissent faire l'objet d'aucun enregistrement ou d'une fixation.

Pour votre rapporteur, le recours à ce procédé – que l'on pourrait qualifier de « téléjustice » par analogie avec la télémédecine – mérite d'être encouragé. En effet, il évite aux patients d'avoir à être conduits au tribunal, ce qui peut constituer pour un patient vulnérable une expérience stigmatisante, voire traumatisante. Il peut également éviter aux équipes hospitalières d'être accaparées par les tâches d'accompagnement des patients au tribunal, au détriment du soin.

On soulignera également que le juge des libertés et de la détention pourra tenir des audiences délocalisées, comme il le fait déjà dans le cadre du contrôle des conditions de rétention des étrangers, dans des locaux situés à proximité des lieux de rétention. On notera d'ailleurs que la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure adoptée définitivement par le Parlement en février 2011 prévoit la possibilité pour le juge de tenir des audiences dans les centres de rétention, sous certaines conditions visant à garantir que la salle d'audience soit aisément identifiée comme un lieu de justice, et non un lieu de rétention.

12. La possibilité pour le juge des libertés et de la détention de joindre un recours facultatif et un recours obligatoire

À des fins de souplesse et de simplification de la procédure judiciaire, le 16^o du paragraphe I tend à insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-12-3 conférant au juge des libertés et de la détention le droit de statuer par une même décision lorsqu'il est saisi du même cas à titre facultatif et à titre obligatoire. Il est alors précisé que la procédure applicable est celle prévue pour le contrôle obligatoire.

13. L'appel des décisions du juge des libertés et de la détention

Le 16° du paragraphe I propose d'insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-12-4 qui définit les conditions dans lesquelles les décisions du juge des libertés et de la détention concernant les mesures de soins psychiatriques sans consentement sont susceptibles d'appel.

Le premier alinéa du texte proposé pour cet article prévoit la possibilité de former un appel contre les ordonnances ainsi rendues par le juge devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Cet alinéa tend à préciser que le juge saisi en appel « *statue à bref délai* », et que le débat « *peut être tenu dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12-2* », ce qui a pour conséquences que :

- le débat devra être tenu de façon contradictoire ;
- la personne faisant l'objet de la mesure d'hospitalisation complète sans son consentement sera présente à l'audience, sauf motif médical dûment constaté faisant que cela ne serait pas dans son intérêt ;
- cette personne aura le droit d'être assistée ou représentée à l'audience par son avocat ;
- en cas d'absence de la personne pour motif médical, elle sera obligatoirement représentée par un avocat, commis d'office le cas échéant ;
- l'audience pourra être organisée par visioconférence, sur décision du juge et sauf opposition de la personne faisant l'objet de la mesure d'hospitalisation complète sans son consentement.

Surtout, le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique prévoit qu'en principe, l'appel n'est pas suspensif. Il en ressort donc que la mesure de soins sans consentement doit être levée immédiatement.

Pour éviter qu'une mainlevée inappropriée puisse ainsi conduire à une rupture de prise en charge qui serait préjudiciable au patient lorsqu'il existe un « *risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui* », le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique permet au préfet ou au directeur de l'établissement de santé de saisir le procureur de la République, afin que celui-ci demande – s'il le juge utile – au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de conférer un effet suspensif à l'appel dont il est saisi. Dans ce cas, l'appel devra être formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance de mainlevée à l'auteur de la requête. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué devra alors décider sans délai s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif, en statuant par une ordonnance « *rendue contradictoirement* ». Il est précisé que le malade sera maintenu en hospitalisation complète tant que cette ordonnance n'est pas rendue ainsi que, si cette ordonnance confère à l'appel un caractère suspensif.

Le malade est également maintenu en hospitalisation complète en attendant que le premier président de la cour d'appel statue en appel. Il est précisé que lorsque l'appel aura un effet suspensif, le premier président de la cour d'appel ou son délégué devra statuer dans un délai de trois jours, et de quatorze jours au plus s'il doit ordonner une expertise.

À l'image de ce qui est prévu en principe pour les décisions rendues en première instance, la mainlevée sera acquise si le juge ne rend pas sa décision dans les délais impartis.

D'après les explications fournies à votre rapporteur par les services compétents du ministère de la justice, cette procédure a été organisée à l'image de celle applicable aux étrangers placés en centre de rétention administrative.

14. Possibilité de maintenir des soins sans consentement après la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète

Le 16° du paragraphe I tend à insérer dans le code de la santé publique un article L. 3211-12-5 qui fixe les conditions dans lesquelles, lorsque le juge aura prononcé la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, ou que cette mainlevée sera acquise en l'absence de décision du juge dans les délais qui lui sont impartis, le patient pourra faire l'objet d'une décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement sous une forme alternative à l'hospitalisation complète.

Cette possibilité est toutefois soumise à la condition que les critères légaux d'admission de la personne en soins sans consentement soient toujours remplis.

Aux termes du I de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique dans sa rédaction proposée par l'article 2, pour l'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, ces critères sont les suivants :

– la personne doit présenter des troubles mentaux rendant impossible son consentement ;

– son état doit imposer des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante, qui justifierait une hospitalisation complète, ou une surveillance régulière, justifiant des soins sous contrainte sous une forme alternative à l'hospitalisation.

Selon le texte proposé par l'article 3 pour le I de l'article L. 3213-1 du même code, les conditions d'admission d'une personne en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État sont les suivantes :

– les troubles mentaux du malade doivent nécessiter des soins ;

– ces troubles doivent également compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Le deuxième aliéna du texte proposé pour l'article L. 3211-12-5 du code de la santé publique prévoit deux dérogations aux procédures normales d'admission en soins sans consentement : la période d'observation et de soins de 72 heures – qui vise notamment à apprécier la forme de prise en charge la plus adaptée aux besoins du patient – ne sera pas appliquée, et la décision d'admission fixera elle-même la forme de la prise en charge du malade.

15. Mesure de coordination

Le **paragraphe II** tend à opérer une mesure de coordination à l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire, qui fixe les règles générales d'organisation par visioconférence des audiences devant les juridictions civiles

*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS 12 de Mme Jacqueline Fraysse tendant à la suppression de l'article 1^{er}.*

Elle examine ensuite l'amendement AS 13 du même auteur.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient de généraliser la désignation par les patients d'une « personne de confiance », comme cela se fait dans d'autres pays.

M. Serge Blisko. Je soutiens cet amendement. Cette notion existe déjà dans notre arsenal juridique. Il en va ainsi du mandat de protection future introduit par la loi du 5 mars 2007 portant réforme du régime de la tutelle.

M. le rapporteur. Cet amendement est satisfait, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoyant déjà la possibilité de désigner une personne de confiance.

*L'amendement est **retiré**.*

*La Commission **adopte** ensuite l'amendement de précision AS 214 du rapporteur.*

Puis elle examine l'amendement AS 14 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Les soins libres doivent rester la règle et les soins sans consentement l'exception.

M. le rapporteur. Je rappelle que 75 % des patients sont soignés avec leur consentement. Cela dit, je ne m'opposerai pas à l'adoption de l'amendement, sous réserve qu'il soit ainsi rédigé : « Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état du patient le permet. »

Mme Jacqueline Fraysse. La précision me semble pertinente.

La Commission adopte l'amendement AS 14 modifié.

Elle examine ensuite l'amendement AS 15 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. On observe aujourd'hui une extrême disparité du nombre des hospitalisations d'office selon les départements, qui donne à penser que les critères retenus sont aléatoires. C'est pourquoi l'amendement vise à encadrer le recours aux soins sans consentement de conditions précises et uniformes.

Mme Catherine Génisson. Puisque l'amendement tend à poser trois conditions incontournables « en cas d'existence avérée d'une nécessité de soins », peut-être conviendrait-il de parler « d'obligation de soins » plutôt que de « nécessité ».

M. Fernand Siré. Ces conditions sont déjà prévues par les textes en cas d'hospitalisation d'office.

Mme Catherine Génisson. Mon expérience professionnelle m'incite à vouloir inscrire de tels critères dans la loi : j'ai déjà été en présence de décisions d'hospitalisation d'office qui ne se justifiaient que par la panique.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Non seulement l'amendement devrait porter sur l'article 2, qui précise les conditions du recours aux soins sans consentement, et non sur celui-ci qui définit les droits des patients, mais il me semble superfétatoire en ce sens que les critères existants sont déjà extrêmement précis et n'ont rien d'aléatoire, même s'il y a des divergences d'appréciation.

Quant à parler de « refus de soin intraitable »...

Mme Jacqueline Fraysse. Il aurait été en effet préférable de parler de refus de soin « consenti ».

La Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS 16 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il est indispensable que les soins ambulatoires restent dispensés dans des structures spécialisées.

M. le rapporteur. Défavorable : loin d'imposer une obligation au patient, l'article 1^{er} vise au contraire à étendre l'éventail des possibilités d'intervention, dont l'amendement réduit au contraire le nombre.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 215 du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 66 de M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. La médecine n'étant pas une science exacte, nous proposons d'assouplir le protocole de soins par la fixation d'une sorte de clause de revoyure, afin de laisser au psychiatre la possibilité de l'adapter à chaque cas.

M. le rapporteur. Défavorable : premièrement, l'alinéa 17 de l'article 1^{er} prévoit déjà une telle possibilité à l'issue de la période d'observation de soixante-douze heures. Deuxièmement, il est toujours loisible au psychiatre de modifier le protocole en tant que de besoin. Troisièmement, la mesure me semble relever du domaine réglementaire plus que du domaine législatif. Enfin, je vous mets en garde contre les risques d'effets pervers, cette disposition pouvant être interprétée comme autorisant la mise en place d'un protocole de soins très exigeant au moment de son élaboration pour justifier les soins sous forme ambulatoire puis très laxiste ensuite.

La Commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS 17 de Mme Jacqueline Fraysse.

Elle en vient à l'amendement AS 216 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement tend à rendre systématique un examen somatique des personnes admises en soins sans consentement. L'expérience montre en effet que ce n'est pas toujours le cas.

Mme la secrétaire d'État. Je me permets, monsieur le rapporteur, d'exprimer mon désaccord : la décision de pratiquer un examen somatique relève de la responsabilité du médecin. En outre, je ne vois pas la pertinence d'intégrer à ce texte, qui traite de la prise en charge des personnes faisant l'objet d'un traitement psychiatrique, des dispositions relatives à la prise en charge clinique.

Mme Catherine Génisson. Je suis totalement favorable à l'amendement. Je peux vous dire, madame la secrétaire d'État, que toutes les urgences de psychiatrie passent systématiquement par le service des urgences. Il n'est pas exceptionnel en effet qu'un trouble psychiatrique ait pour origine une cause somatique. Ce n'est pas la cardiologue qu'est Mme Fraysse qui me contredira : des troubles du rythme cardiaque, par exemple, peuvent entraîner de graves troubles psychiatriques. Les psychiatres se considèrent comme des médecins de l'esprit : au moindre problème, les patients sont rapatriés au service des urgences pour y être examinés.

Mme Catherine Lemorton. Nous avons, de la même façon, précisé dans la loi pénitentiaire le caractère obligatoire de la visite médicale avant l'entrée en détention.

Mme la secrétaire d'État. Le seul fait, madame Génisson, que vous ayez affirmé – avec véhémence – l'existence de l'examen clinique avant l'hospitalisation dans un service psychiatrique, montre bien qu'il s'agit là d'une pratique intégrée dans la prise en charge des patients. Je ne vois donc pas l'intérêt qu'elle soit prévue par la loi puisque tel est l'usage.

M. le rapporteur. J'espère que les malades font systématiquement l'objet d'un examen somatique, mais je n'en suis pas persuadé : je maintiens donc mon amendement.

Mme Catherine Génisson. J'exprime mon accord avec le rapporteur, non avec véhémence, mais en raison de mon expérience personnelle, d'autant que l'examen somatique est une garantie pour le patient.

M. Paul Jeanneteau. Je comprends bien la philosophie de l'amendement, mais la loi doit-elle préciser ce que doit faire le médecin ? Nous avons eu ce débat lors de l'examen de la loi relative à la bioéthique, où l'on voulait encadrer systématiquement le travail des médecins : il s'agit de personnes formées et responsables, et je leur fais confiance pour prendre en charge un patient que ce soit sur le plan psychiatrique ou somatique.

M. Fernand Siré. Dans des hôpitaux psychiatriques, des prises de sang systématiques ont montré que des malades présentaient des tumeurs des îlots de Langerhans, touchant des cellules sécrétant l'insuline : certains étaient ainsi restés quatre à cinq ans hospitalisés parce que personne n'avait mis en évidence que c'était un état d'hypoglycémie permanente qui les rendait déments !

Mme Catherine Génisson. J'entends les arguments de M. Jeanneteau, auxquels j'adhère, mais si l'on suivait ce raisonnement, on pourrait supprimer les trois quarts voire les quatre-cinquièmes du projet de loi...

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est le cas pour de nombreux textes.

M. Paul Jeanneteau. Justement : vous reprochez souvent aux lois d'être trop bavardes.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement les amendements de précision rédactionnelle AS 217 à AS 226 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite successivement les amendements AS 18 et AS 19 de Mme Jacqueline Fraysse.

Elle en vient à l'amendement AS 20 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'obligation d'informer le patient avant chaque décision prononçant le maintien des soins doit être étendue à la famille et à la personne de confiance.

M. le rapporteur. Avis défavorable : le texte prévoit déjà que le directeur de l'établissement d'accueil ou le préfet informent la famille dans un délai maximum de 24 heures ; une information en amont ne pourrait que retarder les soins.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 21 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'information du patient, comme celle de la famille ou de la personne de confiance, doit être faite « dès l'admission » et non « le plus rapidement possible », qui est une formule floue.

M. le rapporteur. J'y suis tout à fait défavorable : informer le patient dès son admission, quel que soit son état, sans savoir la manière dont on va le faire, ni s'il est conscient et comprend ce qu'on lui dit, ne me paraît pas une bonne manière de renforcer ses droits. Avez-vous bien mesuré les conséquences de la mesure que vous proposez ?

Mme Jacqueline Fraysse. Qu'en est-il de l'information de la famille et de la personne de confiance dès l'admission ?

M. le rapporteur. Cet amendement ne la prévoit pas – sachant que la Commission n'a pas retenu votre demande précédente de prise en compte de la famille ou de la personne de confiance.

La Commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite les amendements AS 22 et AS 23 de Mme Jacqueline Fraysse.

Puis elle adopte successivement les amendements AS 227 à AS 230 de précision rédactionnelle, AS 231 de coordination et AS 232 d'harmonisation rédactionnelle du rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 24 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à remplacer le collège de soignants – chargé de fournir un avis au juge des libertés et de la détention et au préfet – composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement qui accueille le patient, par la commission départementale des soins psychiatriques

(CDSP), qui est plus collégiale et qui, détachée de l'établissement, donnerait toute garantie d'objectivité.

Sur proposition du rapporteur, la Commission examine alors également, en discussion commune, les amendements AS 67 et AS 68 de M. Serge Blisko et AS 233 du rapporteur.

M. le rapporteur. S'agissant du collège de soignants, l'opposition à la présence du cadre de santé est, à de rares exceptions près, générale – il en va ainsi des cadres de santé eux-mêmes et des associations de famille.

Certes, madame Fraysse, la CDSP est plus collégiale, mais dois-je vous rappeler que trois de ses six membres sont nommés par le préfet et un par le procureur de la République ? Sur le plan de l'objectivité, cela ne devrait pas être à même de vous rassurer sachant ce que vous pensez par ailleurs de ces instances !

Mme Jacqueline Fraysse. Au moins la CDSP est-elle d'une composition plus large.

M. le rapporteur. Mais elle ne répond pas pour autant à votre définition d'une instance objective : comment expliquerez-vous en effet à vos militants que vous avez demandé à ce que ce soit des gens nommés par le préfet et le procureur qui informent ces derniers ?

M. Serge Blisko. Nos amendements tendent pour leur part à supprimer la participation d'un cadre de santé dans le collège de soignants – mesure unanimement demandée en effet par les associations de famille – et à prévoir à la place la présence d'un troisième psychiatre, l'avis de trois médecins offrant une garantie supplémentaire.

M. le rapporteur. La présence d'un troisième psychiatre sera difficile à gérer : dans certains établissements disposant de trois psychiatres, deux sont absents au mois d'août.

Je propose donc que le collège comporte deux psychiatres et prenne systématiquement l'avis de l'équipe soignante. Même si cela peut paraître évident, il vaut mieux le prévoir, car cette dernière peut avoir un point de vue différent.

M. Fernand Siré. Quand je téléphone à l'hôpital psychiatrique pour demander des nouvelles d'un patient, je n'ai pas affaire au psychiatre mais au cadre de santé responsable du service – souvent un infirmier-chef, spécialisé en psychiatrie – ou à l'infirmier concerné, qui suit en permanence le patient.

Face à la carence du nombre de psychiatres, faut-il faire confiance à un psychiatre roumain qui a fait quatre ans d'études ou à un infirmier qui a bénéficié en sus de sa formation de trois années de spécialisation ?

Mme la secrétaire d'État. Je pense aussi que trois regards valent mieux que deux. Au-delà de la présence, souhaitable, de deux psychiatres, l'avis d'un

membre du personnel soignant apporterait un regard complémentaire utile, fondé sur l'étroite proximité qu'il a avec le patient. Mais cet avis ne doit pas faire l'objet d'une simple consultation : il doit être formalisé et reconnu, faute de quoi il ne pourrait faire l'objet d'aucune « traçabilité », vérification ou évaluation, *a fortiori* lorsque le personnel soignant est en désaccord avec les psychiatres.

De plus, l'équipe soignante, qui participe grandement à la prise en charge des malades, mérite d'être valorisée dans le cadre des décisions prises à l'égard de ceux-ci.

Si l'expression de cadre de santé ne convient pas, peut-être peut-on y substituer une autre, telle celle de personnel soignant ou même de personnel du monde socio-éducatif – assistante sociale ou cadre supérieur. En tout cas, quelqu'un qui viendrait compléter l'équipe de psychiatres apporterait selon moi un regard pertinent dans l'évaluation du malade.

Mme Catherine Génisson. Le sujet est complexe. La présence dans le collège du cadre de santé est refusée par tout le monde : il faut respecter ce point de vue. Si l'avis de deux psychiatres, tel qu'il est prévu, peut sembler insuffisant, les autres propositions avancées sont trop nébuleuses. Que désigne, dans l'amendement du rapporteur, l'expression « équipe soignante » : une infirmière, une aide-soignante ?

Mme la secrétaire d'État. Il suffit de le préciser.

Mme Catherine Génisson. Cette expression est trop floue. Peut-être faudrait-il s'en tenir à l'avis des deux psychiatres, d'autant qu'en pratique les moyens sont limités.

Mme la secrétaire d'État. L'équipe soignante est présente auprès du patient : il ne faut pas dénigrer cet encadrement par des personnels paramédicaux ; il est souhaitable de valoriser leur action dans la prise en charge du patient. L'expression « équipe soignante » n'est pas nébuleuse : il suffit de préciser qu'il s'agit d'un cadre de santé ou d'une infirmière en psychiatrie.

Mme Jacqueline Fraysse. Il ne faut naturellement voir, dans ce débat, aucun propos désobligeant à l'égard du personnel soignant. À cet égard, quels sont les arguments avancés pour refuser l'avis d'un cadre de santé ?

M. le rapporteur. Au cours des auditions que j'ai menées, seule l'association des directeurs d'hôpitaux était favorable à cette idée. Les cadres de santé et les personnels infirmiers ne veulent pas assumer cette responsabilité, car ils sont sous l'autorité hiérarchique des médecins : de ce fait, tout dépendra de leurs rapports avec ces derniers : s'ils sont conflictuels, leur avis ne risque-t-il pas d'être alors systématiquement contraire à celui des médecins ? Par ailleurs, ce n'est pas le cadre de santé qui est le plus proche du patient, mais l'infirmier.

On peut prévoir, au lieu de l'avis de ce cadre, celui du directeur de soins ou bien d'un membre de l'équipe socio-éducative, mais cette idée n'a pas non plus rencontré beaucoup de succès lors des auditions que j'ai réalisées.

Mme la secrétaire d'État. L'équipe soignante a un lien fonctionnel avec les psychiatres, mais elle n'est pas sous leur autorité hiérarchique : le corps des personnels paramédicaux a sa propre hiérarchie.

La Commission rejette successivement les amendements AS 24, AS 67, AS 68 et AS 233.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 234 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 25 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à responsabiliser le patient, premier pas vers son rétablissement, et à impliquer sa famille ou la personne de confiance qu'il a préalablement désignée, en prévoyant que leur avis est recherché et pris en considération.

M. le rapporteur. Avis défavorable, pour les raisons déjà évoquées. La décision de réhospitaliser un patient – en soins sans son consentement – qui ne suit pas son traitement dépend de faits objectifs, et pas seulement de l'avis de la famille, d'autant que, selon les cas, celle-ci cherche avant tout à hospitaliser le patient ou, au contraire, à le garder auprès d'elle.

Le texte n'empêche pas la famille de faire valoir son point de vue, mais un avis systématique de celle-ci risque de limiter par trop la marge d'action du psychiatre.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous n'avons pas intérêt à bâtir des textes trop complexes ni à enfoncer des portes ouvertes. Nous sommes les premiers après à nous en plaindre !

Mme Catherine Génisson. L'alinéa 50 ne constitue-t-il pas une violation du secret médical, dans la mesure où il prévoit la transmission au directeur de l'établissement, qui n'est pas médecin, du certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète ?

M. le rapporteur. Le directeur d'établissement prend forcément sa décision au vu d'un certificat médical.

Mme Catherine Génisson. Celui-ci prescrit ou non l'hospitalisation, mais ne précise pas la maladie dont est atteint le patient. Que faut-il entendre par « certificat médical circonstancié » ?

M. le rapporteur. Il correspond à ce qui existe déjà avec la loi de 1990.

La Commission rejette l'amendement.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite les amendements AS 26 et AS 27 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** les amendements rédactionnels AS 235 et AS 236 du rapporteur.*

Elle en vient à l'amendement AS 237 du rapporteur.

M. le rapporteur. La possibilité pour le juge – lorsqu'il se prononce dans le cadre d'un recours individuel contre une mesure de soins sans consentement, de substituer une forme de prise en charge à une autre – prévue dans la version initiale du projet de loi, ne figure plus dans le texte actuel. Le juge décidera donc si le patient restera ou non hospitalisé, sans se prononcer sur la prescription de soins ambulatoires sans consentement. Soit il ne prendra pas de risque et maintiendra l'hospitalisation – en se disant que c'est la seule manière de conserver une contrainte de soins sur le patient –, soit il ne la maintiendra pas et, *de facto*, le patient n'aura plus de soins – à moins que celui-ci soit très coopératif, ce qui est peu probable dans ce cas de figure.

Je propose donc que le juge puisse, lorsqu'il ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation, assortir cette décision d'une prescription de soins sans consentement, à charge pour le psychiatre d'organiser le protocole de soins.

Mme la secrétaire d'État. Nous avons besoin d'y réfléchir. Je m'en remets pour l'instant à la sagesse de la Commission.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** les amendements rédactionnels AS 239 et AS 238 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS 28 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 240 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS 29 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 241 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS 31 de Mme Jacqueline Fraysse.*

Elle en vient à l'amendement AS 242 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit du premier d'une série d'amendements portant sur le « droit à l'oubli ». Il propose en effet d'instituer un tel droit pour les antécédents psychiatriques pris en compte pour appliquer à certains malades – en

l'occurrence les personnes ayant déjà fait l'objet de soins sans consentement à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale et les personnes ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) – une procédure renforcée d'examen de leurs demandes de levée de la mesure de soins. Il est proposé de ne pas tenir compte de ces antécédents lorsqu'ils remontent à une période ancienne, dont le délai serait défini par décret en Conseil d'État.

Mme la secrétaire d'État. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 32 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à supprimer les alinéas 71 et 72 de l'article 1^{er} pour éviter d'instaurer une mesure discriminatoire à l'égard de deux catégories de patients.

M. le rapporteur. Avis défavorable : le projet de loi renforce les précautions à prendre vis-à-vis de ces catégories de malades. Il ne s'agit pas d'une mesure discriminatoire, mais d'une réponse à des préoccupations de nature médicale – un avis médical supplémentaire étant requis.

L'amendement conduirait en outre à supprimer les délais dans lesquels l'avis du collège et les expertises sont transmis au juge et la disposition selon laquelle, passés ces délais, celui-ci statue immédiatement. Ce faisant, il pourrait entraîner un accroissement des hospitalisations abusives.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte les amendements rédactionnels AS 243 et AS 244 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 245 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement tend à étendre le contrôle du juge des libertés et de la détention à l'ensemble des mesures de soins sans consentement. Ainsi, les soins psychiatriques ambulatoires dont une personne fait l'objet sans son consentement ne pourraient se poursuivre sans l'accord préalable du juge.

Mme la secrétaire d'État. Je ne comprends pas le bien-fondé de cette disposition. Dans la mesure où l'intervention du juge doit porter sur les décisions de privation de liberté, je souligne que, concernant les soins ambulatoires, la liberté d'aller et venir est respectée. L'intervention du juge n'est donc pas nécessaire.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je partage cet avis. Il ne faut pas alourdir le dispositif.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite l'amendement AS 246 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit d'un amendement de repli, tendant à donner la possibilité au juge, s'il estime que l'hospitalisation n'est plus nécessaire, de prononcer des soins ambulatoires sous contrainte dans le cadre de la saisine automatique.

M. Serge Blisko. Après avis médical.

M. le rapporteur. Bien entendu.

Mme la secrétaire d'État. Je m'en remets pour l'instant, dans l'attente d'une analyse juridique, à la sagesse de la Commission.

La Commission adopte l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS 33 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient que le juge des libertés et de la détention se prononce sur toute poursuite d'une hospitalisation sans consentement au-delà de la période d'observation et de soins initiale de 72 heures.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Lors des auditions que j'ai organisées, on a parfois réclamé une intervention du juge *a priori* – avant l'hospitalisation – mais aussi 24 heures, 72 heures ou huit jours après : je propose que l'on s'en tienne au délai de 15 jours suivant l'hospitalisation, conformément à la décision du Conseil constitutionnel. Je rappelle que nous enregistrons 70 000 mesures d'hospitalisation sous contrainte par an, dont près de 50 % sont levées après huit jours. Demander l'intervention du juge au bout de 72 heures reviendrait à multiplier par deux le nombre de décisions judiciaires – avec toutes les difficultés qui s'ensuivent – sans accroître pour autant la sécurité juridique du patient, le texte prévoyant de toute façon, conformément à la décision du Conseil constitutionnel, un contrôle *a posteriori*.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte les amendements rédactionnels AS 247 et AS 248 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 249 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement propose de permettre au juge de fixer les délais dans lesquels les expertises supplémentaires qu'il demande doivent lui être rendues, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État – celles-ci étant aujourd'hui souvent transmises tardivement, ce qui ne permet pas de satisfaire l'exigence d'un jugement rendu à bref délai.

Mme la secrétaire d'État. Les experts font le maximum pour répondre au plus vite aux demandes qui leur sont adressées. Leur imposer des délais ne paraît

pas nécessaire : ce sont les décisions du juge qui sont soumises à des délais. En outre, cette mesure deviendrait opposable : que feriez-vous si ces délais n'étaient pas respectés ?

M. le rapporteur. Dans ce cas, le juge statuerait immédiatement.

Mme Marie-Christine Dalloz. Il s'agit en l'occurrence d'un parfait exemple de loi bavarde. Cette dérive est inquiétante. La loi doit conserver de la souplesse et ne pas entrer dans de tels détails, qui relèvent davantage des décrets d'application.

M. Serge Blisko. Je suis d'un avis opposé, même si je reconnais qu'on a tendance à entrer dans les détails : les avis des experts sont rendus beaucoup trop tardivement. Le préjudice est d'autant plus grave en la matière qu'il dépasse le simple inconfort et conduit à bloquer des personnes à l'hôpital. Si l'expert ne respectait pas le délai, il engagerait sa responsabilité et le patient, déjà soumis à beaucoup de contraintes, pourrait sortir de l'hôpital. La peur du juge serait sans doute de nature à contraindre les experts à rendre leur avis plus rapidement.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte les amendements rédactionnels AS 250, AS 251 et AS 252 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS 34 de Mme Jacqueline Fraysse.

Puis elle adopte l'amendement de coordination AS 253 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 35 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de supprimer l'alinéa 81 pour empêcher, là encore, d'instaurer une mesure discriminatoire à l'égard de deux catégories de patients.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement de coordination AS 254 et l'amendement rédactionnel AS 255 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 36 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de remplacer, à l'alinéa 83, les mots « de la défense » par les mots « du patient » : il s'agit en l'occurrence de malades et non d'accusés devant se défendre.

M. le rapporteur. La notion de « droits de la défense » est l'expression juridiquement consacrée.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 256 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 257 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement tend à renforcer le principe du débat contradictoire devant le juge en proposant que puissent être entendus à l'audience, à leur demande, la personne qui a demandé les soins, le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État.

Mme Catherine Génisson. Je comprends les motifs du rapporteur, mais cette mesure ne risque-t-elle pas d'être contre-productive auprès des personnes qui pourraient être à l'initiative de l'admission d'un patient en soins sans consentement ?

Mme la secrétaire d'État. Je suis d'accord avec Mme Génisson et donc plutôt défavorable à cet amendement. Les modalités d'organisation de l'audience sont fixées par voie réglementaire et il appartient au juge de décider qui il souhaite entendre. Il n'existe pas d'audition de plein droit dans les procédures judiciaires.

L'amendement est retiré.

Puis la Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 258 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 37 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à remplacer, à l'alinéa 86 de l'article 1er, les mots « absence d'opposition » par le mot « accord » qui est plus respectueux des patients s'agissant de la vidéotransmission de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Le texte prévoit que le recours à la « télé-justice » n'est jamais imposé au patient. Il est d'ailleurs de la responsabilité de l'équipe soignante, non seulement d'y veiller, mais aussi de faire comprendre la procédure : par exemple, certaines personnes paranoïaques croyant être poursuivies par des extraterrestres pourraient prendre d'un très mauvais œil la vidéotransmission s'ils pensaient que ceux-ci les examinaient derrière la caméra !

Mme Jacqueline Fraysse. Vos propos reviennent à dire qu'il faut l'accord du patient : vous avez bien défendu mon amendement...

La Commission rejette l'amendement.

Puis la Commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS 259 et AS 260 du rapporteur.

Elle en vient à l'amendement AS 38 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il serait préférable d'indiquer 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 », formule trop floue.

M. le rapporteur. La formulation du texte est conforme à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Il n'y a aucune raison de s'en écarter.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 69 de M. Serge Blisko.

M. Serge Blisko. Cet amendement supprime la possibilité de recours suspensif de la décision du juge par voie d'injonction au procureur.

Sur avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 39 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Seule la personne ou l'instance à l'origine de l'hospitalisation devrait pouvoir former un recours suspensif à une mainlevée demandée par le juge des libertés et de la détention.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement élargirait la possibilité de former de tels appels suspensifs. Je sais que certaines familles sont demandeuses, mais pour le coup, une telle mesure serait restrictive des libertés.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite successivement les amendements rédactionnels AS 261 à AS 265 du rapporteur ainsi que l'amendement de conséquence AS 266 du même auteur.

Elle **adopte** alors l'article 1^{er} **modifié**.

TITRE II SUIVI DES PATIENTS

Suite aux modifications introduites par l'article 1^{er} du projet de loi au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique (CSP) concernant les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, le présent titre vise à faire évoluer les dispositions des chapitres II et III de ce même titre relatives aux procédures d'hospitalisation sous contrainte : l'article 2 modifie ainsi le chapitre II relatif à l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et l'article 3 le chapitre III relatif à l'hospitalisation d'office (HO).

Article 2

(articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique)

Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Le présent article entérine tout d'abord le passage de l'hospitalisation sous contrainte à l'admission en soins psychiatriques sans consentement en modifiant les termes utilisés et la procédure applicable dans le cadre des hospitalisations sur demande d'un tiers. Mais il introduit également un certain nombre d'adaptations visant à tenir compte des failles du dispositif actuel. Il s'agit principalement de réduire les cas de recours « par défaut » à la procédure d'hospitalisation d'office :

– lorsqu'il est impossible de procéder à une hospitalisation sur demande d'un tiers, faute de tiers,

– ou lorsqu'il est jugé nécessaire de poursuivre les soins alors même que la levée de la mesure a été demandée par le tiers, faute de moyens juridiques pour le directeur de l'établissement de santé accueillant le patient de s'y opposer.

L'admission en soins psychiatriques sans consentement est ainsi élargie, par rapport à la procédure actuelle d'hospitalisation sur demande d'un tiers, aux cas de péril imminent pour la santé de la personne malade, même en l'absence de tiers pour demander les soins (article L. 3212-1). Et la possibilité est accordée au directeur de l'établissement de santé accueillant la personne malade de s'opposer à la levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement (article L. 3212-9 CSP). Ces dispositions sont évidemment encadrées par des conditions strictes et doivent s'appuyer sur un certificat médical ou (s'agissant de l'opposition à la levée de la mesure) un avis médical. Les décisions prises en application de ces dispositions sont en outre susceptibles de recours devant le juge des libertés et de la détention (voir *supra* le commentaire de l'article 1^{er}).

● Au 1^o, l'intitulé du chapitre II est modifié : la référence à l'hospitalisation est supprimée et remplacée par « l'admission en soins sans consentement », que ce soit à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

● Le 2^o procède à la réécriture globale de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique qui définit actuellement les critères et modalités d'hospitalisation sur demande d'un tiers : une grande partie des conditions prévues à cet article sont reprises dans le cadre de l'admission en soins sans consentement, la principale innovation consistant en la création d'une procédure d'admission sans tiers, en cas de péril imminent, au 2^o du II de cet article.

1. Conditions d'admission en soins sans consentement

Le I de l'article L. 3212-1 reprend les dispositions figurant actuellement aux trois premiers alinéas et définissant les conditions nécessaires à une admission

en soins sans consentement. Plusieurs précisions sont cependant apportées à l'alinéa 4 : la nouvelle rédaction indique ainsi que la décision d'admission relève de la compétence du directeur de l'établissement de santé qui accueille la personne malade ; elle prévoit en outre que cet établissement doit faire partie des établissements de santé chargés par le directeur général de l'agence régionale de santé d'assurer la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire précisément celle de prendre en charge les personnes hospitalisées sans leur consentement (article L. 3222-1 du code de la santé publique).

S'agissant des deux conditions nécessaires à l'admission en soins sans consentement, le 1° reste inchangé et continue de viser l'existence de **troubles rendant impossible le consentement de la personne**. Le 2° est adapté afin de tenir compte de la possibilité d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète : ainsi, si on considère que l'état de la personne doit imposer des **soins immédiats**, ceux-ci peuvent être **assortis soit d'une surveillance médicale constante**, impliquant une hospitalisation complète, **soit d'une surveillance médicale régulière** s'accommodant d'une prise en charge moins « lourde » qu'une hospitalisation complète, sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1 CSP (c'est-à-dire incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile et le cas échéant des séjours en établissement de santé).

La **procédure** d'admission, décrite au **II** de l'article L. 3212-1, ne reprend quant à elle que partiellement le droit existant : si, contrairement au projet initial du Gouvernement, le nombre de certificats médicaux requis a finalement été maintenu à deux suite à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, le projet de loi crée désormais deux voies parallèles d'admission : l'une à la demande d'un tiers, l'autre en cas de péril imminent pour la santé de la personne.

La procédure d'admission à la demande d'un tiers fait l'objet du 1°. Celui-ci précise que la demande peut, comme aujourd'hui, émaner d'un **membre de la famille**, mais il restreint le champ des autres personnes susceptibles de jouer le rôle de tiers afin de se conformer à la jurisprudence du Conseil d'État. En effet, alors que le texte actuel vise « toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade », à l'exception des personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil, la haute juridiction administrative a précisé dans un arrêt du 3 décembre 2003 que « *la décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* ». Le dispositif de l'arrêt a été introduit mot pour mot au présent alinéa qui vise donc désormais les **personnes « justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins** et [leur] donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui », toujours à l'exclusion des personnels soignants des établissements concernés. Soulignons à cet égard que si l'arrêt du Conseil d'État précité a mis fin à une

pratique courante consistant, en l'absence de tiers, à demander à des personnels non soignants des établissements de santé, comme les assistantes sociales, de signer les demandes d'hospitalisation sur demande d'un tiers, la reconnaissance dans la loi de l'exigence d'un lien préexistant entre le tiers et la personne malade, qui a pu poser problème depuis 2003 dans le cas de personnes nécessitant des soins mais profondément isolées socialement et familialement, est néanmoins contrebalancée désormais par la création d'une procédure d'admission « sans tiers » en cas de péril imminent (voir *infra* le commentaire du 2°).

Les dispositions relatives à la forme et au contenu de la demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement, qui relèvent du niveau réglementaire, sont logiquement renvoyées à un décret en conseil d'État, alors qu'elles faisaient auparavant l'objet du cinquième alinéa de l'article L. 3212-1.

Les deux derniers alinéas du II sont consacrés aux exigences relatives aux **certificats médicaux** devant accompagner la demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Comme indiqué précédemment, la lettre rectificative n° 3116 a maintenu le nombre de ces certificats à deux : ils doivent être circonstanciés, dater de moins de quinze jours et attester que les conditions mentionnées aux 1° et 2° du I (impossibilité de donner son consentement et besoin de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale) sont bien remplies. Par ailleurs, ces certificats ne peuvent émaner du même médecin et le premier d'entre eux ne peut exercer dans l'établissement accueillant le malade ; enfin ces médecins ne peuvent avoir des liens de parenté jusqu'au quatrième degré, que ce soit entre eux, avec les directeurs des établissements d'accueil, avec le tiers demandeur ou encore avec la personne malade. Conformément aux considérants 18 et 19 de la décision n° 2010-71 QPC du Conseil constitutionnel, qui insistent sur les garanties de procédure apportées par l'existence des deux certificats médicaux mais également par le fait qu'ils émanent de deux médecins différents et que le recours à un seul certificat est réservé, à titre exceptionnel aux cas de péril imminent pour la santé de la personne ⁽¹⁾, le Gouvernement a conservé le dispositif en vigueur aujourd'hui.

Il a en revanche souhaité introduire **au 2° du II de l'article 3212-1 une nouvelle voie d'admission en soins psychiatriques sans consentement ne reposant pas sur la demande d'un tiers mais sur la seule existence d'un péril imminent pour la santé de la personne**. Cette procédure est à distinguer de celle prévue à l'article L. 3212-3 CSP qui permet, à titre exceptionnel, d'admettre une personne en soins psychiatriques sans son consentement, sur demande d'un tiers, sur la base d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil, lorsqu'il y a péril imminent pour la santé de cette personne. La procédure prévue au 2° a vocation à s'appliquer aux cas où il n'y a aucun tiers susceptible de déclencher la procédure, notamment dans le cas de personnes fortement désocialisées, comme les personnes sans domicile fixe, ou de

(1) Est ici visée par le Conseil constitutionnel la procédure prévue à l'article L. 3212-3 qui est mise en œuvre à titre exceptionnel lorsqu'il y a à la fois demande d'un tiers et péril imminent pour la santé du malade.

personnes susceptibles de se retourner contre leur entourage, celui-ci n'étant alors naturellement pas enclin à présenter la demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Afin de prévoir des garanties suffisantes, la situation de péril imminent doit être constatée par un certificat médical circonstancié, constatant l'état mental de la personne à soigner, indiquant les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins sans consentement ; ce certificat ne peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du malade. Par ailleurs, il est précisé que les certificats médicaux établis au bout de 24 heures et de 72 heures, conformément à l'article L. 3211-2-2, doivent, dans ce cadre, émaner de deux psychiatres distincts. Enfin, le directeur de l'établissement d'accueil doit mettre en œuvre les diligences nécessaires pour rechercher et informer la famille du malade, la personne chargée de sa protection juridique ou, à défaut, toute personne justifiant de relations antérieures, à l'exception des personnels soignants exerçant dans l'établissement.

● Le 3^o du présent article modifie le premier alinéa de l'**article L. 3212-2** du code de la santé publique qui dispose que le directeur de l'établissement d'accueil du malade procède aux vérifications nécessaires (validité de la demande, identité du demandeur et du malade) avant de prendre la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement. Les modifications apportées sont uniquement d'ordre rédactionnel ou de coordination. Le second alinéa de l'article L. 3212-2, aux termes duquel l'ensemble des pièces produites sont mentionnées dans le bulletin d'entrée, est quant à lui conservé dans sa rédaction actuelle.

● Le 4^o modifie l'**article L. 3212-3** du code de la santé publique relatif à la procédure évoquée plus haut permettant, à titre exceptionnel, l'**admission en soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers, en cas de péril imminent pour la santé du malade, sur la base d'un seul certificat médical pouvant, le cas échéant, émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil**. Une référence au 1^o du II de l'article L. 3212-1 est introduite afin que cette procédure continue de s'appliquer uniquement aux cas où la demande d'admission est présentée par un tiers et ne concerne pas l'ensemble des cas d'admission, qui comprend désormais, en vertu du 2^o du II de l'article L. 3212-1, la possibilité d'une admission sans tiers, en cas de péril imminent, sur la base d'un seul certificat médical mais qui, lui, ne peut émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil.

À cet égard, force est de constater que l'utilisation de la notion de péril imminent dans les deux articles ne simplifie pas la compréhension globale du nouveau dispositif. Cette procédure exceptionnelle correspond cependant à un cas de figure bien particulier (présence d'un tiers et péril imminent) qui n'est pas couvert par les procédures de « droit commun » prévues au 1^o et 2^o de l'article L. 3212-1. En outre, bien que qualifiée d'exceptionnelle, cette procédure recouvre

aujourd'hui, d'après les services du ministère chargé de la santé, la moitié des cas d'admission en hospitalisation sur demande d'un tiers⁽¹⁾, il paraît donc difficile de la supprimer purement et simplement. On peut cependant escompter qu'un certain nombre de cas relevant aujourd'hui de l'article L. 3212-3 entrent désormais dans le champ du 2° du II de l'article L. 3212-1 (admission en soins sans consentement en cas de péril imminent, sans demande d'un tiers).

● Le 5° procède à la réécriture globale de l'**article L. 3212-4** du code de la santé publique dont le premier alinéa prévoit actuellement l'établissement, dans les 24 heures suivant l'admission du patient en soins psychiatriques sans consentement, d'un certificat médical ne pouvant émaner de l'un des médecins ayant participé à l'admission. Ce certificat vise à confirmer ou infirmer la nécessité des soins. Or, l'article 1^{er} du projet de loi introduit dès le chapitre Ier du titre II la mention de l'établissement d'un certificat médical au bout de 24 heures suivi d'un autre certificat médical au bout de 72 heures, matérialisant la fin de la période initiale d'observation (deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2). La nouvelle rédaction de l'article L. 3212-4 vise à tenir compte de cette innovation et à prévoir les différentes évolutions possibles de la mesure de soins en fonction du contenu de ces deux certificats.

Quant aux dispositions de l'actuel deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 qui précise les modalités selon lesquelles le représentant de l'État dans le département et la commission départementale des hospitalisations psychiatriques sont informées des décisions d'admission en soins sans consentement, elles sont reprises plus loin à l'article L. 3212-5.

2. Issue de la période d'observation de 72 heures

L'article L. 3212-4 prévoit les différentes issues qui peuvent être données à la mesure de soins sans consentement en fonction des conclusions des certificats médicaux établis pendant la période d'observation, au bout de 24 heures puis de 72 heures. Rappelons que ces certificats médicaux sont établis par un psychiatre de l'établissement d'accueil afin de constater l'état mental de la personne et de confirmer ou non la nécessité de maintenir les soins au regard des conditions d'admission. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base duquel ou desquels la décision d'admission a été prononcée.

Premier cas de figure : **lorsque l'un des deux certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus la mesure de soins**, la levée de celle-ci est alors prononcée immédiatement par le directeur de l'établissement d'accueil.

(1) D'après le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires de 2005, citant une circulaire de la Direction générale de la santé du 24 mai 2004, les mesures d'HDT prises au titre d'un péril imminent représentaient 40 % des HDT en 2001 contre 12 % en 1992. L'Etude d'impact, qui se base sur les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, avance le chiffre de 48 % des HDT en 2007.

Second cas de figure : lorsque les deux certificats concluent à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce le **maintien** de la mesure de soins sous la **forme de prise en charge** proposée par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2. Lorsque la forme de prise en charge est celle mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1 (forme autre que l'hospitalisation complète), le directeur de l'établissement d'accueil joint à sa décision le protocole de soins établi par le psychiatre, qui définit le ou les types de soins prodigués, les lieux de leur réalisation et leur périodicité (dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2).

L'alinéa suivant rappelle, conformément au premier alinéa de l'article L. 3211-2-2, que le patient est pris en charge sous la forme d'une hospitalisation complète dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement d'accueil, c'est-à-dire pendant les 72 heures de la période d'observation ou, à tout le moins, pendant les premières 24 heures à l'issue desquelles la levée des soins peut être prononcée.

Enfin, le dernier alinéa dispose que le directeur de l'établissement d'accueil a la faculté de modifier à tout moment la forme de prise en charge du patient sur la base d'un certificat médical ou d'un avis médical émanant d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient. L'article L. 3211-11 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de l'article 1^{er} du présent projet de loi, prévoit en effet que tout psychiatre participant à la prise en charge d'un patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge « pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne ». Il peut également proposer l'hospitalisation complète de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement lorsqu'il constate que la prise en charge décidée sous une autre forme ne permet plus de dispenser à cette personne les soins nécessaires à son état (dernier alinéa de l'article L. 3211-11).

● L'**article L. 3212-5** du code de la santé publique, qui précise aujourd'hui les modalités d'information du procureur de la République sur les hospitalisations sans consentement, est également entièrement réécrit. La nouvelle rédaction proposée au 6° permet de regrouper au sein de cet article l'ensemble des dispositions relatives à l'information sur les admissions en soins psychiatriques sans consentement des différentes autorités compétentes et de compléter ces dispositions par une obligation d'informer, dans certains cas, le tiers demandeur de la mesure de soins de l'évolution de la forme de prise en charge du patient. La responsabilité de cette information incombe en outre désormais uniquement au directeur de l'établissement d'accueil.

3. Informations à transmettre au préfet, à la commission départementale des soins psychiatriques, au procureur et au tiers

Le I de l'article L. 3212-5 reprend les dispositions qui figurent actuellement au deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 concernant l'information

sur les admissions en soins psychiatriques sans consentement du représentant de l'État dans le département et de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), qui, en vertu de l'article 6 du projet de loi, devient la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Il est ainsi précisé qu'il appartient au directeur de l'établissement d'accueil d'informer sans délai le préfet et la CDSP de toute décision d'admission, de leur communiquer le certificat médical d'admission ainsi que le bulletin d'entrée puis de leur transmettre les certificats médicaux établis au bout de 24 heures puis de 72 heures.

Alors qu'il appartient aujourd'hui au préfet d'informer le procureur de la République, le **II** transfère également cette responsabilité au directeur de l'établissement d'accueil qui, là aussi, doit notifier sans délai au procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) dans le ressort duquel se situe le domicile ⁽¹⁾ du patient ainsi qu'au procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel se trouve son établissement : les nom, prénom, profession et domicile du patient ainsi que du tiers demandeur des soins, lorsqu'il y en a un.

Enfin, le **III** prévoit une dernière obligation d'information pour le directeur de l'établissement d'accueil à l'égard de la **personne ayant demandé les soins**. Il est ainsi prévu que celle-ci soit **avertie de toute décision modifiant la prise en charge lorsque cela se traduit par une prise en charge autre que l'hospitalisation complète**. Il s'agit là d'une mesure de précaution bien compréhensible à l'égard des tiers qui portent la responsabilité de l'admission en soins sans consentement, et pour lesquels on constate bien souvent que les patients, même stabilisés et capables de reconnaître la nécessité des soins, nourrissent un certain ressentiment.

● Le 7^o du présent article procède à l'abrogation de l'**article L. 3212-6** du code de la santé publique, désormais sans objet. En effet, dans la mesure où le I de l'article L. 3212-1 précise que l'admission en soins psychiatriques sans consentement ne peut avoir lieu que dans un établissement de santé chargé de cette mission de service public, il devient inutile de conserver un article dont le seul objet est de préciser les modalités de contrôle des hospitalisations sous contrainte réalisées dans des établissements n'assurant pas ladite mission de service public.

● Le 8^o propose quant à lui une **nouvelle rédaction de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique déclaré contraire à la Constitution** par la décision du Conseil constitutionnel n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010. Rappelons que cet article fixe les modalités selon lesquelles la personne hospitalisée sans son consentement peut, sur la base d'un certificat médical établi dans les trois jours

(1) La notion désormais utilisée dans le texte est celle de « résidence habituelle ou lieu de séjour ». La résidence habituelle ayant été définie par la première chambre civile de la Cour de Cassation dans un arrêt de décembre 2005 « comme le lieu où l'intéressé a fixé, avec la volonté de lui conférer un caractère stable, le centre permanent ou habituel de ses intérêts ».

précédant l'expiration des quinze premiers jours d'hospitalisation, être maintenue en soins sous contrainte pour une période d'un mois, renouvelable tous les mois selon les mêmes modalités.

Le Conseil constitutionnel a en effet considéré qu'en prévoyant le **maintien de l'hospitalisation sans consentement au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire**, les dispositions de l'article L. 337 (devenu l'article L. 3212-7) méconnaissaient les exigences de l'article 66 de la Constitution.

Si les conséquences de cette déclaration d'inconstitutionnalité ont été prises en compte à l'article 1^{er} du présent projet de loi avec l'introduction d'une saisine automatique du juge des libertés et de la détention qui statue dans un délai de quinze jours (puis à échéance régulière) sur les mesures d'hospitalisation complète des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement, il n'en demeure pas moins nécessaire de modifier l'article L. 3212-7 afin, précisément, de tenir compte des conséquences de cette saisine automatique dans le rythme de production des certificats médicaux et des décisions de maintien des mesures de soins. Ainsi, ne sont conservées du texte initial que la possibilité de maintenir les soins pour des périodes maximales d'un mois renouvelables et le principe selon lequel le défaut de production d'un certificat médical entraîne la levée de la mesure de soins.

4. Modalités de maintien des soins sans consentement

Le premier alinéa de l'article L. 3212-7 impose une nouvelle obligation aux psychiatres des établissements de santé prenant en charge les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : la **production d'un certificat médical entre le sixième et le huitième jour d'admission** en soins. Ce certificat doit être circonstancié et indiquer, d'une part, si les soins sont toujours nécessaires et, d'autre part, si la forme de prise en charge est toujours adaptée ; à cet égard, on pourrait suggérer que le psychiatre ait également la possibilité, par le biais de ce certificat médical, de proposer une autre forme de prise en charge. Il pourrait en outre être utile de prévoir, comme c'est le cas à ce stade dans la procédure d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État (article L. 3213-3 dans sa rédaction issue de l'article 3 du projet de loi), qu'en l'absence du patient, le psychiatre établit un avis médical sur la base du dossier médical de celui-ci.

Le certificat médical prévu au présent alinéa remplit deux fonctions :

– il remplace tout d'abord le certificat médical préalablement établi dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours d'hospitalisation permettant au directeur d'établissement de se prononcer sur le maintien des soins pour une durée maximale d'un mois. En effet, avec une saisine automatique du juge des libertés et de la détention (JLD) et une décision de celui-ci intervenant à J+15 après l'admission en soins, il n'était pas possible de conserver peu ou prou le

même délai pour la production du certificat médical déclenchant le maintien des soins pour un mois : celui-ci doit en effet intervenir impérativement avant que le juge ne soit saisi, ne serait-ce que pour éviter toute saisine inutile du juge en cas de levée préalable de la mesure ;

– à cet égard, et bien que cela ne soit pas explicitement indiqué dans le texte, la production de ce certificat médical à J+8 doit permettre une première information du juge des libertés et de la détention (du moins du greffe) préalablement à la saisine officielle par le directeur d'établissement, qui devrait, elle, avoir lieu au plus tard à J+12 et qui est accompagnée d'un avis conjoint de deux psychiatres de l'établissement d'accueil du patient⁽¹⁾. Notons que les éléments statistiques dont dispose le Gouvernement semblent indiquer que près de la moitié des mesures d'hospitalisation sur demande d'un tiers sont levées entre le 7^{ème} et le 15^{ème} jour d'hospitalisation. Le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires publié en 2005⁽²⁾ avait estimé ce taux, sur la base des données PMSI⁽³⁾ agrégées de trois régions, à 40 %. Il est donc apparu pertinent de choisir un délai à J+8 à la fois pour déclencher l'information du JLD et pour permettre au directeur de l'établissement d'accueil de se prononcer sur le maintien des soins à plus long terme.

Le deuxième alinéa précise que les soins peuvent par la suite être maintenus pour des périodes d'un mois, selon les mêmes modalités qu'au premier alinéa, c'est-à-dire au vu d'un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires et la forme de prise en charge adaptée, certificat qui doit être établi dans les trois jours précédant la fin de la période d'un mois.

Le troisième alinéa introduit quant à lui une garantie supplémentaire pour la personne admise en soins psychiatriques sans son consentement consistant en une **évaluation approfondie de son état mental dès lors qu'elle fait l'objet de soins depuis plus d'un an**. La durée d'un an visée ici est une durée continue : aussi les périodes de soins sans consentement inférieures à un an, entrecoupées par des périodes où les mesures de soins sont levées, ne sont-elles pas comptabilisées à ce titre (elles ne sont pas additionnées jusqu'à constituer une période d'un an). L'évaluation prévue au présent alinéa est réalisée par le **collège mentionné à l'article L. 3211-9** (dans sa rédaction issue de l'article 1^{er} du projet de loi). Rappelons que ce collège est composé de trois membres du personnel de l'établissement d'accueil du patient, en l'occurrence un psychiatre participant à sa prise en charge, un psychiatre n'y participant pas et un cadre de santé. Si l'étendue de l'évaluation n'est pas précisée ici, notamment le fait de savoir si le collège se prononce sur la nécessité des soins ainsi que sur la forme de prise en charge et rend, ou non, un avis formel, il est en revanche indiqué que celui-ci doit recueillir l'avis du patient. Notons enfin que l'évaluation par le collège peut être repoussée

(1) Il de l'article L. 3211-12-1 créé par l'article 1^{er} du projet de loi.

(2) « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ».

(3) Programme de médicalisation des systèmes d'information.

en cas d'absence du patient, mais qu'il n'est pas prévu qu'il puisse se prononcer uniquement sur la base du dossier médical.

L'avant-dernier alinéa reprend les dispositions qui figurent aujourd'hui au dernier alinéa et qui prévoient **qu'en cas de défaut de production des certificats médicaux prévus au présent article, la levée de la mesure de soins sans consentement est acquise.**

Enfin, le dernier alinéa complète les dispositions du I de l'article L. 3212-5 (dans sa rédaction résultant du présent article) en matière d'information du représentant de l'État dans le département et de la commission départementale des soins psychiatriques. Il prévoit ainsi la transmission au préfet et à la CDSP des copies des documents sur la base desquels le directeur d'établissement se prononce sur le maintien des soins. La référence à l'article L. 3212-5 s'agissant des modalités selon lesquelles ces documents sont transmis renvoie, d'une part, à la compétence du directeur de l'établissement pour ce faire et, d'autre part, à la diligence avec laquelle celui-ci doit s'acquitter de cette mission, les II et III de cet article précisant qu'il doit procéder « sans délai » à l'information des différentes autorités compétentes.

- Le 9^o introduit plusieurs modifications d'ordre rédactionnel au sein de l'**article L. 3212-8 du code de la santé publique** qui s'attache aux conditions de levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers et aux modalités d'information des autorités compétentes de cette décision. L'objectif poursuivi ici est simplement de modifier les termes utilisés dans cet article, qui se réfèrent au champ lexical de l'hospitalisation sans consentement sur demande d'un tiers, afin qu'ils fassent désormais référence à l'admission en soins sans consentement.

Sur le fond, aucune modification n'est apportée à cet article qui prévoit dans son premier alinéa que la mesure de soins est levée dès lors qu'un psychiatre de l'établissement atteste que les conditions ayant rendu nécessaire cette mesure de soins ne sont plus réunies. Le deuxième alinéa prévoit que le directeur de l'établissement informe dans les vingt-quatre heures de la levée de la mesure de soins le préfet, la CDSP, le procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel se trouve le domicile du patient, le procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel se situe l'établissement de soins et, enfin, le tiers demandeur des soins. Quant au dernier alinéa, il donne compétence au préfet et à Paris, au préfet de police, pour prononcer lui-même la levée de la mesure de soins lorsque les conditions ayant présidé à la mise en œuvre d'une telle mesure ne sont plus réunies.

- Une nouvelle rédaction de l'**article L. 3212-9** du code de la santé publique, qui dresse actuellement la liste des personnes susceptibles de demander et d'obtenir, de droit, la levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement, est proposée au 10^o. Cette nouvelle rédaction introduit la possibilité pour le

directeur de l'établissement prenant en charge le patient de s'opposer à la levée de la mesure de soins lorsque celle-ci est susceptible d'entraîner un péril imminent pour la santé du patient, tout en élargissant le champ des personnes susceptibles de saisir le directeur aux fins d'obtenir la levée de la mesure. L'objectif poursuivi n'est pas de retenir les personnes en soins sans consentement mais d'éviter qu'en l'absence de mécanisme juridique approprié, le seul recours pour le psychiatre qui estime que les soins sont toujours nécessaires soit celui prévu au dernier alinéa de l'article L. 3212-9 dans sa version actuellement en vigueur, qui consiste peu ou prou à demander au préfet de transformer l'hospitalisation à la demande de tiers en hospitalisation d'office en cas de menace pour la sûreté des personnes ou pour l'ordre public.

5. Suites données à la demande de levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement

Dans sa rédaction en vigueur, l'article L. 3212-9 prévoit qu'une personne hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers cesse d'être « retenue » dans l'établissement de santé qui l'a prise en charge dès que la levée de l'hospitalisation est requise par l'une des personnes mentionnées au 1° à 7°. La liste de ces personnes est la suivante :

- le curateur (1°) ;
- le conjoint ou le concubin (2°) ou, s'il n'y a pas de conjoint, les ascendants (3°) et, s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs (4°) ;
- la personne qui a signé la demande d'admission, sauf opposition d'un parent jusqu'au sixième degré inclus demandant l'assentiment du conseil de famille (5°) ;
- une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille (6°) ;
- la CDHP (7°).

Ces huit alinéas sont remplacés par trois alinéas prévoyant que la levée de la mesure de soins est prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil lorsqu'elle est demandée soit par la CDSP soit par « une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1 ». Cette référence renvoie à la liste des personnes que le directeur doit s'efforcer de prévenir en cas d'admission d'une personne en soins sans consentement en cas de péril imminent (en l'absence de tiers), en l'occurrence :

- la famille de la personne malade ;
- le cas échéant, la personne chargée de sa protection juridique ;
- ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans

l'intérêt de celui-ci (à l'exception des personnels soignants de l'établissement d'accueil).

Il résulte toutefois de l'alinéa suivant que **le directeur de l'établissement d'accueil n'est désormais tenu de faire droit à la demande de levée de la mesure de soins que lorsque celle-ci émane de la CDSP. Si la demande n'émane pas de la CDSP, il lui est permis de s'y opposer si un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.** Ce certificat médical doit dater de moins de vingt-quatre heures et, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, il peut s'agir d'un simple avis médical. Le demandeur est tenu informé de la décision qui est, bien sûr, susceptible de recours devant le juge des libertés et de la détention.

Enfin, le dernier alinéa qui, comme indiqué précédemment, prévoit les conditions dans lesquelles une hospitalisation à la demande d'un tiers peut être transformée en hospitalisation d'office, est modifié, notamment afin d'intégrer le passage de « l'hospitalisation sans consentement » à « l'admission en soins psychiatriques sans consentement ». Signalons également que, par parallélisme des formes, un certificat médical datant de moins de vingt-quatre heures est désormais requis pour attester du fait que « les troubles mentaux de la personne malade nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (termes utilisés à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique pour définir les conditions d'une hospitalisation d'office). En revanche, la possibilité d'un simple avis médical, comme à l'alinéa précédent, utile notamment en l'absence du patient (cas de fugue) n'est pas prévue. On notera plus généralement une **légère inflexion du rôle du médecin** de l'établissement qui, dans le texte actuel, est simplement « **d'avis** que l'état du malade nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent *etc.* » et qui, dans le projet de loi, doit établir un certificat médical qui lui-même « **établit** que les troubles mentaux de la personne malade nécessitent des soins et compromettent *etc.* ». Il convient également de souligner la **suppression de la procédure de « sursis provisoire »** qui permettait auparavant au préfet de disposer d'un délai de quinze jours avant de prononcer l'hospitalisation d'office. Le maintien de ce délai semble en effet peu compatible avec une intervention automatique du juge à J+15, de même qu'avec les nouvelles garanties apportées par le projet de loi avec l'établissement de certificats médicaux dans les 24 heures et les 72 heures suivant la décision d'admission en soins sans consentement et entre le 6^e et le 8^e jour suivant la décision. Le préfet, s'il considère que les conditions requises sont réunies, devra donc désormais prononcer directement l'admission en soins psychiatriques sans consentement. Le renvoi à la procédure prévue à l'article L. 3213-6 laisse toutefois planer un doute sur la mise en œuvre de cette disposition, dans la mesure où le deuxième alinéa de cet article (dans sa rédaction issue de l'article 3 du présent projet de loi) continue de prévoir une « confirmation » de l'admission en soins, confirmation dont on voit mal à quel acte juridique elle peut correspondre si la décision à laquelle elle s'applique n'est plus provisoire mais définitive.

● Le **11°** apporte pour sa part de légères modifications, essentiellement de coordination à l'**article L. 3212-10** du code de la santé publique qui prévoit les diligences que doit accomplir le directeur de l'établissement d'accueil dans les vingt-quatre heures suivant la sortie du patient (*a*). Il complète en outre le texte en vigueur en prévoyant une information du tiers ayant demandé les soins (*b*). On peut néanmoins s'interroger sur le maintien de cet article qui semble largement faire doublon avec les dispositions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 dans sa rédaction issue du projet de loi.

● Quant au **12°**, il apporte également des modifications d'harmonisation au sein de l'**article L. 3212-11** du code de la santé publique qui prévoit la tenue d'un registre par les établissements de santé accueillant des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement. Le *a*) vise tout d'abord à prévoir expressément que les documents concernés puissent être reproduits dans ce registre et pas seulement transcrits (re copiés) comme c'est en principe le cas aujourd'hui. Les *b*) à *h*) toilettent ensuite les dispositions figurant aux 1° à 8° de l'article qui constituent (avec le 9° non modifié afférent aux décès) la **liste des éléments qui doivent être consignés dans le registre**. Les *b*) à *d*) introduisent ainsi aux 1° à 3° les modifications de coordination rédactionnelle rendues nécessaires par la création des soins sans consentement indépendamment du critère d'hospitalisation des malades. Les dispositions des 4° et 6° relatives aux certificats médicaux prévues par la loi sont rassemblées au sein du 6° (*f*) alors que le 4° mentionne désormais les dates auxquelles le patient est informé, d'une part, de son admission en soins psychiatriques sans son consentement (ainsi que des décisions ultérieures de maintien en soins) et, d'autre part, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties dont il bénéficie (*e*). Le 5° (relatif aux décisions de mise sous curatelle, sous tutelle ou sous sauvegarde de justice) reste inchangé ; quant au 7°, afférent au dispositif de sorties d'essai désormais supprimé, il est modifié par le *g*) pour faire désormais référence aux décisions rendues par le JLD. Enfin, le *h*) procède aux adaptations rédactionnelles nécessaires au sein du 8° qui faisait jusqu'à alors référence aux levées d'hospitalisation.

Il convient par ailleurs de noter que le dernier alinéa de l'article L. 3212-11 qui prévoit la consultation et la signature du registre par les autorités amenées à visiter les établissements d'accueil des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1, n'est pas modifié.

Signalons enfin que l'article L. 3212-12, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les modalités d'application du chapitre II, reste également inchangé.

Mme Jacqueline Fraysse. Comme tous nos autres amendements de suppression d'article, celui-ci vise à protester contre le caractère réducteur du projet. Méritant une approche beaucoup plus large, le sujet aurait appelé à notre sens une loi cadre sur la maladie mentale.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Nous voyons au contraire un intérêt majeur à ce texte, même si un grand plan sur la santé mentale, et pas seulement sur la psychiatrie, apparaît en effet très souhaitable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'amendement AS 70 du rapporteur, visant à réparer un oubli.

Elle est saisie de l'amendement AS 41 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de poser des critères rigoureux pour le recours aux soins sans consentement.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les critères figurant à l'article L. 3212-1 du code de la santé publique sont suffisamment clairs.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte successivement les amendements de précision AS 71 et AS 72 et les amendements rédactionnels AS 73 et AS 74, tous du rapporteur.

Elle examine l'amendement AS 75, également du rapporteur.

M. le rapporteur. Un tuteur ou un curateur a par définition des relations étroites avec son protégé mais, étant son représentant, il lui est difficile aujourd'hui d'être le tiers qui fait une demande de soins sans consentement. Cet amendement lui donne expressément la faculté d'intervenir à titre personnel, indépendamment de sa fonction.

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

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte aussi, successivement, les amendements AS 76 à AS 80 du rapporteur, les trois premiers étant rédactionnels et les deux autres de précision.

Elle est saisie de l'amendement AS 81, toujours du rapporteur.

M. le rapporteur. Le projet de loi crée une nouvelle voie d'admission en soins psychiatriques sans consentement, dans les cas de péril imminent. C'est une avancée considérable parce que la procédure des soins à la demande d'un tiers n'est pas toujours applicable – faute de tiers. Mais, comme y insistent les psychiatres, le recours à cette deuxième voie doit rester exceptionnel, et strictement limité aux cas où il est impossible de passer par la première. C'est ce que précise cet amendement.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Il arrive que des tuteurs ou curateurs soient directement rattachés à l'hôpital psychiatrique, et il leur est encore plus difficile qu'aux autres de faire une demande de soins sous contrainte. Il faut traiter de cette situation particulière.

M. le rapporteur. L'amendement AS 75, que nous venons d'adopter, autorise le tuteur ou curateur à intervenir à titre personnel mais il s'agit bien sûr d'une faculté, en rien d'une obligation.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Il est difficile de trouver suffisamment de tuteurs ou curateurs. C'est donc une précaution importante pour le respect de la personne que de regarder ces cas de plus près.

M. Serge Blisko. C'est pour la même raison que nous avons veillé à ce que certains certificats émanent de psychiatres n'appartenant pas à l'établissement. Cet amendement essaye de résoudre le problème de l'absence du tiers, mais il faut absolument éviter que le personnel de l'établissement d'accueil puisse demander l'hospitalisation. Il faudra trouver une rédaction appropriée.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte successivement les amendements de précision AS 82 et AS 83 du rapporteur, ainsi que son amendement rédactionnel AS 84.

Elle est saisie de l'amendement AS 42 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Quand un malade n'a aucune relation connue, il importe de prévenir de son internement la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

M. le rapporteur. Cet amendement est satisfait puisque l'article L. 3212-5 prévoit déjà que cette commission sera informée sans délai, et recevra communication du certificat médical.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie de l'amendement AS 85 du rapporteur.

M. le rapporteur. En cas d'admission en soins sans consentement pour péril imminent, c'est-à-dire sans tiers, le projet de loi prévoit que le directeur informe la famille ou, à défaut, toute personne justifiant de relations antérieures avec le patient, mais « à l'exclusion des soignants » de l'établissement. Cette exception ne se justifie pas.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte l'amendement rédactionnel AS 86 du rapporteur.

Elle examine l'amendement AS 8 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je propose qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles on pourrait réduire le nombre de certificats médicaux exigés.

M. le rapporteur. Avis défavorable. On ne peut pas déroger par décret à une obligation légale.

Mme Catherine Génisson. Nous convenons tous que notre pays ne manque pas de psychiatres, mais qu'il existe un déséquilibre entre le secteur libéral et le secteur public. Mme la secrétaire d'État a dit hier vouloir y remédier mais l'exercice libéral étant par définition libre, comment envisage-t-elle d'orienter davantage de psychiatres vers le secteur public ?

Mme Marisol Touraine. Si je ne méconnais pas la valeur de l'objection juridique avancée par le rapporteur, il reste que l'amendement soulève un problème bien réel. Comment appliquer un dispositif qui s'appuie plus fortement sur les médecins, et en particulier sur les psychiatres, alors que des territoires entiers se vident de leurs professionnels de santé ? Quelles mesures la ministre entend-elle prendre pour que cette loi soit effectivement suivie d'effets ? Comment mieux répartir les professionnels de la psychiatrie et maintenir l'offre de soins sur l'ensemble du territoire ?

Mme la secrétaire d'État. Le Gouvernement prend à bras-le-corps le problème de la démographie médicale et de la répartition des professionnels de santé sur le territoire. La question des psychiatres entre dans le chantier bien plus large qui a été lancé sur la médecine de proximité. Par ailleurs, les modalités pratiques du maillage du réseau seront discutées dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale ». Enfin, rien ne justifie d'abaisser les garanties offertes au patient à travers l'exigence de deux certificats médicaux – en tout dernier recours, il existe toujours la possibilité pour les tiers de faire appel à SOS Médecins, par exemple.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ce texte, nous le savons tous, est à la fois important et périlleux car il s'agit de trouver l'équilibre entre l'exigence de sécurité et le respect de la liberté du patient, tout en conjurant un risque d'encombrement pour les juges des libertés. Cela étant, nous avons déjà tenu une longue discussion générale qui nous a permis d'aborder ces sujets. Ne la recommençons pas !

Mme Catherine Génisson. Mais hier, la ministre a annoncé des mesures précises, non sur la désertification médicale en général, mais sur la répartition des psychiatres entre privé et public. Nous demandons simplement de quoi il s'agit.

Mme la secrétaire d'État. J'ai aussi indiqué que l'organisation des soins ferait l'objet d'un travail dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale ». Et ce travail devrait aboutir avant l'automne.

Mme Catherine Lemorton. Vous ai-je bien entendue à l'instant conseiller d'appeler SOS Médecins ? Drôle de dispositif !

M. Jean-Luc Prével. Dans certaines zones, il sera difficile d'obtenir deux certificats, dont l'un d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Si je retire la référence au décret, l'amendement devient-il acceptable, monsieur le rapporteur ?

M. le rapporteur. Nous sommes le premier pays en Europe, et le deuxième dans le monde, pour le nombre de psychiatres, mais il manque mille praticiens hospitaliers à plein temps dans le secteur public. Nous avons donc un problème d'organisation, auquel il faut s'attaquer dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale » en se fixant pour perspective d'aboutir dans les années qui viennent à un plan d'ambition égale à celle des plans « cancer » et « Alzheimer ». En attendant, sans référence au décret, l'amendement n'aurait plus aucune substance et j'y resterais défavorable mais, comme le problème de fond n'est pas contestable, je propose d'y revenir dans le cadre de l'article 88.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements AS 87 et AS 88 du rapporteur, l'un rédactionnel, l'autre de précision.

Elle est saisie de l'amendement AS 89 du rapporteur.

M. le rapporteur. Pour les cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, la loi de 1990 exige deux certificats différents, sauf en cas de péril imminent où un seul suffit. Le présent projet prévoit une autre procédure, celle de l'hospitalisation sans tiers, pour laquelle il emploie les mêmes termes de « péril imminent ». Afin d'éviter une confusion, je propose de les remplacer, s'agissant de la procédure d'admission d'urgence demandée par un tiers, par ceux de « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ».

La Commission adopte l'amendement.

L'amendement AS 275 du rapporteur est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements AS 90, AS 91 et AS 92, de précision, AS 93, corrigeant une erreur de référence, et AS 94, rédactionnel, tous du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 9 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. En cas de soins sans consentement, à la demande d'un tiers ou pour cause de péril imminent, la décision du directeur doit être conforme aux certificats médicaux des psychiatres.

M. le rapporteur. Il est tout à fait raisonnable que le directeur de l'établissement d'accueil soit tenu de modifier la prise en charge en fonction de ce

que propose le psychiatre. D'ailleurs, en matière de levée de soins, sa compétence est liée *de facto*. En revanche, il convient de revoir la rédaction d'ensemble de l'alinéa, qui se lirait ainsi : « Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient propose de modifier la forme de cette prise en charge, le directeur de l'établissement est tenu de procéder à cette modification sur la base du certificat ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11. »

M. Jean-Luc Prél. J'accepte la rectification.

La Commission adopte l'amendement rectifié.

Elle adopte successivement les amendements de précision AS 95, AS 96 et AS 97 du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 43 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous souhaitons que le juge des libertés soit averti dès le début d'une hospitalisation sans consentement.

M. le rapporteur. Il ne faut pas noyer le juge sous des informations redondantes. Dans la moitié des cas, ces certificats ne lui seront pas utiles.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte successivement neuf amendements du rapporteur : AS 98 visant à réparer un oubli, AS 99 et AS 100 de précision, AS 101 de cohérence, AS 102 visant à réparer un oubli, AS 103 et AS 104 rédactionnels et AS 105 et AS 106 de précision.

La Commission est saisie de l'amendement AS 44 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient d'informer le patient de toute modification dans sa prise en charge.

M. le rapporteur. Certes, mais je ne vois pas comment le patient pourrait ne pas être informé qu'il passe de l'hospitalisation à des soins ambulatoires, d'autant qu'il doit donner son accord au protocole.

Mme Jacqueline Fraysse. Que coûte-t-il dès lors d'ajouter trois mots pour prévoir expressément son information ?

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Les patients sont trop souvent tenus à l'écart des décisions les concernant. Cette précision n'alourdirait pas beaucoup la rédaction, et représenterait un bénéfice important pour les intéressés.

M. le rapporteur. L'article L. 3211-3 prévoit déjà l'information du patient avant toute décision le concernant. L'amendement est donc satisfait.

M. Jacques Domergue. Arrêtons d'empiler des précisions qui ne sont en fait que des redondances ! Depuis la loi de 2002, le droit du patient à être informé sur les décisions qui le concernent est garanti, dans tous les domaines de l'hospitalisation. En psychiatrie, si les patients ne sont parfois pas informés, c'est qu'ils ne sont pas aptes à recevoir l'information.

M. Dominique Tian. Au contraire, il n'est pas inutile de préciser que le directeur informe le patient : cela le protégera d'éventuels recours.

M. Maxime Gremetz. Parce qu'il s'agit de patients un peu particuliers, on considère souvent qu'ils n'ont pas à être tenus au courant... Cette précision est certes redondante, mais elle n'est en rien dérangeante.

M. le rapporteur. L'alinéa 25 de l'article 1^{er} du projet de loi dispose déjà : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision ... ». Cela répond à votre préoccupation.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS 45 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'alinéa 29 supprime des contrôles qui étaient exercés sur les établissements privés. Nous n'en voyons pas la raison : ces contrôles ne sont-ils pas dans l'intérêt des patients ?

M. le rapporteur. Dorénavant, seuls les établissements, publics ou privés, mentionnés à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique, auxquels a été confiée la mission de service public de prendre en charge les personnes hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement, peuvent accueillir de tels patients. Les contrôles sur les établissements privés qui ne se sont pas vus confier cette mission sont de ce fait devenus sans objet.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements AS 107, de coordination, et AS 108, de précision, du rapporteur.

L'amendement AS 46 de Mme Jacqueline Fraysse est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements de précision AS 109 et AS 110 du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 47 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit encore de judiciaireiser les soins imposés en l'absence de consentement.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Elle adopte l'amendement rédactionnel AS 111 du rapporteur.

La Commission est saisie de l'amendement AS 112 du rapporteur.

M. le rapporteur. En cas d'hospitalisation sous contrainte, il est prévu que le juge soit prévenu à J+12. Cela lui laisse bien peu de temps pour intervenir avant J+15, comme il y est tenu, surtout s'il y a un week-end dans cet intervalle. Je propose donc que le certificat qui est établi à J+8 soit systématiquement adressé au greffe, ce qui permettra au juge d'avoir connaissance du dossier plus tôt.

Mme la secrétaire d'État. J'y suis favorable.

M. Maxime Gremetz. Si l'on n'augmente pas le nombre des juges, ce texte sera tout bonnement inapplicable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous avons longuement parlé hier de ce problème. Nous sommes conscients du risque d'encombrement.

M. Jean-Luc Prél. Le juge ne peut pas prendre sa décision au quinzième jour sur la base d'un certificat établi au huitième : l'état du patient peut avoir beaucoup évolué entre-temps.

M. le rapporteur. Mais le certificat du douzième jour est maintenu ! Il s'agit simplement de faire parvenir au juge le certificat du huitième jour, qui est de toute façon établi mais qui ne lui était pas transmis.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte successivement les amendements AS 113, de coordination, et AS 114, de précision, tous deux du rapporteur.

La Commission est saisie de l'amendement AS 48 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement rend obligatoire la levée de la mesure de soins lorsque les conditions qui ont motivé celle-ci ne sont plus réunies, et il prévoit l'intervention à ce stade du juge des libertés et de la détention. Il s'agit de protéger la liberté des patients.

M. le rapporteur. Le système que vous proposez nous semble judiciaireisé à outrance. Le juge se retrouvera submergé sous les certificats médicaux ! Mais,

outre que les conditions de son intervention sont définies à l'article 1^{er}, l'article L. 3211-12 du code de la santé publique précise déjà que le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office et à tout moment.

M. Vincent Descoeur. À ce propos, comment se fait la levée de la mesure ?

M. le rapporteur. S'agissant en l'occurrence d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, c'est le directeur d'établissement qui l'ordonne, sur proposition du psychiatre. Il a sur ce point une compétence liée. La levée peut par ailleurs être demandée par le tiers ou par la commission départementale des soins psychiatriques – l'avis du psychiatre étant systématiquement requis.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS 49 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de rendre obligatoire la levée d'une mesure de soins qui n'a plus lieu d'être, alors que ce n'est qu'une faculté dans la rédaction actuelle.

M. le rapporteur. Nous parlons ici des soins sans consentement à la demande d'un tiers, pas de l'hospitalisation sur décision du représentant de l'État. En l'occurrence, c'est le directeur d'établissement – qui a déjà pris la décision d'entrée – qui prend la décision de sortie. Il a sur ce point une compétence liée : il doit suivre l'avis du psychiatre. Et vous proposez que le préfet passe par-dessus l'avis à la fois du directeur et du psychiatre... C'est pour le moins surprenant !

Mme la secrétaire d'État. Je suis entièrement d'accord avec vous, monsieur le rapporteur.

Mme Jacqueline Fraysse. Je vais revoir ce point de plus près.

L'amendement est rejeté.

La Commission adopte successivement l'amendement de précision AS 115 et les amendements rédactionnels AS 116 et AS 117, tous du rapporteur.

La Commission examine l'amendement AS 50 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit du premier d'une série d'amendements relatifs à la notion d'ordre public, que je trouve floue, mal adaptée au contexte de soins et susceptible de mener à des excès. Bien qu'il ait été précisé en discussion générale que la jurisprudence encadre rigoureusement son application, je maintiens ces amendements.

M. Michel Issindou. Cette expression évoque effectivement un trouble volontaire à l'ordre public, ce qui est tout à fait inapproprié dans le cas d'une personne malade. Peut-être faut-il trouver une formulation moins contraignante juridiquement et moins lourde ?

M. le rapporteur. Défavorable. La notion d'ordre public – qui figure dans la loi de 1990 – fait l'objet d'une jurisprudence très abondante en droit administratif et ne souffre donc d'aucune imprécision. Elle n'a aucun caractère moral : il s'agit du bon ordre de la sécurité, de la salubrité et de la tranquillité publique.

Mme la secrétaire d'État. Même avis.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il est vrai que l'usage qui peut être fait de cette notion dans certains pays est inquiétant, mais sa définition précise nous a été donnée hier. Restons-en à la règle juridique.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 118 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il est inutile de conserver l'article L. 3212-10, désormais redondant avec le deuxième alinéa de l'article L. 3212-8.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement les amendements de précision AS 119 et AS 120, ainsi que l'amendement rédactionnel et de précision AS 121, tous du rapporteur.

M. Serge Blisko. Nous avons à examiner un grand nombre d'amendements de précision et d'amendements rédactionnels, preuve que ce projet de loi a été rédigé dans la hâte.

M. le rapporteur. Il faut féliciter la division des lois de l'Assemblée, qui a beaucoup travaillé sur les coordinations nécessitées par la lettre rectificative. Ce sont toujours les mêmes précisions qui reviennent au fil des articles.

M. le président Pierre Méhaignerie. Chacun a noté hier la qualité du travail du rapporteur.

La Commission adopte l'article 2 modifié.

Article 3

(articles L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-4, L. 3213-5, L. 3213-5-1 [nouveau], L. 3213-6 et L. 3213-8 à L. 3213-11)

Admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État

Comme précédemment à l'article 2, les modifications introduites au présent article visent à mettre en conformité les dispositions du chapitre III relatif à l'hospitalisation d'office avec la mise en place des soins sans consentement quelle que soit la forme de prise en charge, en hospitalisation complète ou non. La

procédure prévue au chapitre III présente toutefois la particularité de reposer sur l'intervention du préfet au titre de la sûreté des personnes et de la protection de l'ordre public. Les préoccupations exprimées ici ne sont donc pas d'ordre purement sanitaire mais s'attachent à préserver un équilibre fragile entre santé, sécurité et liberté.

On notera à cet égard qu'en raison de l'analogie avec la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers sur laquelle portait la décision rendue par le Conseil constitutionnel le 26 novembre dernier, les formalités exigées en matière d'admission et de maintien en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État n'ont pas été allégées : un certificat médical ne pouvant émaner d'un médecin de l'établissement de santé accueillant la personne malade est toujours requis pour l'admission en soins et le rythme de production des certificats médicaux est renforcé. En revanche, comme à l'article 1^{er}, les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ainsi que les personnes ayant séjourné en UMD (unité pour malades difficiles) pendant un laps de temps donné (fixé par décret en Conseil d'État) font désormais l'objet d'un suivi plus poussé dans le cadre de leur admission en soins sans consentement. Les prises de décision les concernant (forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète, sorties de courte durée, levée de la mesure de soins) sont ainsi entourées de précautions supplémentaires.

- Au 1^o, l'**intitulé du chapitre III** est modifié afin de substituer la notion de « soins sans consentement sur décision du représentant de l'État » à celle d'hospitalisation d'office.

- Le 2^o modifie et complète l'**article L. 3213-1** du code de la santé publique qui définit actuellement les conditions d'admission en hospitalisation d'office. L'ampleur de ces modifications aurait d'ailleurs pu justifier une réécriture globale, plus lisible, de l'article. Au lieu de cela, chaque subdivision du présent 2^o (*a*), (*b*) et (*c*)) modifie respectivement chacun des trois alinéas qui composent aujourd'hui l'article L. 3213-1.

1. Conditions d'admission en soins sans consentement

Le *a*) s'attaque ainsi au premier alinéa de l'article L. 3213-1 qui permet aujourd'hui au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, de prononcer, par arrêté, l'hospitalisation d'office des « personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Cet arrêté est pris sur la base d'un certificat médical circonstancié, qui ne peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil du patient ; il doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances ayant rendu l'hospitalisation nécessaire. Ce premier alinéa est désormais intégré au sein d'un I et les termes relatifs à l'hospitalisation sans consentement sont modifiés afin de faire désormais référence à l'admission

en soins sans consentement ; une modification rédactionnelle, n'apparaissant pas comme telle en raison d'une erreur de consolidation du texte suite au dépôt de la lettre rectificative n° 3116 ⁽¹⁾, est également introduite afin de supprimer la deuxième phrase de cet alinéa imposant que le certificat médical n'émane pas d'un médecin de l'établissement, mais cette précision est introduite dès la première phrase. La référence à la compétence du préfet de police à Paris est supprimée en raison de l'introduction d'un article balai en fin de chapitre précisant que « pour l'application à Paris des dispositions du présent chapitre, le représentant de l'État est le préfet de police » (article L. 3213-10 dans sa rédaction issue du 10° du présent article). Est également supprimée la référence à l'hospitalisation « dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 » ⁽²⁾, la précision selon laquelle la prise en charge est assurée par ces établissements étant apportée dans le cadre des arrêtés préfectoraux, qui doivent désormais désigner l'établissement responsable.

Le **b)** remplace par quatre alinéas s'insérant dans le nouveau I de l'article L. 3213-1 l'actuel deuxième alinéa de cet article qui prévoit l'établissement d'un certificat médical dans les 24 heures suivant l'admission du patient en soins, à charge pour le directeur de l'établissement d'accueil de transmettre ce certificat au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDHP). Dans la mesure où l'article L. 3211-2-2, issu de l'article 1^{er} du projet de loi, prévoit, pour toutes les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, l'établissement de deux certificats médicaux, l'un dans les 24 heures, l'autre dans les 72 heures suivant la décision d'admission, les dispositions du deuxième alinéa deviennent en grande partie redondantes. C'est pourquoi il est désormais prévu que le directeur de l'établissement transmette « immédiatement » au préfet et à la CDSP (la CDHP devenant commission départementale des soins psychiatriques) les certificats établis en application de l'article L. 3211-2-2 au bout de 24 heures et de 72 heures, ainsi que, le cas échéant, le protocole de soins proposé lorsqu'une prise en charge autre que l'hospitalisation complète est recommandée par le psychiatre. Ces dispositions figurent désormais aux trois derniers alinéas du I de l'article L. 3213-1. S'agissant du nouveau deuxième alinéa, il prévoit que, **lorsque le psychiatre participant à la prise en charge du patient constate, à la lecture de son dossier médical, que celui-ci a déjà fait l'objet d'une mesure de soins consécutive à une déclaration d'irresponsabilité pénale ou qu'il a déjà séjourné en UMD pendant un laps de temps fixé par décret en Conseil d'État, il doit en informer le directeur de l'établissement qui, à son tour, doit le signaler sans délai au préfet.** Cette information transmise au préfet est capitale pour l'application des dispositions du chapitre III dans la mesure où elle conditionne la mise en œuvre des mesures de précaution particulières évoquées plus haut concernant ces deux catégories de

(1) À l'alinéa 6, les termes « ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil » apparaissent en effet comme s'ils figuraient dans le texte actuel de l'article L. 3213-1, ce qui n'est pas le cas ; en revanche, ils sont bien censés figurer dans le texte de l'article L. 3213-1 qui résultera du présent article et doivent en conséquence être déplacés au sein de l'alinéa 6.

(2) Établissements s'étant vu confier la mission de service public afférente à l'accueil des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement.

personnes malades. Soulignons à cet égard que, contrairement à ce que l'on peut lire ou entendre dans certaines tribunes, aucun « fichier » ou « casier » spécifique n'est créé par le texte pour enregistrer et conserver les informations concernant ces personnes.

Le c) enfin substitue au dernier alinéa de l'article L. 3213-1 six alinéas, les cinq premiers regroupés au sein d'un II et le dernier constituant un III reprenant les dispositions figurant actuellement audit dernier alinéa (et qui en conséquence y restent) : ces dispositions concernent la tenue dans l'établissement prenant en charge les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État d'un registre consignait toutes les décisions, avis et certificats médicaux relatifs à ces personnes. Bien que le texte actuel évoque un « registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11 » (pour les admissions en soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent), il s'agit en réalité du même registre. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la rédaction prévue au III y renvoie désormais directement.

Les dispositions prévues au II visent quant à elles à régler la question du maintien des soins par le préfet après réception des certificats médicaux établis en application de l'article L. 3211-2-2 après 24 puis 72 heures. Rappelons qu'aujourd'hui, le préfet, qui, certes, peut, à tout moment, mettre fin à l'hospitalisation, ne se prononce formellement sur le maintien en soins que dans les trois jours précédant la fin du premier mois d'hospitalisation (article L. 3213-4). Cette procédure ne semble pas compatible avec les principes énoncés dans le cadre de la décision n° 2010-71 QPC du Conseil constitutionnel et l'instauration, à l'article 1^{er} du projet de loi, d'une saisine automatique du juge des libertés et de la détention dans les quinze premiers jours de l'admission en soins, qui en résulte. Il est donc désormais prévu que **dans les trois jours suivant la réception du certificat médical établi à l'issue de la période d'observation de 72 heures** (période dont on rappelle qu'elle ne peut avoir lieu que sous la forme d'une hospitalisation complète en vertu du premier alinéa de l'article L. 3211-2-2), **le préfet décide de la forme de prise en charge du patient en tenant compte, d'une part, de la proposition établie, le cas échéant ⁽¹⁾, par le psychiatre et, d'autre part, des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public.** Lorsqu'il décide d'une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète, le préfet joint en outre à sa décision le protocole de soins établi par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2. L'explicitation des critères sur la base desquels le représentant de l'État doit se prononcer constitue une innovation par rapport aux dispositions actuelles du chapitre III ainsi qu'une garantie supplémentaire pour le patient, notamment en cas de recours. À l'alinéa suivant, il est précisé que, comme pour la période initiale d'observation, la

(1) La proposition relative à la forme de prise en charge du patient est indiquée comme éventuelle car le psychiatre ne la formule que s'il considère que la prise en charge doit se poursuivre sous une autre forme que l'hospitalisation complète ; en revanche, il ne fait aucune proposition lorsqu'il considère que la mesure de soins ne se justifie plus et que la levée doit être prononcée ou lorsqu'il estime que les soins doivent se poursuivre sous la forme d'une hospitalisation complète.

période pendant laquelle le patient attend la décision du préfet ne peut se dérouler que dans le cadre d'une hospitalisation complète.

Enfin, les trois alinéas suivants prévoient une procédure spécifique restreignant la liberté du préfet de décider sous quelle forme le malade doit être pris en charge **s'agissant des personnes déclarées pénalement irresponsables faisant ou ayant déjà fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement et des personnes ayant déjà séjourné en UMD** pendant un laps de temps donné : **le préfet ne peut décider de leur prise en charge sous un autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avis du collège** prévu à l'article L. 3211-9⁽¹⁾.

L'article L. 3213-1 est donc largement réécrit au présent article.

En revanche, l'**article L. 3213-2** n'est pas modifié par le projet de loi⁽²⁾ : rappelons que cet article fixe actuellement la **procédure d'hospitalisation d'office d'urgence** qui permet au maire ou, à Paris, aux commissaires de police, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou simplement par la notoriété publique, de prendre toutes les mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, sous réserve d'en référer dans un délai de 24 heures au préfet (ou, à Paris, au préfet de police) qui doit statuer sans délai et prononcer, le cas échéant, l'admission en hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Ces mesures provisoires deviennent caduques dans un délai de 48 heures en l'absence de décision du préfet. Notons que lorsque la mesure provisoire, qui peut consister en une hospitalisation sans consentement (par exemple à l'infirmerie de la préfecture de police de Paris) est confirmée par arrêté préfectoral et se poursuit donc sous la forme d'une mesure de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État dans le département, elle reste néanmoins le fait déclencheur et le point de départ des certificats et avis médicaux qui doivent ensuite être produits à échéance régulière ainsi que des décisions (maintien, levée) qui en découlent.

● Le 3^o propose une nouvelle rédaction de l'**article L. 3213-3** du code de la santé publique qui constitue en quelque sorte, avec l'article L. 3213-4, le pendant pour l'hospitalisation d'office de l'article L. 3212-7, déclaré inconstitutionnel en novembre dernier. Cet article ne prévoit l'établissement d'un certificat médical qu'au bout de 15 jours (puis un mois) d'admission en soins. Ce certificat médical, qui est ensuite renouvelé tous les mois, doit confirmer ou infirmer les observations antérieures, préciser l'évolution de la maladie ou signaler la disparition des troubles. Chaque certificat est transmis par le directeur de l'établissement à la CDHP et au préfet qui, en vertu de l'article L. 3213-4 précité,

(1) Ce collège est composé de trois membres du personnel de l'établissement d'accueil du patient, en l'occurrence un psychiatre participant à sa prise en charge, un psychiatre n'y participant pas et un cadre de santé.

(2) Une modification de coordination doit toutefois être apportée à la fin de la première phrase de cet article qui renvoie à un arrêté « d'hospitalisation d'office ».

décide, tout d'abord avant la fin du premier mois puis au bout de trois et enfin tous les six mois, du maintien, ou non, de la mesure. L'article L. 3213-3 est donc modifié, comme l'article L. 3212-7, afin de prévoir l'établissement d'un certificat médical au plus tard au bout de 8 jours. A l'instar de ce qui est envisagé dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers, ce certificat devrait servir de première information à destination du juge des libertés et de la détention.

2. Suivi du patient et modification de la forme de prise en charge

Le **I** de l'article L. 3213-3 prévoit tout d'abord, au premier alinéa, l'établissement d'**un certificat médical entre le sixième et le huitième jour d'admission** en soins, que cette admission relève de la procédure de « droit commun » prévue à l'article L. 3213-1 ou de la procédure d'urgence définie à l'article L. 3213-2 sur laquelle se fondent les mesures provisoires prises par le maire ou, à Paris, les commissaires de police. Un nouveau certificat médical est ensuite établi dans le mois suivant l'admission puis tous les mois. Le contenu de ce certificat diffère quelque peu de celui prévu à l'article L. 3212-7, vraisemblablement parce qu'il s'adresse *in fine* au préfet, qui n'a pas de compétence médicale particulière, et non au directeur de l'établissement de santé qui est, par ailleurs, plus lié par l'avis du psychiatre. Ce certificat doit ainsi être circonstancié et confirmer ou infirmer les observations contenues dans les précédents certificats ainsi que préciser les caractéristiques de l'évolution des troubles ou leur disparition. Il doit également indiquer si la forme de prise en charge est toujours adaptée et peut en proposer une nouvelle. Enfin, il est précisé qu'en l'absence du patient, le psychiatre établit un avis médical sur la base du dossier médical de celui-ci.

Le deuxième alinéa prévoit que chacun des certificats ou avis médicaux produits est transmis sans délai au préfet et à la CDSP par le directeur de l'établissement. Quant au **II** de l'article L. 3213-3, il prévoit une même transmission s'agissant des certificats médicaux ou des avis médicaux prévus à l'article L. 3211-11 (au bout de 24 heures puis de 72 heures). Ces deux alinéas pourraient donc utilement être fusionnés en un seul.

Aux termes du **III** de l'article L. 3213-3, il appartient au préfet de décider, ou non, de modifier la forme de prise en charge du patient sur la base des avis médicaux et des certificats médicaux qu'il reçoit, tout en tenant compte des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il est précisé que le préfet peut s'appuyer sur une expertise supplémentaire demandée en application de l'article L. 3213-5-1. Cet article, créé par le projet de loi, dispose que l'expertise est conduite par un psychiatre choisi par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), ou à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement.

● Le 4^o procède ensuite à une réécriture globale de l’**article L. 3213-4** du code de la santé publique qui, sans sa rédaction actuelle, permet au préfet de maintenir l’hospitalisation au bout du premier mois pour une durée de trois mois au terme de laquelle la décision de maintien est ensuite renouvelée tous les six mois. S’agissant de la levée de la mesure d’hospitalisation, l’article L. 3213-4 dispose dans son deuxième alinéa qu’elle est acquise faute de décision du préfet dans les délais prescrits et, dans son dernier alinéa, qu’elle peut être prononcée par le préfet à tout moment après avis d’un psychiatre ou sur proposition de la CDHP. La nouvelle rédaction proposée ici conserve l’architecture actuelle de l’article et se limite, globalement, à une actualisation de ses dispositions, sous réserve d’une précision importante introduite à la fin de l’article : un nouvel alinéa indique en effet que les dispositions de l’article L. 3213-4 ne sont pas applicables aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement à la suite d’une déclaration d’irresponsabilité pénale ou à celles qui ont préalablement séjourné en UMD pendant une durée prédéfinie, les décisions les concernant relevant de l’article L. 3213-8.

3. Maintien de la mesure de soins au-delà d’un mois et levée de cette mesure

Au premier alinéa, les dispositions actuelles de l’article L. 3213-4 sont conservées sous réserve des adaptations désormais usuelles liées au passage de l’hospitalisation sans consentement aux soins sans consentement. Dans un souci de clarté juridique, comme à l’article L. 3212-7, une référence à la mesure provisoire prévue à l’article L. 3213-2 est insérée, celle-ci étant susceptible de constituer le point de départ de la procédure au même titre que la décision d’admission prise en application de l’article L. 3213-1. La possibilité de prononcer le maintien en soins pour une durée de trois mois et au-delà pour des périodes de six mois est confirmée.

Le deuxième alinéa de l’article L. 3213-4 continue également de prévoir que la levée de la mesure de soins est acquise faute de décision du préfet à l’issue de chacun des délais mentionnés au présent article. Soulignons que cette disposition n’a pas été étendue aux certificats produits au bout de 24 et 72 heures, dont l’absence n’entraîne donc pas la caducité de la mesure de soins sans consentement. Le fait d’omettre d’adresser au préfet, dans les délais prescrits, ces certificats n’en constitue pas moins une faute passible de sanctions pénales en application de l’article L. 3215-2 3^o et 4^o (voir *infra* l’article 5 qui modifie les dispositions du chapitre V du titre Ier du livre II du code de la santé publique).

Le troisième alinéa de l’article L. 3213-4 reprend le texte en vigueur qui indique que le préfet peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins. Les conditions présidant à cette décision sont toutefois légèrement modifiées : alors que le texte actuel mentionne simplement que la décision est prise sur proposition de la CDHP ou après « avis d’un psychiatre », sans plus de précision, le présent alinéa indique qu’il doit s’agir d’un avis du psychiatre qui participe à la prise en

charge du patient et que le certificat médical doit « attester que les conditions ayant justifié la mesure de soins (...) ne sont plus réunies ».

Enfin, un nouvel alinéa est introduit dans l'article afin de préciser que celui-ci n'est pas applicable aux « personnes mentionnées à l'article L. 3213-8 », c'est-à-dire aux personnes faisant ou ayant déjà fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ainsi qu'aux personnes ayant déjà séjourné en UMD pendant un laps de temps donné. C'est en effet ce même article L. 3213-8 qui fixe les conditions dans lesquelles les mesures de soins dont font l'objet ces personnes peuvent être levées.

● L'**article L. 3213-5** du code de la santé publique est entièrement réécrit au 5^o, mais les modifications apportées restent relativement mineures. Rappelons que l'article L. 3213-5 prévoit que le directeur de l'établissement d'accueil du patient est tenu d'informer le préfet dans les vingt-quatre heures lorsqu'un psychiatre (de l'établissement) « déclare » dans un certificat médical (ou sur le registre prévu à l'article L. 3212-11) que « la sortie » de ce patient peut être ordonnée. Le préfet statue alors sans délai. La nouvelle rédaction proposée apporte quelques clarifications mais ne modifie pas le sens de ces dispositions.

4. Pouvoir de proposition du psychiatre pour la levée de la mesure de soins

Alors que le texte actuel de l'article L. 3213-5 ne précise pas la qualité du psychiatre fondé à intervenir dans la procédure, celui-ci est désormais logiquement identifié comme « un psychiatre participant à la prise en charge du patient ». Il est en outre précisé que son intervention se matérialise sous la forme d'un certificat médical « attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins (...) ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée ». En conséquence, il n'est plus fait mention d'une quelconque « déclaration » ni même du registre, ce qui pose néanmoins question dans la mesure où, dans la procédure similaire prévue à l'article L. 3212-8 en matière de soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, le psychiatre « certifie que les conditions ayant motivé [la] mesure [de soins] ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 ». Enfin, alors que le préfet doit statuer « sans délai » dans la procédure actuelle, un délai de trois jours francs à compter de la réception du certificat médical lui est désormais accordé.

● Le 6^o introduit un nouvel article au sein du chapitre III, l'**article L. 3213-5-1**, afin de permettre au représentant de l'État de disposer, lorsqu'il le souhaite, d'une expertise psychiatrique « externe », c'est-à-dire n'émanant pas d'un psychiatre de l'établissement d'accueil du patient.

5. Possibilité pour le préfet de demander une expertise

Le préfet est ainsi autorisé à ordonner « à tout moment » l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement prononcée en application de l'article L. 3213-1 ou ordonnée par décision judiciaire conformément à la procédure prévue à l'article 706-135 du code de procédure pénale. Rappelons que cet article, introduit par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté, prévoit que lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'hospitalisation d'office de la personne si une expertise psychiatrique établit que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. À cet égard, on ne peut que s'étonner que « l'équivalent » de cette procédure côté administratif, c'est-à-dire l'article L. 3213-7, ne soit pas mentionné ici.

L'article prévoit que l'expert psychiatre, qui n'appartient pas à l'établissement d'accueil du patient, est choisi par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), ou à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement d'accueil.

● Le 7^o propose une nouvelle rédaction de l'**article L. 3213-6** du code de la santé publique qui, aujourd'hui, fixe les conditions dans lesquelles une hospitalisation sur demande d'un tiers peut être transformée en hospitalisation d'office. Ses dispositions s'inscrivent en outre dans le prolongement de celles prévues au dernier alinéa de l'article L. 3212-9 modifiées à l'article 2 du présent projet de loi, qui prévoient actuellement que, dans le cadre d'une demande de levée de soins, lorsqu'un médecin de l'établissement d'accueil de la personne malade « est d'avis que [son] état nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public », le directeur de l'établissement en donne connaissance au préfet qui peut ordonner un « sursis provisoire » devant être « confirmé », c'est-à-dire transformé en hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1, sous quinze jours. L'article L. 3213-6 ne s'inscrit pas, lui, uniquement dans la perspective d'une demande de levée de la mesure de soins, mais vise plus généralement **toute situation dans laquelle l'état mental des personnes admises en hospitalisation sur demande d'un tiers nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public** ⁽¹⁾. Le préfet est alors habilité à prendre un **arrêté provisoire d'hospitalisation d'office** qui doit être **confirmé dans les quinze jours** sous peine de caducité. Pour ces deux articles, le projet de loi ne prévoit plus désormais de quelconque référence à

(1) On notera à cet égard que dans un cas (l'article L. 3212-9) ce sont les troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes et portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et, dans l'autre, il s'agit de l'état mental de la personne (article L. 3213-6).

une mesure provisoire, que ce soit dans le cadre de la procédure prévue au dernier alinéa de l'article L. 3212-9 (qui renvoie d'ailleurs directement à l'article L. 3213-6) ou dans celle faisant l'objet de l'article L. 3213-6 ; il est prévu que le préfet prenne directement « une mesure d'admission en soins sur la base de l'article L. 3213-1 ». La rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 3213-6 laisse néanmoins place à une incertitude en ce qu'elle continue de prévoir une « confirmation » ultérieure de cette décision. Des précisions doivent donc être apportées sur ce point.

6. Conditions dans lesquelles une admission en soins psychiatriques sans consentement décidée en application du chapitre II peut être transformée en admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet

Le premier alinéa de l'article L. 3213-6 reprend, en les adaptant aux changements de termes voulus par le projet de loi, les conditions qui aujourd'hui président au déclenchement de la procédure ; le rôle du psychiatre, qui n'était pas mentionné explicitement dans la rédaction actuelle, est mis en exergue. Aussi la formulation choisie se rapproche-t-elle de la formulation du dernier alinéa de l'article L. 3212-9, à deux différences près :

– d'une part, l'article L. 3212-9 fait référence à l'établissement d'un certificat médical, alors que l'article L. 3213-6 laisse plus de souplesse dans l'intervention du psychiatre en ne précisant pas les modalités de son intervention (certificat médical ? avis médical ? attestation ?) ;

– d'autre part, les termes employés diffèrent quelque peu puisque dans un cas, à l'article L. 3212-9, ce sont les troubles mentaux de la personne qui compromettent la sûreté des personnes et portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et, dans l'autre, il s'agit de l'état de santé de celle-ci (article L. 3213-6).

En tout état de cause, le préfet doit être « aussitôt » informé de ce que pense le psychiatre. Cette responsabilité appartient vraisemblablement au directeur de l'établissement d'accueil, interlocuteur naturel du préfet, bien que cela ne soit pas mentionné dans le texte. Le préfet peut ensuite, au vu de cette information, « prendre une mesure d'admission en soins sur la base de l'article L. 3213-1 ». On rappellera que cet article, qui constitue la base juridique de l'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, exige un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil du patient pour que la mesure soit légalement prononcée.

Le deuxième alinéa de l'article L. 3213-6 prévoit néanmoins une « confirmation » de la décision du préfet dans un délai de quinze jours, faute de quoi la mesure devient caduque et les soins sont amenés à se poursuivre sous le régime des soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. La portée de cette disposition et ses conséquences sur l'admission en soins n'apparaissent pas clairement : des précisions devront être apportées.

Notons qu'aucune disposition du projet de loi ne vient en revanche modifier l'**article L. 3213-7** du code de la santé publique qui prévoit la possibilité pour le préfet de prendre « toute mesure utile » lorsqu'il est avisé par les autorités judiciaires lorsque celles-ci estiment que l'état mental d'une personne, qui a bénéficié soit d'un classement sans suite car elle était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (article L. 121-2 du code pénal) soit d'une décision, d'un jugement ou d'un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Il va de soi qu'au premier rang des mesures utiles visées ici figure l'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État.

● L'**article L. 3213-8** du code de la santé publique, qui constitue dans sa rédaction actuelle le prolongement du L. 3213-7 en ce qu'il prévoit des conditions spécifiques pour pouvoir prononcer la levée de l'hospitalisation d'office décidée en application de cet article, est quant à lui entièrement re-rédigé au **8°**. En l'état actuel du droit, cette levée ne peut intervenir que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement d'accueil et choisis par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (premier alinéa de l'article L. 3213-8). Les modifications introduites visent, d'une part, à tenir compte de l'existence du collège prévu à l'article L. 3211-9 qui est désormais appelé à se prononcer sur ces cas, et, d'autre part, à élargir cette procédure aux personnes ayant préalablement séjourné en UMD pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État.

7. Conditions de levée des mesures de soins psychiatriques sans consentement dont font l'objet les personnes déclarées pénalement irresponsables et les personnes ayant séjourné en unité pour malades difficiles

L'article L. 3213-8 prévoit à la fois un élargissement et un renforcement des dispositions antérieures : l'élargissement tient à la liste des personnes soumises à la procédure puisque sont désormais visées non seulement les personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale mais également celles ayant déjà fait l'objet d'une telle mesure par le passé (deuxième alinéa) ainsi que les personnes hospitalisées en UMD ou l'ayant été par le passé (troisième alinéa).

Quant au renforcement de la procédure, il apparaît d'emblée au premier alinéa qui conserve les deux avis concordants émis par deux experts psychiatres distincts ⁽¹⁾ auquel s'ajoute l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

(1) La désignation de ces psychiatres se fait conformément à la procédure prévue au L. 3213-5-1.

Enfin, le dernier alinéa renvoie quant à lui à un décret en Conseil d'État le soin de prévoir les conditions dans lesquelles ces avis sont recueillis. Rappelons qu'actuellement, le dernier alinéa prévoit que les avis des psychiatres doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

● Le 9^o modifie l'article L. 3213-9 du code de la santé publique, qui dresse la liste des personnes que le préfet doit informer « de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie ». L'objectif est ici d'actualiser et de compléter ces dispositions qui ne mentionnent actuellement que :

– le procureur près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé,

– le maire du domicile du patient,

– et la famille.

8. Information sur les décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du préfet, de renouvellement et de levée

L'article L. 3213-9 fixe la liste des personnes et des autorités que le préfet doit aviser en cas de décision d'admission en soins, de décision de maintien en soins et de décision de levée de la mesure de soins, que celle-ci ait été prononcée par « l'autorité publique » ou qu'il s'agisse d'une décision de justice. Entrent donc *a priori* dans le champ du présent article non seulement les propres décisions du préfet en application du chapitre III mais également les décisions prises par les juges sur la base de l'article 706-135 du code de procédure pénale, qui constitue en quelque sorte le pendant judiciaire de l'article L. 3213-7. La liste de ces personnes ou autorités fait l'objet des 1^o à 5^o de l'article. Sont ainsi visés :

– au 1^o, le procureur près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé mais également celui près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe la résidence habituelle ou le lieu de séjour du patient ;

– au 2^o, le maire de la commune où se situe la résidence habituelle ou le lieu de séjour du patient, mais également celui de la commune où est implanté l'établissement de santé ;

– au 3^o, la commission départementale des soins psychiatriques ;

– au 4^o, la famille du patient ;

– au 5^o, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé, le cas échéant.

Le dernier alinéa rajoute enfin une nouvelle obligation d'information sur la modification de la forme de prise en charge, lorsque celle-ci n'a plus lieu sous

forme d'une hospitalisation complète. Cette information s'adresse aux personnes et autorités mentionnées au 1° à 5°.

• Les **10° et 11°** visent ensuite à déplacer les dispositions actuelles de l'**article L. 3213-10**, qui renvoie à un décret en Conseil d'État pour déterminer les modalités d'application du chapitre III, dans un **nouvel article L. 3213-11** et à prévoir dans l'article L. 3213-10 que, pour l'application à Paris dudit chapitre, le représentant de l'État est le préfet de police.

*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement de suppression AS 51 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** successivement l'amendement de précision AS 122, l'amendement visant à corriger une erreur AS 123, l'amendement de coordination AS 124, l'amendement visant à corriger une erreur AS 125 et les amendements rédactionnels AS 126 et AS 127, tous du rapporteur.*

La Commission est saisie de l'amendement AS 268 du rapporteur.

M. le rapporteur. Dans la continuité des dispositions adoptées hier, cet amendement vise à instituer un « droit à l'oubli » des antécédents psychiatriques des patients ayant été déclarés pénalement irresponsables ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD), lorsqu'un délai supérieur à une durée fixée en Conseil d'État s'est écoulé depuis l'hospitalisation.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 128 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS 52 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** successivement l'amendement rédactionnel AS 129 et les amendements de précision AS 130 et AS 131 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS 53 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** l'amendement rédactionnel AS 132 du rapporteur.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement AS 54 de Mme Jacqueline Fraysse.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS 133 du rapporteur, supprimant une disposition redondante.*

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 269 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement concerne encore le « droit à l'oubli ».

M. Jean-Luc Prél. Est-ce raisonnable ?

M. le rapporteur. Les trois quarts des amendements touchant à ce sujet ont été adoptés hier. Il serait difficile de revenir sur ce point !

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement de précision AS 134, l'amendement rédactionnel AS 135, l'amendement de coordination AS 136, l'amendement de précision AS 137, l'amendement rédactionnel AS 139, l'amendement de précision AS 140 et l'amendement rédactionnel AS 141, tous du rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 142 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination avec les dispositions prévues par l'amendement AS 112, relatives à la transmission du certificat médical établi à J+8. Il vise aussi à fusionner différentes dispositions relatives aux documents qui doivent être transmis par le directeur d'établissement au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques.

La Commission adopte l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement les amendements AS 55 et AS 56 de Mme Jacqueline Fraysse.

Puis elle adopte successivement les amendements de précision AS 143, AS 279 et AS 144 du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 57 de Mme Jacqueline Fraysse.

Elle est saisie de l'amendement AS 58 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient que ce soit le psychiatre en charge du patient qui modifie *in fine* la prise en charge de celui-ci.

M. le rapporteur. Vous semblez faire une confusion. C'est le préfet qui modifie la forme de la prise en charge, tandis que le psychiatre modifie le protocole de soins.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 145 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 276 du rapporteur.

M. le rapporteur. S'inspirant des dispositions figurant à l'article L. 3211-12 permettant au juge de fixer les délais dans lesquels les résultats des expertises doivent lui être remis, cet amendement propose que le préfet fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et l'expertise doivent être produits.

Actuellement, il n'est fait mention d'aucun délai : le préfet peut décider de maintenir indéfiniment le patient en hospitalisation, en se retranchant derrière l'absence d'expertise.

M. Jean-Luc Préel. Passés ces délais, le préfet est tenu de statuer. Mais sur quoi peut-il fonder sa décision s'il ne dispose pas d'une expertise ?

M. le rapporteur. Il peut se fonder sur les certificats médicaux, établis mensuellement dans le cadre de l'hospitalisation d'office. L'expertise en cause n'a qu'un caractère de complément.

Mme Catherine Lemorton. Sur quels critères le Conseil d'État peut-il se fonder pour encadrer ces délais, puisque l'amendement prévoit qu'il fixera une « limite maximale » ?

M. Dominique Tian. Comme dans le cas du « droit à l'oubli », nous allons confier au Conseil d'État le soin de déterminer un délai alors que ses membres n'ont pas de compétence médicale. Ne conviendrait-il pas plutôt de se tourner vers un collège d'experts ?

Mme Catherine Génisson. Je comprends la motivation du rapporteur, mais je redoute que cette mesure ne soit trop largement utilisée et qu'elle ne devienne une solution de facilité, palliant le manque manifeste d'experts.

M. Serge Blisko. Ce n'est pas parce que les experts sont peu nombreux qu'il ne faut plus faire appel à eux. Certes, ce serait là une source d'économies mais je n'ose croire qu'une telle solution ait été envisagée !

M. Tian et Mme Lemorton posent une question importante. Peut-être pourrions-nous, avant de nous retrouver en séance publique, réfléchir au délai qu'il serait convenable de prévoir pour le « droit à l'oubli ». La numérisation des archives les rend beaucoup plus aisément consultables. Il me semble donc gênant que les hospitalisations d'office de courte durée fassent l'objet d'une inscription durable dans les fichiers. Cela peut concerner de jeunes gens, conduits en cellule de dégrisement puis hospitalisés pendant 48 heures en établissement psychiatrique, après avoir trop « arrosé » leur diplôme.

M. Jean Bardet. Ne comparons pas le cas d'un adolescent aviné un jour avec celui d'un délinquant sexuel, potentiellement récidiviste. L'exemple choisi par M. Serge Blisko n'est pas judicieux.

Il me semble dangereux que l'amendement AS 276 puisse obliger le préfet à statuer en l'absence d'expertise. Celui-ci devra alors décider en fonction de considérations subjectives, sans pouvoir justifier son choix.

M. le rapporteur. Dans l'état actuel du texte, le préfet peut maintenir indéfiniment une personne en hospitalisation au prétexte qu'il ne dispose pas d'expertise, sans avoir à se justifier. Cet amendement propose que, passé un certain délai, le représentant de l'État, fort des certificats des psychiatres, soit tenu de statuer et de motiver sa décision.

M. Dominique Tian. Cela lui confère une lourde responsabilité puisqu'il décidera peut-être de faire sortir un individu dangereux.

M. Fernand Siré. Il faut absolument protéger l'individu qui peut être « oublié » et maintenu dans l'établissement psychiatrique pour des raisons de procédure administrative.

Mme Jacqueline Fraysse. S'il ne statue pas, le préfet porte la lourde responsabilité de laisser enfermée une personne sans motif valable. Je suis favorable à cet amendement, même si je me demande s'il faut laisser au Conseil d'État le soin de fixer la limite maximale. Les juges du Palais-Royal seraient-ils plus compétents dans ce domaine que les parlementaires ?

Mme Catherine Génisson. Ne faudrait-il pas recueillir un avis médical, celui de la Haute autorité de santé, par exemple ?

Mme la secrétaire d'État. Avis défavorable à l'amendement. Même s'il est important que le préfet soit tenu de motiver sa décision, il me semble gênant d'instaurer un délai obligatoire. Que se passera-t-il si l'expert ne remet pas son expertise dans les 48 heures ? Devra-t-il être sanctionné ? Si les contraintes se multiplient, cette activité deviendra de moins en moins attractive aux yeux des psychiatres et le nombre d'experts diminuera encore.

M. Serge Blisko. Le groupe SRC votera en faveur de l'amendement. Toutefois, nous demandons au rapporteur de préciser ce que pourrait être un délai raisonnable, soit dans le cadre de l'article 88, soit lors de la séance publique.

Mme Jacqueline Fraysse. Même position.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 146 du rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 10 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. L'amendement dispose que lorsque les certificats ou avis médicaux et la décision du préfet sont divergents, le directeur de l'établissement saisit sans délai le juge des libertés et de la détention.

M. le rapporteur. Je suis tout à fait d'accord avec l'esprit de cet amendement. Mais il convient de préciser que la faculté de faire appel de manière automatique au juge des libertés et de la détention est accordée au directeur de l'établissement, en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet sur la levée de la mesure de soins visée à l'article L. 3213-5. Dans les autres cas, cette faculté est sans intérêt puisque le juge est automatiquement saisi à J+15. Je vous propose donc de retirer cet amendement au profit de l'amendement AS 277, qui va dans le sens que je viens d'indiquer.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements de précision AS 148, AS 147 et AS 149, les amendements rédactionnels AS 150 à 152, l'amendement de précision AS 153 et l'amendement rédactionnel AS 154, tous du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS 155 du rapporteur.

M. le rapporteur. Lorsque le psychiatre propose la levée de la mesure de soins, le préfet peut demander en vertu de l'article L. 3213-5-1 une expertise extérieure. En conséquence, l'amendement prévoit que le délai de trois jours dont dispose le préfet pour statuer après la réception du certificat du psychiatre est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours afin que cette possibilité de demander une expertise soit effective.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 277 du rapporteur.

M. le rapporteur. Même si cette situation ne concernera probablement que quelques dizaines de cas par an, le fait que le préfet puisse décider de maintenir un patient en soins psychiatriques sans son consentement, contre l'avis du psychiatre, pose problème aux personnes que nous avons auditionnées. Cet amendement prévoit donc, dans ces cas de désaccord, une saisine systématique du juge des libertés et de la détention par le directeur de l'établissement.

M. Serge Blisko. La circulaire du 11 janvier 2010 a contribué à aggraver la situation. Les patients comprennent difficilement que le préfet s'oppose à la levée de la mesure de soins bien que les psychiatres aient autorisé leur sortie. Ils adoptent alors une attitude de refus, fuyant les soins et le contact avec les médecins. Incidemment, l'opposition du préfet a pour conséquence de bloquer un lit d'hospitalisation, quand les places en psychiatrie sont comptées. Les juges des libertés et de la détention pourront, après avoir pris tous les avis, statuer sur ces situations en toute objectivité. Cet amendement permet de sortir d'une situation pour le moins scabreuse aujourd'hui.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Rappelons qu'il s'agit d'une demande soutenue par l'ensemble des associations et les malades.

Mme la secrétaire d'État. Sagesse.

La Commission adopte l'amendement AS 277. En conséquence, l'amendement AS 278, du même auteur, n'a plus d'objet.

M. Jean Bardet. Monsieur le président, il serait souhaitable que les amendements rédactionnels ou de précision, nombreux sur ce texte, figurent sur une même feuille lorsqu'ils sont du même auteur. Cela permettrait une économie de papier non négligeable, au bénéfice de l'environnement.

M. le président Pierre Méhaignerie. Toutes les suggestions sont bonnes à entendre, mais celle-ci se heurte à des difficultés techniques.

La Commission adopte successivement les amendements AS 156 et AS 157, l'un de précision, l'autre rédactionnel.

Puis elle examine l'amendement AS 270 du rapporteur.

M. le rapporteur. L'amendement dispose que le préfet fixe les délais dans lesquels l'expertise doit lui être rendue.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS 158 du rapporteur.

M. le rapporteur. L'article L. 3213-6 du code de la santé publique fixe actuellement les conditions dans lesquelles une hospitalisation à la demande d'un tiers peut être transformée en hospitalisation d'office : le préfet est habilité à prendre à cet effet un arrêté provisoire, qui doit être confirmé dans les quinze jours.

Le maintien d'une telle mesure pendant quinze jours sans que puissent s'appliquer les dispositions de droit commun nous semble peu compatible avec les avancées que comporte ce projet de loi, en particulier avec le contrôle du juge sur toutes les hospitalisations sans consentement.

Modifiant l'article L. 3213-6, le projet ne fait donc plus référence à une mesure provisoire, mais il continue de mentionner une « confirmation » ultérieure de la décision. L'amendement tend à établir un dispositif cohérent en précisant les conditions dans lesquelles l'admission en soins a lieu dans cette situation très spécifique. Il est notamment prévu un régime « aménagé » d'admission en soins sans consentement sur décision du préfet, qui permet, à la différence d'une décision provisoire, d'appliquer aux personnes concernées l'ensemble des dispositions protectrices figurant dans le projet de loi.

M. Dominique Tian. À force d'encadrer, on ôte toute souplesse au dispositif et on le rend inopérant. Au bout du compte, le juge n'a plus d'autre solution que d'ordonner la sortie de patients, même réputés dangereux, au motif que les délais ne sont pas respectés.

Mme Catherine Génisson. Je suis favorable à cet amendement mais je me demande s'il sera facile de trouver des psychiatres qui acceptent d'établir des certificats médicaux sur la seule base du dossier médical.

M. le rapporteur. Il s'agit dans ce cas d'un avis sur dossier, non d'un certificat. Je rappelle à Dominique Tian que cet amendement ne fait qu'explicitier ce qui est prévu par le projet de loi, afin d'éviter les contentieux.

La Commission adopte l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette l'amendement AS 59 de Mme Jacqueline Fraysse.

Puis elle adopte l'amendement de coordination AS 159 du rapporteur.

La Commission est ensuite saisie de l'amendement AS 60 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient que ce soit le juge des libertés et de la détention qui statue sur la poursuite ou non de la mesure de soins psychiatriques sans consentement, en s'entourant des avis qu'il jugera nécessaires.

M. le rapporteur. Défavorable. Les conditions dans lesquelles le juge est saisi et se prononce sont déjà fixées à l'article 1^{er}.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte les amendements de précision AS 160 et AS 161, l'amendement de coordination AS 162 et l'amendement de précision AS 163, tous du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 271 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement traite encore du « droit à l'oubli ».

La Commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS 164 du rapporteur.

M. le rapporteur. Je propose que le préfet fixe les délais dans lesquels les avis du collège et les deux expertises doivent être produits, dans le cadre de la levée d'une mesure de soins sans consentement prise sur décision du représentant de l'État à l'encontre de personnes ayant déjà été déclarées pénalement irresponsables ou ayant déjà séjourné en UMD. Il s'agit de faire en sorte que le préfet puisse prendre sa décision dans un délai raisonnable.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 61 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il convient de laisser au juge des libertés et de la détention le soin d'aviser de la poursuite ou de la levée des décisions de soins psychiatriques sans consentement, ainsi que des modifications apportées à cette prise en charge.

M. le rapporteur. Défavorable. Le préfet reste l'autorité décisionnaire. C'est sur lui, et non sur le juge, que doit reposer l'obligation d'information.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS 165 à 167, l'amendement de précision AS 168, les amendements rédactionnels AS 169 et AS 170, l'amendement de précision AS 171 et l'amendement rédactionnel AS 172, tous du rapporteur.

La Commission adopte l'article 3 modifié.

TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

Le présent titre vise essentiellement à introduire les modifications de coordination rendues nécessaires par la réforme du dispositif des soins psychiatriques sans consentement prévu aux chapitres Ier à III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique dans les autres chapitres de ce même titre, ainsi que dans le reste du code de la santé publique et dans le code de procédure pénale.

L'article 4 modifie ainsi les dispositions du chapitre IV du titre I^{er} relatives à l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues.

L'article 5 révisé celles du chapitre V afférent aux dispositions pénales applicables en cas de non-respect des dispositions des chapitres I^{er} à III.

L'article 6 vise quant à lui à tenir compte dans l'organisation de la lutte contre les maladies mentales (titre II du livre II) des nouvelles dispositions introduites par les articles 1^{er} à 3 du projet de loi et à rénover en conséquence les dispositions relatives aux établissements de santé et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Enfin, les articles 7 et 8 modifient, par coordination, les dispositions du code de la santé publique qui ne figurent pas dans le livre II mais qui font référence au dispositif d'hospitalisation sans consentement, de même que les dispositions du code de procédure pénale relatives à la procédure et aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Article 4

(articles L. 3214-1 à L. 3214-4 du code de la santé publique)

Admission en soins sans consentement des personnes détenues

Le chapitre IV du titre Ier du livre II prévoit des dispositions spécifiques applicables aux personnes détenues atteintes de troubles mentaux rendant nécessaire une hospitalisation sans leur consentement. Ces dispositions sont modifiées au même titre que celles des chapitres Ier à III afin de s'adapter à la création des soins psychiatriques sans consentement en lieu et place de l'hospitalisation sans consentement et ce, en dépit du fait que le public auquel ces mesures s'adressent ne peut en réalité recevoir ces soins en dehors d'un cadre hospitalier. La formule des soins sans consentement hors hospitalisation complète, que ce soit en cellule ou dans le cadre d'une prise en charge à l'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires) ou au SMPR (service médico-psychologique régional), n'a en effet pas été jugée pertinente. Les UCSA et les SMPR (ainsi que les « cellules d'hébergement » situées à proximité des CMPR qui s'apparentent à l'hôpital de jour) ne prennent en effet en charge les patients qu'avec leur consentement. Par ailleurs, la philosophie des soins sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète est de permettre aux intéressés de disposer de la liberté d'aller et venir et de s'intégrer dans une vie sociale et professionnelle, toutes choses qui ne sont de toute façon pas envisageables dans le cadre pénitentiaire. Les personnes détenues atteintes de troubles mentaux sont donc prises en charge, avec ou sans leur consentement, uniquement au sein d'unités spécialisées ; la question de l'adaptation de cette forme de prise en charge aux détenus mineurs ou aux détenus bénéficiant de certains aménagements de peine doit néanmoins être posée.

● Le 1^o modifie l'intitulé du chapitre IV afin de ne plus faire référence à l'hospitalisation mais à l'admission en soins psychiatriques des personnes détenues.

● Le 2^o procède à la réécriture de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, qui pose aujourd'hui le principe évoqué plus haut selon lequel les personnes détenues atteintes de troubles mentaux sont hospitalisées, avec ou sans leur consentement, au sein d'unités hospitalières spécialement aménagées, les UHSA. La nouvelle rédaction proposée vise à la fois à poser le principe d'une prise en charge uniquement hospitalière de ces personnes tout en permettant que celle-ci puisse avoir lieu dans des structures autres que les UHSA. L'article L. 3214 fixe donc les **modalités de prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux**.

Le I prévoit tout d'abord que les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne peuvent être prises en charge que sous la forme d'une hospitalisation complète.

Le **II** traite plus généralement de l'hospitalisation des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, que celles-ci fassent l'objet de soins avec ou sans leur consentement. Il prévoit ainsi, dans son premier alinéa, que l'hospitalisation peut avoir lieu au sein d'unités pour malades difficiles (UMD) mentionnées à l'article L. 3222-3. Signalons à cet égard que l'article L. 3222-3, rétabli à l'article 6 du projet de loi, prévoit que peuvent être hospitalisées en UMD les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète « lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans une unité spécifique ». Cette formulation reprend celle qui figure aujourd'hui à l'article R. 3221-6 du code de la santé publique. L'hospitalisation en UMD est subordonnée à la production d'un certificat médical attestant que ces conditions sont bien remplies.

Une exception est cependant introduite au deuxième alinéa du **II** pour les détenus mineurs afin de prévoir que, lorsque leur intérêt le justifie, ceux-ci peuvent être hospitalisés dans un cadre général, dans un établissement de santé ayant pour mission d'accueillir des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement : il s'agit des mêmes établissements que ceux qui prennent en charge les personnes admises en soins en application des chapitres **II** et **III** du présent titre. Cette disposition vise notamment à permettre la séparation des détenus mineurs et majeurs et à mieux prendre en compte la spécificité des troubles mentaux des mineurs (pathologies du jeune adulte, pathologies liées à une immaturité) qui, dans certains cas, pourraient justifier une hospitalisation en pédopsychiatrie.

● Le **3°** introduit des modifications ponctuelles au sein de l'**article L. 3214-2** du code de la santé publique qui dresse la **liste des droits garantis aux personnes détenues hospitalisées** et prévoit les modalités de retour en détention en cas de mainlevée de la mesure d'hospitalisation ordonnée par le juge. Ces modifications sont principalement de coordination, à l'exception de l'introduction par le *b)* d'une disposition nouvelle.

Le premier alinéa de l'article L. 3214-2 dresse la liste des articles mentionnés au chapitre **Ier** applicables aux personnes détenues hospitalisées « sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant [de celles] hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé ». Sont ainsi visés :

– l'article L. 3211-3 (dignité de la personne hospitalisée, information sur ses droits et liste des droits garantis),

– l'article L. 3211-4 (protocole thérapeutique établi dans le respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur),

– l'article L. 3211-6 (possibilité d'un placement sous sauvegarde de justice),

– l'article L. 3211-8 (possibilité de constitution d'une tutelle ou d'une curatelle),

– l'article L. 3211-9 (possibilité pour le juge de nommer un curateur même en l'absence de mesure de protection),

– l'article L. 3211-12 (droit au recours devant le juge des libertés et de la détention).

Le *a*) toilette la liste qui précède en lien avec les modifications introduites au chapitre I^{er}. La référence à l'article L. 3211-9 est tout d'abord supprimée : cet article a en effet trait désormais au collège institué pour rendre au juge ou au préfet un avis sur le cas de certaines personnes hospitalisées sans consentement, et la procédure spécifique d'institution d'un curateur à la personne figurant préalablement à l'article L. 3211-9 est supprimée par le projet de loi car devenue largement inusitée suite à la réforme des tutelles dans le code civil (voir *supra* le commentaire de l'article I^{er}). *A contrario*, sont insérées plusieurs références aux articles introduits par le projet de loi dans le cadre de l'institution d'un contrôle automatique du juge sur les mesures d'hospitalisation sans consentement dans les quinze premiers jours de l'admission en soins. Il s'agit :

– de l'article L. 3211-12-1 qui prévoit les conditions de la saisine automatique du juge des libertés et de la détention sur les admissions en soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation complète,

– de l'article L. 3211-12-2 qui définit les modalités selon lesquelles le juge statue (débat contradictoire, présence d'un avocat, configuration de l'audience),

– de l'article L. 3211-12-3 qui prévoit la possibilité pour le juge de statuer par une même décision dans le cadre d'une saisine automatique et d'un recours individuel portant sur un même dossier,

– et de l'article L. 3211-12-4 qui fixe les conditions d'appel de la décision du juge.

Le *a*) remplace également la référence à l'hospitalisation au sein du premier alinéa par une référence aux soins sans consentement en précisant que les mesures afférentes sont prises « en application du chapitre III du présent titre » (relatif à l'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État). Force est cependant de constater que les personnes détenues ne sont pas hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement sur la base de l'article L. 3213-1 mais de l'article L. 3214-3.

Comme indiqué précédemment, le *b*) introduit, après le premier alinéa de l'article L. 3214-2, un nouvel alinéa prévoyant une adaptation dans l'application de l'article L. 3211-12-1 aux cas des personnes détenues. Au II de cet article, il est en effet mentionné que la saisine automatique du JLD doit être accompagnée « d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement de santé

désignés par le directeur ». Dans le cas des personnes détenues hospitalisées en soins psychiatriques sans leur consentement, il est précisé que cet avis est pris « après consultation par tout moyen d'un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire » où est incarcéré le détenu.

Enfin, le *c*) procède à la réécriture du dernier alinéa de l'article L. 3214-2 relatif à l'intervention du JLD afin de prendre en compte non seulement la possibilité d'une saisine individuelle au titre de l'article L. 3211-12 mais également la saisine automatique dans le cadre du contrôle du juge dans les 15 jours de l'admission en soins prévu à l'article L. 3211-12-1. Les dispositions relatives à l'information de l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République en cas de levée de la mesure sont maintenues, ainsi que le renvoi à un décret en Conseil d'État pour prévoir les conditions d'organisation du retour en détention.

● Le 4^o modifie quant à lui les dispositions de l'article L. 3214-3 du code de la santé publique qui définit **les conditions dans lesquelles une personne détenue souffrant de troubles mentaux peut être hospitalisée en soins psychiatriques sans son consentement**. Ces conditions sont très proches des conditions prévues aux chapitres II et III pour l'admission en soins psychiatriques sans consentement puisque sont invoquées la nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ainsi que la présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement du détenu. Le fait que ces troubles « constituent un danger pour [la personne] elle-même ou pour autrui » est en outre mentionné. L'hospitalisation en soins psychiatriques sans consentement est alors prononcée par le préfet du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire (ou, à Paris, par le préfet de police) au vu d'un certificat médical circonstancié. À cet égard, la mention selon laquelle ce certificat ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil est supprimée par le projet de loi au *b*).

Quant au *a*), il apporte essentiellement des modifications rédactionnelles tout en précisant que la mesure de soins décidée par le préfet est prise « en application du chapitre III du présent titre ». Cette mention est quelque peu curieuse dans la mesure où une partie des critères présidant la mise en œuvre des dispositions du chapitre III n'entre pas en ligne de compte pour les personnes détenues, en l'occurrence le fait de compromettre la sûreté des personnes ou de porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public, qui est au cœur de l'intervention du préfet. Peut-être serait-il préférable à cet égard de préciser que les dispositions du chapitre III sont applicables aux personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement, ce qui, en outre, contribuerait à renforcer leurs droits. La période d'observation et la production de certificats médicaux après 24 et 72 heures pourraient ainsi s'appliquer également à eux (rendant par là même inutile les dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 3214-3, non modifiées par le projet de loi, qui prévoit l'établissement d'un certificat médical dans les vingt-quatre heures de l'admission en soins).

Le c) complète les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 3214-3 qui prévoient que les arrêtés préfectoraux d'admission en soins psychiatriques sans consentement doivent être motivés et énoncer avec précision les circonstances ayant rendu l'hospitalisation nécessaire. Comme à l'article L. 3213-1, il est désormais prévu que ces arrêtés désignent l'établissement d'accueil de la personne malade. Notons que le dernier alinéa de l'article L. 3214-3 prévoit en outre que ces arrêtés sont inscrits sur le registre de ces établissements. Les deux alinéas précités pourraient d'ailleurs utilement être rassemblés en un seul.

● Enfin, une modification rédactionnelle est apportée par le 5° à l'article L. 3214-4 du code de la santé publique, qui précise les modalités selon lesquelles les soins psychiatriques sans consentement dont font l'objet les personnes détenues peuvent être maintenus en renvoyant au chapitre III, et plus précisément :

– à l'article L. 3213-3 (certificat médical dans un délai de 8 jours, puis tous les mois, transmis au préfet),

– à l'article L. 3213-4 (décision de maintien en soins pour une durée de trois mois prise par le préfet dans les trois derniers jours du premier mois d'admission en soins, puis décision par période de six mois ; levée de la mesure de soins en cas de non respect des délais ; possibilité pour le préfet de mettre fin à la mesure de soins à tout moment)

– et à l'article L. 3213-5 (pouvoir de proposition du psychiatre en matière de levée de la mesure).

L'article L. 3214-5 du code de la santé publique reste quant à lui inchangé : il prévoit que les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'État.

*

La Commission adopte successivement l'amendement de précision AS 173, l'amendement rédactionnel AS 174, l'amendement de précision AS 175, l'amendement rédactionnel AS 176, l'amendement de précision AS 177, l'amendement visant à corriger une erreur rédactionnelle AS 178, l'amendement visant à corriger une erreur de coordination AS 179, les amendements de précision AS 180 et AS 181, l'amendement de coordination AS 183, l'amendement de précision AS 182, l'amendement rédactionnel AS 184, l'amendement de précision AS 185 et l'amendement rédactionnel AS 186, tous du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 4 modifié.

Article 5

(articles L. 3215-1 à L. 3215-4 du code de la santé publique)

Dispositions pénales

Les adaptations des dispositions figurant au sein du chapitre V du titre Ier du livre II du code de la santé publique relatif aux dispositions pénales prévues au présent article sont de deux ordres :

– d’une part, elles visent à compléter la liste des actes susceptibles d’être sanctionnés, en lien avec les nouvelles dispositions introduites par le projet de loi, et à introduire les modifications de coordination rendues nécessaires par le passage de l’hospitalisation sous contrainte aux soins sans consentement et le changement de numérotation de certains articles ;

– d’autre part, à l’occasion des modifications précitées, elles procèdent à une harmonisation des *quantums* des peines applicables en application du présent chapitre avec ceux applicables dans le droit commun. Ainsi, actuellement, l’échelle des peines d’amende préconisée est de 7 500 euros lorsque la peine d’emprisonnement encourue est de 6 mois, de 15 000 euros lorsque la peine d’emprisonnement encourue est d’un an, de 37 500 euros lorsque la peine d’emprisonnement encourue est de 2 ans, etc.. Le ministère de la Justice recommande la mise en œuvre de cette graduation dans l’ensemble des textes qui prévoient des incriminations pénales. Quant à la baisse du *quantum* des peines d’emprisonnement, d’après les renseignements dont dispose votre rapporteur, elle correspond à une recommandation du Conseil d’État mais ne modifie en rien la philosophie de ces dispositifs qui constitue avant tout un rempart dissuasif permettant de sanctionner de façon graduée et proportionnée d’éventuelles atteintes aux libertés dans le cadre particulier d’une hospitalisation sans consentement ⁽¹⁾.

● Le 1^o propose tout d’abord une réécriture de l’**article L. 3215-1** du code de la santé publique qui prévoit aujourd’hui qu’est puni d’une peine d’emprisonnement de deux ans et de 3 750 euros d’amende le fait pour un directeur d’un établissement de santé prenant en charge des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement de **retenir un patient dont la sortie a été ordonnée ou la mesure d’hospitalisation levée**. Comme indiqué précédemment, le *quantum* de la peine est modifié (dans le sens d’une diminution de la durée d’emprisonnement et d’une hausse du montant de l’amende), mais, parallèlement, le champ des actes passibles de cette peine est élargi.

(1) En l’absence de dispositif adapté, la seule peine encourue serait celle prévue à l’article 432-4 du code pénal qui punit de 7 ans d’emprisonnement le fait pour une personne chargée d’une mission de service public d’ordonner ou d’accomplir un acte attentatoire à la liberté individuelle à l’occasion de l’exercice de sa mission. Cette peine est portée à trente ans de réclusion criminelle lorsque la rétention excède une durée de 7 jours.

1. Actions passibles d'un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende

Le premier alinéa de l'article L. 3215-1 fixe la peine encourue (un an d'emprisonnement et 15 000 euros d'amende) au titre des dispositions du présent article, qui se divise désormais en deux blocs :

– au 1^o, sont reprises les dispositions qui figurent actuellement à l'article L. 3215-1, dispositions actualisées afin de tenir compte des évolutions introduites par le projet de loi. Il s'agit notamment de mettre à jour les références aux articles des chapitres I^{er} à III visés à cet alinéa en ajoutant les articles L. 3211-12-1 (saisine automatique du juge) et L. 3212-4 (levée de la mesure de soins par le directeur lorsque l'un des deux certificats établis pendant la période d'observation conclut en ce sens) et de remplacer la référence au président du TGI par une référence au JLD ;

– au 2^o, il est désormais prévu que le fait pour le directeur ou pour un médecin de l'établissement de **supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation d'un patient** est passible de la peine prévue au 1^{er} alinéa. Notons qu'il ne s'agit pas là d'une incrimination nouvelle puisque celle-ci figure déjà, pour le directeur de l'établissement, au 7^o de l'article L. 3215-2, et, pour le médecin, au 1^o de l'article L. 3215-4. Cet article prévoit donc des peines plus importantes que les articles suivants s'agissant d'actions qui portent atteinte au droit au recours du patient, alors que le droit au juge et le contrôle de celui-ci sur les hospitalisations en soins psychiatriques sans consentement sont renforcés par le projet de loi.

Au 2^o, l'**article L. 3215-2** du code de la santé publique, qui dresse la liste des actes des directeurs des établissements de santé accueillant les personnes en soins psychiatriques sans leur consentement passibles d'une peine d'un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende, est entièrement réécrit.

2. Peines applicables aux directeurs d'établissement

Le premier alinéa de l'article L. 3215-2 fixe la peine encourue qui passe désormais à **six mois d'emprisonnement au lieu d'un an et 7 500 euros d'amende au lieu de 3 750** pour une série d'actes énumérés ensuite.

Au 1^o, sont reprises, avec des modifications rédactionnelles, les dispositions actuelles, qui visent le fait d'admettre des personnes en soins psychiatriques sans leur consentement à la demande d'un tiers sans disposer de la demande et des certificats médicaux requis.

Le 2^o introduit une disposition nouvelle correspondant à la nouvelle possibilité offerte par le 2^o du II de l'article L. 3212-1 d'admettre une personne en soins psychiatriques sans son consentement en cas de péril imminent, même en l'absence de tiers : est également visé le fait procéder à l'admission sans le certificat médical requis.

Le 3° reprend les dispositions qui figuraient auparavant au 2° concernant le fait d'omettre d'adresser au préfet les certificats médicaux et le bulletin d'entrée dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (la référence à l'article L. 3212-4 est remplacée par une référence à l'article L. 3212-5 qui contient désormais ces dispositions).

Le 4° (ex-3°) constitue le prolongement de l'alinéa précédent et vise l'ensemble des dispositions des chapitres II et III qui prévoient la transmission au préfet dans certains délais (le plus souvent d'ailleurs « sans délai » ou dans les vingt-quatre heures) des certificats médicaux établis par les psychiatres : cette liste est ainsi complétée par une référence à l'article L. 3213-1 (transmission des certificats médicaux produits pendant la période d'observation) ainsi qu'à l'article L. 3213-2, qui ne prévoit cependant pas de certificat médical mais un avis dont il n'est en outre pas prévu qu'il soit explicitement transmis au préfet ; parallèlement, la référence à l'article L. 3213-5, qui concerne le cas spécifique des certificats médicaux susceptibles d'être produits à tout moment par le psychiatre pour attester que la levée de la mesure de soins peut être ordonnée, est renvoyée au 7°.

Le 5° reprend les dispositions figurant préalablement au 4° (inscriptions sur les registres).

Le 6° vise le défaut d'information du préfet, de la CDSP, du procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de soins et du procureur de la République près le TGI dans le ressort duquel se situe le domicile du patient de la levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent par le directeur de l'établissement. Cette disposition apparaît comme particulièrement sévère dans la mesure où le manquement en question ne porte pas atteinte à la liberté du patient. On notera également que c'est le seul cas où l'absence d'information de la CDSP est passible d'une sanction pénale, ce qui introduit un traitement différent entre les différentes informations ou les différents documents censés être transmis à cette autorité : ainsi aucune sanction pénale n'est prévue en cas de non transmission des certificats médicaux. Il serait donc peut-être préférable de supprimer le présent alinéa.

Enfin, le 7° renvoie au cas évoqué plus haut des certificats médicaux susceptibles d'être produits à tout moment par le psychiatre pour attester que la levée de la mesure de soins peut être ordonnée et dont le directeur de l'établissement doit aviser le préfet dans les vingt-quatre heures en application de l'article L. 3213-5 ; ces dispositions se substituent ainsi à celles figurant actuellement au 7° qui sont intégrées au 2° de l'article L. 3215-1 (voir *supra*).

● Le 4° procède à l'abrogation de l'**article L. 3215-3** du code de la santé publique qui prévoit des incriminations pénales à l'encontre des directeurs des établissements de santé autres que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1. Ces derniers étant, depuis la loi dite HPST (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) les seuls habilités à

prendre en charge les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement, les présentes dispositions n'ont plus lieu d'être.

● Le 5° enfin propose une nouvelle rédaction pour l'**article L. 3215-4** du code de la santé publique qui fixe les peines susceptibles d'être prononcées à l'encontre des médecins des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1.

3. Peines applicables aux médecins

Les dispositions du 1° ayant été transférées au sein du 2° de l'article L. 3215-1, les subdivisions sont supprimées au sein de l'article L. 3215-4 qui vise désormais uniquement **le fait pour un médecin de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux** prévus par la loi qu'il lui incombe de rédiger. Sont ainsi visés les certificats établis pendant la période d'observation (articles L. 3211-2-2 et L. 3213-1) et les certificats établis dans le délai de 8 jours puis tous les mois (articles L. 3212-7 et L. 3213-3). La référence à l'article L. 3213-4, qui ne concerne pas la production des certificats médicaux mais la décision de maintien en soins prise par le préfet, semble en revanche être une erreur.

Comme pour les directeurs d'établissements de santé, la peine encourue est fixée à six mois d'emprisonnement et 7 500 euros d'amende contre un an de prison et 3 750 euros d'amende aujourd'hui.

*

*La Commission **adopte** successivement l'amendement de précision AS 187, l'amendement rédactionnel AS 188, l'amendement de coordination AS 189, les amendements de précision AS 190 et AS 191, les amendements rédactionnels AS 192 et AS 193 et l'amendement visant à corriger une erreur de référence AS 194, tous du rapporteur.*

Puis elle examine l'amendement AS 195, également du rapporteur.

M. le rapporteur. Les dispositions pénales mentionnées à l'article 5 visent à prévenir et à punir les atteintes à la liberté des patients, à la seule exception du 6° qui vise la simple omission d'informer de la levée de la mesure de soins. La disproportion avec les autres faits, passibles de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende, est flagrante et justifie que ce cas de figure soit supprimé.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** successivement deux amendements du rapporteur : l'amendement AS 196, rédactionnel, et l'amendement AS 197, visant à corriger une erreur de référence.*

*La Commission **adopte** l'article 5 **modifié**.*

Article 6

Organisation de la prise en charge psychiatrique

Le présent article modifie les chapitres II et III du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique relatifs l'un aux établissements de santé, l'autre à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques qui devient, comme nous l'avons déjà indiqué, la commission départementale des soins psychiatriques. Les 1° à 5° modifient tout d'abord le chapitre II dont seuls les articles L. 3222-1 (définition des établissements concernés) et L. 3222-6 (renvoi à un décret en Conseil d'État), restent inchangés. Les 6° et 7° modifient également les deux articles principaux du chapitre III.

● Le 1° introduit des modifications au sein de l'**article L. 3222-1-1** relatif au **transport** des personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office. Cet article précise dans son premier alinéa que les personnes malades ne peuvent être transportées vers leur établissement d'accueil **sans leur consentement que lorsque cela est strictement nécessaire et par des moyens adaptés à leur état**. Ce transport ne peut en outre être assuré que par un transporteur sanitaire agréé. Quant au second alinéa, il dispose que dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission. Les *a)* et *b)* ne modifient pas le sens de ces dispositions mais les adaptent aux termes et aux procédures désormais utilisés aux chapitres II et III dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques sans consentement.

● L'**article L. 3222-2** du code de la santé publique prévoit que lorsqu'une personne hospitalisée dans un autre établissement que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1 (établissements habilités à accueillir des personnes en soins psychiatriques sans consentement) présente des troubles mentaux correspondant aux critères fixés aux articles L. 3212-1 et L. 3213-1 pour définir les conditions d'une hospitalisation sous contrainte, le directeur de l'établissement dispose d'un délai de quarante-huit heures pour prendre toutes les mesures nécessaires en vue de mettre en œuvre l'une des procédures d'admission en soins sans consentement. Les modifications apportées au 2° sont purement rédactionnelles et de coordination.

● Le 3° rétablit l'**article L. 3222-3** du code de la santé publique abrogé par l'article 26 de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi HPST afin d'insérer dans le présent chapitre des dispositions relatives aux **unités pour malades difficiles** (UMD). Rappelons qu'à l'heure actuelle, seul un arrêté du 14 octobre 1986 précise les caractéristiques du patient admis en UMD (patient présentant un danger pour autrui et nécessitant des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières).

1. Unités pour malades difficiles

Le premier alinéa de l'article L. 3222-3 prévoit que les UMD s'adressent aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète lorsqu'elles présentent un **danger pour autrui tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaire ne peuvent être mises en œuvre que dans des unités spécifiques.**

Le second alinéa se borne à renvoyer à un décret en Conseil d'État pour déterminer les conditions d'admission dans ces unités.

• **L'article L. 3222-4** du code de la santé publique, qui dresse la liste des autorités qui ont l'obligation de visiter les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 et fixe la périodicité de ces visites ne connaît que des modifications formelles apportées à son deuxième alinéa par le 4°. Les autorités dont il est ici question sont :

- le préfet ou son représentant ;
- le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) ou son représentant ;
- le juge du tribunal d'instance ;
- le président du tribunal de grande instance ou son délégué ;
- le maire de la commune ou son représentant ;
- le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement.

Il convient cependant de noter que le contrôle de ces autorités est étendu à la bonne application de l'article L. 3211-2-1 (possibilité de prendre en charge les patients soit sous forme d'hospitalisation complète soit sous une autre forme) ; on voit mal cependant ce que, concrètement, ce contrôle peut recouvrir en l'espèce. Rappelons à cet égard qu'entre aujourd'hui dans le champ de ce contrôle la bonne application des articles L. 3211-1 (pas d'hospitalisation sans consentement en dehors des cas prévus par les chapitres II et III du titre I^{er}), L. 3211-2 (mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles garantis aux personnes en hospitalisation libre pour des soins psychiatriques qu'aux autres malades hospitalisés) et L. 3211-3 (restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes faisant l'objet de soins sans consentement strictement limitées aux nécessités de leur état de santé et de leur traitement), qui sont d'une toute autre nature que l'article L. 3211-2-1. Le fondement de la présence dans l'établissement des autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 est en effet de leur permettre de s'assurer qu'il n'est pas fait obstacle à une demande de communication des patients avec elles-mêmes (qui est de droit en application de l'article L. 3211-3), ou à l'exercice par ces patients de droits qui leur sont reconnus, tels celui de

prendre contact avec un avocat, d'émettre ou de recevoir des courriers, d'exercer leur droit de vote.

On ne peut donc que regretter que les pratiques desdites autorités en matière de visite des établissements soient manifestement très dissemblables sur le territoire national et que leur périodicité soit rarement respectée. Force est cependant de constater que la multiplication des autorités compétentes et la fréquence élevée prévue pour ces visites (une fois par trimestre pour le procureur de la République et une fois par semestre pour les autres autorités concernées) ne facilitent pas l'application de ces dispositions qui peut en outre être également contrôlée par la commission départementale mentionnée à l'article L. 3222-5 et par le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Concentrer ce contrôle sur deux ou trois autorités seulement en prévoyant une périodicité compatible avec la réalisation de leurs (nombreuses) autres missions permettrait peut-être de redonner une plus grande effectivité à ce dispositif, et partant de garantir une meilleure application des droits des patients.

● L'**article L. 3222-5** du code de la santé publique définit la mission, au sein de chaque département, de la **commission départementale des hospitalisations psychiatriques** sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4. Cette commission est chargée d'examiner « la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ». Le 5° du présent article entérine tout d'abord le changement de nom de **la CDHP qui devient la CDSP** (commission départementale des soins psychiatriques) et procède surtout à un **resserrement de ses missions sur le cas des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement**. Des témoignages récurrents font en effet état des nombreuses difficultés rencontrées actuellement par la plupart des CDHP pour assumer leurs missions. Espérons que ce changement de périmètre permette aux futures CDSP de jouer pleinement leur rôle à l'avenir.

● Le 6° procède quant à lui à un toilettage des dispositions relatives à la CDHP prévues aux 1° à 7° de l'**article L. 3223-1** du code de la santé publique afin de les adapter aux évolutions résultant du projet de loi. Pour ce faire, il propose une réécriture et une réorganisation globale de cet article.

2. Commission départementale des soins psychiatriques

Le 1° de l'article L. 3223-1 reste inchangé, à l'exception de modifications rédactionnelles : il prévoit que la CDSP est informée de toutes les décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement ainsi que de toutes les décisions de maintien des mesures de soins et de levée de ces mêmes mesures.

Le 2° reprend une partie des dispositions figurant aujourd'hui au 5° et les adapte au nouveau champ de compétence de la CDSP : celle-ci est ainsi chargée

de recevoir les réclamations des personnes faisant l'objet de soins sans leur consentement, ou de leur conseil, et d'examiner leur situation.

Le 3° dispose que la CDSP examine la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement « en tant que de besoin » mais, qu'elle doit **obligatoirement** examiner la situation :

– *a*) des personnes admises en soins en cas de péril imminent (2° du II de l'article L. 3212-1) ;

– et *b*) de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'un an.

La situation mentionnée au *a*) est une innovation liée à la création par le projet de loi de la procédure d'admission en soins sans consentement en cas de péril imminent et en l'absence de tiers ; en revanche, la situation prévue au *b*) s'inscrit dans la volonté de prioriser et de concentrer les missions de la CDSP afin de lui redonner des marges de manœuvre : on passe ainsi d'un examen systématique de la situation de toutes les personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois à celle des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement depuis plus d'un an. Les conditions dans lesquelles l'examen de ces situations a lieu sont fixées par décret en Conseil d'État : celui-ci devra notamment déterminer les modalités selon lesquelles la CDSP est saisie de ces situations particulières.

Les dispositions figurant actuellement au 4° ne sont modifiées qu'à des fins de coordination rédactionnelle. Cet alinéa prévoit que la CDSP peut saisir le préfet et le procureur de la République en tant que de besoin de la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement. Si la possibilité de saisine du préfet s'explique aisément par l'étendue du rôle joué par celui-ci dans les procédures prévues au chapitre III, mais également au chapitre II (pouvoir du préfet d'ordonner la levée d'une mesure de soins décidée par un directeur d'établissement de santé à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent), il semblerait que la possibilité de saisine du procureur s'explique quant à elle plus au regard du rôle général du parquet dans la protection des personnes vulnérables que sont les majeurs protégés ou les mineurs. La commission pourrait ainsi signaler le fait que la situation de tel majeur nécessite l'ouverture d'une mesure de protection juridique, ou encore le fait que les modalités d'hospitalisation ou de soins sans consentement appliquées à un mineur posent des problèmes.

Le 5° reprend les dispositions figurant actuellement à cet alinéa (à l'exception de celles préalablement transférées au sein du 3°) relatives aux visites des établissements et à la vérification des informations figurant sur le registre.

Le 6° concerne le rapport d'activité de la CDSP adressé chaque année au préfet et au procureur de la République. Dans un effort d'uniformisation, son contenu sera désormais fixé par décret en Conseil d'État. Sa présentation au conseil départemental de santé mentale en revanche n'est plus mentionnée.

Le 7° reprend, en les actualisant, les dispositions permettant à la CDHP de proposer au président du tribunal de grande instance d'ordonner la sortie d'une personne hospitalisée sans son consentement : il s'agira désormais pour la CDSP de proposer au juge des libertés et de la détention la levée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement. La formule retenue au présent alinéa ne confère pas à la CDSP la faculté de « saisir » le juge, son intervention n'est d'ailleurs pas explicitement mentionnée à l'article L. 3211-12 ; on peut en revanche considérer qu'elle s'inscrit dans le cadre de la possibilité offerte à toute personne intéressée de porter à la connaissance du JLD les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade (dernier alinéa du I de cet article). Rappelons que la CDSP est en outre fondée, en application de l'article L. 3212-9, à demander à un directeur d'établissement de lever une mesure de soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : la levée est alors de droit ; l'article L. 3213-4 prévoit qu'une telle demande peut être adressée au préfet dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement prise sur décision du représentant de l'État, mais celui-ci n'est pas tenu d'y souscrire.

Un 8° ne figurant pas dans le texte actuel est en outre inséré afin de prévoir une nouvelle mission pour la CDSP : celle de statuer sur les modalités d'accès des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement aux « informations concernant [leur] santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé » (article L. 1111-7 du code de la santé publique).

Enfin, le dernier alinéa est modifié dans un souci de déontologie. S'il continue en effet de prévoir que les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission, il est précisé que seuls les membres de la CDSP ayant la qualité de médecin peuvent avoir accès aux données médicales nécessaires à l'accomplissement des missions de la commission. Cette distinction n'est pas nouvelle mais faisait uniquement l'objet auparavant d'une disposition réglementaire.

• Le projet de loi ne modifie pas la **composition des commissions départementales des soins psychiatriques** prévue à l'article L. 3223-2 du code de la santé publique, qui comprend :

– deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'État dans le département ;

– un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

– deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ;

– un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État dans le département.

En revanche, le sixième alinéa de cet article, qui prévoit qu'en cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission, peuvent être nommées des personnalités des autres départements de la région ou des départements limitrophes est amendé afin d'élargir cette faculté à « d'autres départements ». L'objectif est là encore de faire en sorte que les CDSP puissent fonctionner.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 272 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement dispose que, dans chaque territoire de santé, l'Agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en relation avec la gendarmerie, la police, le SAMU, les ambulanciers et les pompiers.

La Commission adopte l'amendement AS 272 ; de ce fait, l'amendement AS 273, du même auteur, n'a plus d'objet.

La Commission est saisie de l'amendement AS 11 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement vise à prendre en compte la sectorisation psychiatrique en vue d'organiser la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement au sein de chaque territoire de santé.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement revient sur les dispositions de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), l'article L. 3222-1 du code de la santé publique disposant que seuls les établissements auxquels cette mission de service public a été confiée peuvent prendre en charge les patients sans leur consentement. La réintroduction de critères uniquement liés à la sectorisation imposerait de revoir l'architecture de ce texte.

M. Jean-Luc Prél. La loi HPST n'a traité ni des hôpitaux psychiatriques ni des CHU. Or des relations existent entre le secteur psychiatrique hospitalier, les médecins libéraux et les médecins de premier recours, et il n'est pas possible de faire abstraction de la sectorisation telle qu'elle fonctionne aujourd'hui.

M. le rapporteur. Cette question de l'articulation entre secteurs psychiatriques et territoires de santé ne peut être réglée par un simple amendement !

M. Serge Blisko. Jean-Luc Prél aborde là un vrai problème. Nous espérons que la psychiatrie serait organisée à la faveur de la loi HPST mais, même à l'heure où l'on évalue l'application de celle-ci, elle reste à l'écart de ce grand maelstrom ! Il importe que le secteur psychiatrique reste cette pierre angulaire qu'il est depuis les années soixante, cet élément qui a assuré à la France

une position de pionnière, mais on ne peut pour autant faire abstraction de la régionalisation et des territoires de santé, en repoussant sans cesse le débat, quelle qu'en doive être l'issue !

Mme Catherine Génisson. Il est en effet urgent de traiter cette question : nous nous heurtons trop souvent au problème de la sectorisation lorsque nous sollicitons un établissement pour prendre en charge dans l'urgence une situation dramatique.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte successivement les amendements de précision AS 198 et AS 199 du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 274 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement traite du suivi et de la réinsertion des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ambulatoires sans consentement. Afin notamment d'organiser leur retour en hospitalisation lorsqu'elles ne respectent pas le protocole, il est proposé que le directeur de chaque établissement de santé conclue des conventions avec le représentant de l'État dans le département, avec les collectivités territoriales et avec le directeur de l'ARS.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte l'amendement de coordination AS 200 du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 201 du rapporteur.

M. le rapporteur. Le code de la santé publique prévoit que les établissements de santé ayant pour mission d'accueillir des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sont régulièrement visités – tous les six mois, voire tous les trois mois – par six autorités censées s'assurer du respect des droits garantis aux patients. Or, bien souvent, les visites n'ont pas lieu car le nombre des autorités concernées aboutit à diluer la responsabilité de ce contrôle.

Dans un souci de simplification, je propose que les établissements soient visités une fois par an par le préfet ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, et par le maire de la commune ou son représentant.

M. Serge Blisko. Certains présidents de tribunaux de grande instance visitent les établissements avec régularité – pour peu que ces derniers ne soient pas trop éloignés du tribunal... Cela étant, je suis pour que les maires procèdent à ces contrôles régulièrement : les autorités que vous citez sont-elles toutes mobilisées, ou ces visites seront-elles le fait d'une seulement, à défaut des autres ?

M. le rapporteur. L'obligation incombera aux trois. Par ailleurs, je vous rappelle que le contrôleur général des lieux de privation de liberté intervient également et fait un travail remarquable.

Mme la secrétaire d'État. Je suis défavorable à cet amendement car il me semble malvenu de supprimer l'intervention du procureur de la République, qui est la personne la plus réactive, qui connaît le mieux les détenus, et les majeurs protégés, et qui dispose de compétences générales.

M. le rapporteur. Cet amendement porte sur les visites obligatoires. Le procureur peut toujours s'autosaisir et procéder à des visites.

Mme Catherine Génisson. Je suis favorable à l'amendement car les visites ne se font pas actuellement ! Si la loi n'est pas appliquée, à qui incomberont les responsabilités et quelles sanctions seront prises en cas d'événement grave ?

M. Dominique Tian. Dans la mesure où ces visites sont inopinées, réduire le nombre des autorités concernées facilitera les choses. Cela étant, je serais pour que l'ARS y participe.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cela alourdirait le dispositif. Mais le préfet peut se faire représenter...

M. Serge Blisko. Ce qui importe plus que le nombre d'autorités, c'est que les visites aient lieu. En effet, certaines associations sectaires, liées notamment à la Scientologie, prennent prétexte de leur absence ou de leur rareté pour dénoncer les défaillances de notre État de droit et nous faire condamner par la Cour européenne des droits de l'homme. Hostiles à la psychiatrie française, elles vont jusqu'à payer des avocats aux patients une fois ceux-ci sortis des établissements ! Il faut donc protéger les directeurs de ces établissements et les psychiatres – sans oublier que ces contrôles sont aussi indispensables pour préserver les libertés individuelles de gens soumis à des traitements contraignants, qui ne sont pas sans effet sur leur vie sociale, familiale et professionnelle.

Mme la secrétaire d'État. Sagesse, compte tenu des arguments développés.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement de coordination AS 202 du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 62 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Le juge des libertés et de la détention doit être informé de la situation des personnes faisant l'objet de soins sans leur consentement.

M. le rapporteur. L'amendement est satisfait : aux termes de ce même article L. 3223-1, la commission départementale des soins psychiatriques peut proposer au juge d'ordonner la levée d'une mesure de soins.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements de précision AS 203 et AS 204, et l'amendement rédactionnel AS 205, tous du rapporteur.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 63 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement procède du même esprit que l'amendement AS 62.

M. le rapporteur. Avis favorable, cette fois, car le juge des libertés et de la détention pourrait utilement être destinataire du rapport de la commission départementale. Je propose toutefois de compléter l'amendement pour préciser qu'il s'agit du juge compétent dans le ressort de cette commission.

Mme Jacqueline Fraysse. J'en suis d'accord.

Mme la secrétaire d'État. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement ainsi rectifié.

Puis elle adopte successivement les amendements de précision AS 206 et AS 207, et l'amendement rédactionnel AS 208, tous du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 64 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à renforcer les pouvoirs de la commission départementale des soins psychiatriques.

Je précise que l'exposé sommaire de cet amendement n'est pas le bon.

M. le rapporteur. Défavorable. Le rôle des soignants est avant tout d'être aux côtés des malades, et non de répondre à des convocations de cette commission. Tenons-nous en à l'obligation de répondre aux demandes d'information.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte successivement l'amendement de précision AS 209 et l'amendement rédactionnel AS 210, tous deux du rapporteur.

Elle est saisie de l'amendement AS 65 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement découle de l'amendement AS 64.

*Suivant l'avis du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 6 **modifié**.*

Après l'article 6

La Commission est saisie d'un amendement AS 267 du rapporteur, portant article additionnel après l'article 6.

M. le rapporteur. Cet amendement propose une expérimentation consistant à intégrer dans chaque SMUR un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie.

Mme la secrétaire d'État. Il ne me semble pas opportun d'alourdir le dispositif existant. Les professionnels des SMUR sont déjà polyvalents et ont donc des compétences en psychiatrie.

En outre, je me demande comment le médecin régulateur pourrait, sur le fondement d'une simple conversation téléphonique, juger « qu'un patient peut présenter un trouble mental » et estimer dès lors nécessaire d'envoyer un infirmier psychiatrique.

Par ailleurs, la présence de cet infirmier pourrait ouvrir la porte à d'autres demandes, concernant toutes les spécialités médicales : pourquoi, par exemple, ne pas prévoir aussi un infirmier en néphrologie, pour secourir des victimes d'insuffisance rénale ?

Enfin, cette disposition relève du domaine réglementaire.

Mme Catherine Génisson. Le rôle du médecin régulateur est de proposer, par téléphone, en fonction des renseignements qui lui sont fournis, les solutions les plus adaptées à une situation donnée.

Les équipes des SMUR se réduisent actuellement à un chauffeur, à un médecin urgentiste et à un infirmier anesthésiste. Abstraction faite des difficultés liées à l'insuffisance des moyens dont dispose l'hôpital public, je suis favorable à l'amendement du rapporteur. La prise en charge psychiatrique n'a rien à voir avec celle d'une insuffisance rénale, cardiaque ou respiratoire : elle nécessite des gestes spécifiques et un médecin psychiatre ou un infirmier de psychiatrie sur place peut faire des miracles !

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je suis moi aussi pour cet amendement, mais je vois un autre obstacle à la mise en œuvre de cette expérimentation : on a cessé de former des infirmiers psychiatriques !

M. Jean Bardet. J'ignore ce qu'un infirmier psychiatrique fera de plus qu'un infirmier généraliste dans l'ambulance : en cas d'urgence psychiatrique, il

faut prescrire un calmant en attendant de procéder à des examens complémentaires et de poser un diagnostic plus précis.

En outre, il faudrait définir ce qu'on entend par infirmier psychiatrique puisque cette formation n'existe plus comme vient de le rappeler Mme Carrillon-Couvreur.

M. Serge Blisko. Cet amendement me semblant très intéressant mais d'application difficile tel quel, je propose d'en garder l'esprit mais de le transformer quelque peu en expérimentant plutôt la présence dans les services d'urgence d'un médecin psychiatre référent qui, par convention, apporterait une aide aux équipes d'accueil, y compris sous forme de formation.

M. Paul Jeanneteau. Cet amendement est certes intéressant mais, outre qu'il ouvrirait la porte à la demande d'autres spécialités, je pense que les médecins urgentistes peuvent, sinon « faire des miracles », madame Génisson, du moins prendre en charge rapidement des personnes victimes d'un problème psychiatrique aigu.

Enfin, pourquoi prévoir dans la loi des moyens supplémentaires dont nous ne savons que trop que nous ne pourrons pas les obtenir, surtout après que les trente-cinq heures ont totalement désorganisé l'hôpital public ?

M. Céleste Lett. Je suis favorable à l'amendement car la présence d'un infirmier formé à la psychiatrie me semble indispensable. Par contre, je suis surpris que le rapporteur parle d'expérimentation. En effet, les équipes des SMUR qui dépendent de l'hôpital psychiatrique de ma ville comportent déjà des infirmiers psychiatriques et j'ai personnellement pu apprécier le travail formidable qu'ils accomplissent auprès des patients admis en urgence.

Mme Catherine Génisson. Le terme « miracle » n'était sans doute pas celui qui convenait, mais il est exact qu'on pourrait d'ores et déjà tirer les leçons d'expérimentations en cours. Ainsi, dans le Nord-Pas-de-Calais, on peut appeler vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour des situations d'urgence psychiatrique grave, une cellule médico-psychologique composée d'au moins un médecin psychiatre, parfois d'un psychologue, et d'un infirmier de psychiatrie. Le travail qu'elle accomplit est remarquable.

Mme la secrétaire d'État. Le dispositif proposé est de nature à rigidifier un système qui fonctionne déjà correctement. Vous évoquez les bonnes pratiques dans votre ville, monsieur Lett, et dans le Nord-Pas-de-Calais, madame Génisson : c'est la preuve qu'il faut faire confiance aux agences régionales de santé qui, à l'échelle de leur territoire, proposent la meilleure façon de prendre en charge les patients.

Par ailleurs, cet amendement conduirait à affaiblir la mobilisation d'équipes dont les compétences sont aujourd'hui reconnues. De toute façon, compte tenu de la démographie des infirmiers psychiatriques, il est inapplicable sur l'ensemble du territoire.

Je propose donc de laisser aux agences régionales de santé le soin d'organiser l'offre de soins à l'échelle des territoires.

M. le rapporteur. Je vous remercie tous de l'intérêt que vous portez à mon amendement. Ayant pratiqué la médecine d'urgence pendant vingt ans, j'ai pu moi aussi mesurer toute l'utilité des infirmiers qui ont une compétence en psychiatrie : ils savent régler neuf problèmes sur dix, sans médicament, simplement par la parole ! Cela étant, j'ai bien compris les difficultés auxquelles se heurte ma proposition en l'état : je la retire donc.

L'amendement est **retiré**.

Article 7

(article L. 1112-3 du code de la santé publique)

Coordinations dans le code de la santé publique

La substitution de la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement au sein du livre II de la troisième partie du code de la santé publique a évidemment des répercussions dans d'autres parties de ce code qui doivent en conséquence être modifiées.

Le présent article introduit ainsi un nouvel alinéa au sein l'article L. 1112-3 afin de prévoir que la **commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** instituée à cet article peut confier l'instruction des demandes qu'elle reçoit des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement à la CDSP (commission départementale des soins psychiatriques).

D'autres modifications de coordination, plus formelles, au sein du code de la santé publique sont également à prévoir. Le présent article devra donc être complété.

*

*La Commission **adopte** l'amendement de coordination AS 211 du rapporteur, puis l'article 7 ainsi **modifié**.*

Article 8

(article L. 706-135 du code de procédure pénale)

Coordinations dans le code de procédure pénale

À l'instar de l'article 7 pour le code de la santé publique, le présent article prévoit, pour le code de procédure pénale, les mesures de coordination rendues nécessaires par les évolutions mises en œuvre par le projet de loi.

L'article 706-135 du code de procédure pénale, qui prévoit la **possibilité pour les juges d'admettre en soins sans leur consentement les personnes déclarées pénalement irresponsables en raison d'un trouble mental** est ainsi modifié afin, d'une part, que le terme d'hospitalisation d'office auquel il fait référence soit remplacé par celui d'hospitalisation sans consentement et, d'autre part, qu'une modification rédactionnelle y soit apportée. Notons que le terme d'hospitalisation d'office est également mentionné à l'article L. 706-138, rendant nécessaire une modification de coordination de même nature.

*

*La Commission **adopte** l'amendement de coordination AS 212 du rapporteur, puis l'article 8 ainsi **modifié**.*

Article 8 bis

Rapport du Gouvernement sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie

La Commission est saisie d'un amendement AS 213 du rapporteur, portant article additionnel.

M. le rapporteur. Nous avons tous souligné hier la nécessité d'un plan ambitieux de santé mentale. Cet amendement propose donc que, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau des assemblées un rapport sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie, faisant état des principaux besoins identifiés, notamment en matière d'observance thérapeutique et de suivi épidémiologique des patients.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Je remercie le rapporteur de cette proposition car il est indispensable d'évaluer ce qui a pu être fait et ce qui reste à faire. On nous annonce un plan « psychiatrie et santé mentale », mais il faut aller au-delà et élaborer une loi qui règle ces questions primordiales pour notre société.

Mme Catherine Lemorton. Nous discutons d'un texte de loi pour lequel les moyens sur le terrain sont inexistants. Ainsi les décrets d'application de la loi HPST concernant la fongibilité des enveloppes au sein des ARS n'ont toujours pas été pris. À quoi sert dans ces conditions d'imaginer les meilleurs plans du monde ? Nous avons le sentiment de légiférer dans le vide !

M. le président Pierre Méhaignerie. Je voudrais aborder le problème des moyens. Selon certains procureurs, l'instauration de la RTT a désorganisé la gestion du service public en France, avec 45 jours non travaillés dans beaucoup de secteurs. Aucun pays n'est dans cette situation. Et nous comptons beaucoup plus d'emplois publics qu'ailleurs ! Il faut rappeler certaines vérités !

M. Céleste Lett. Ce sont les trente-cinq heures qui font souffrir les hôpitaux !

Mme Catherine Lemorton. Notre pays a aussi l'originalité d'exonérer les médecins libéraux de l'obligation de garde depuis 2003 !

M. le président Pierre Méhaignerie. Je le déplore comme vous, madame.

La Commission adopte l'amendement.

TITRE IV DISPOSITIONS OUTRE-MER

Les dispositions du projet de loi s'appliquent de plein droit, en vertu du principe d'identité législative, aux départements et régions d'outre-mer, aux collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre et Miquelon et à la collectivité départementale de Mayotte dans le cadre de son nouveau statut. En revanche, des dispositions spécifiques doivent être prévues pour étendre les dispositions du présent projet de loi à Wallis-et-Futuna, aux Terres australes et antarctiques françaises, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française dans le respect des compétences respectives de l'État et de ces entités.

Avant l'article 9

La Commission **adopte** l'amendement AS 280 du rapporteur, modifiant l'intitulé du titre IV.

Article 9

(article L. 3844-1 du code de la santé publique)

Adaptation de certaines dispositions du projet de loi pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française

Le présent article tend à réécrire l'article L. 3844-1 du code de la santé publique, qui définit les conditions dans lesquelles les dispositions du titre I^{er} (intitulé « *Modalités d'hospitalisation* ») du livre II (intitulé « *Lutte contre les maladies mentales* ») de la troisième partie du code de la santé publique s'appliquent en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

La rédaction proposée pour le **premier alinéa de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique ne modifie pas le texte dans sa rédaction en vigueur.

Le texte proposé pour le **1^o de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique tend à reprendre les dispositions en vigueur dans ce 1^o – qui adapte la

référence au représentant de l'État pour l'application en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique –, et à le compléter en adaptant également la référence au « *préfet* ».

La rédaction prévue pour le **2^o de l'article L. 3844-1** tend également à reprendre le texte en vigueur, qui substitue aux références au tribunal d'instance et au tribunal de grande instance la référence au tribunal de première instance.

Le texte envisagé pour le **3^o de l'article L. 3844-1** vise à reprendre en partie l'adaptation prévue par la rédaction en vigueur qui réécrit intégralement le second alinéa de l'article L. 3211-1 du code de la santé publique, en supprimant les mentions relatives au caractère public ou privé de l'équipe de santé mentale que le patient ou sa famille sont libres de choisir, ainsi que la possibilité pour eux de choisir une équipe ou un praticien à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur psychiatrique. Le texte proposé pour ce 3^o par le présent article ne prévoit plus de supprimer cette dernière possibilité.

La rédaction prévue pour le **4^o de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique propose d'adapter, pour son application dans les territoires précités, l'article L. 3211-2-1 de ce code dont le 5^o de l'article 1^{er} propose l'insertion, et cela afin de tenir compte des règles locales de désignation des établissements de santé chargés de dispenser des soins psychiatriques sans consentement.

Le texte prévu pour le **5^o de l'article L. 3844-1** vise à reprendre entièrement les dispositions du 4^o de cet article dans sa rédaction en vigueur, qui adaptent des références à certaines autorités pour tenir compte des spécificités de l'organisation locale des pouvoirs publics.

La rédaction proposée pour le **6^o de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique vise à ne pas étendre aux territoires concernés un nouveau dispositif de saisine dont le c) du 7^o du I de l'article 1^{er} propose l'introduction au 2^o de l'article L. 3211-3 de ce code, à savoir la possibilité pour la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement de saisir la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge prévue à l'article L. 1112-3 et qui n'est pas présente dans les territoires concernés.

Comme le prévoit déjà l'actuel 8^o de l'article L. 3844-1 du code de la santé publique pour les articles L. 3211-13, L. 3212-12 et L. 3213-10 – que le présent projet de loi propose de renuméroter L. 3213-11 et qui est, dans le texte prévu pour le 7^o, numéroté par erreur L. 3213-12 –, le texte prévu pour le **7^o du même article** propose que les renvois opérés par plusieurs articles de ce code à des décrets en Conseil d'État soient remplacés, pour l'application de leurs dispositions en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, par des renvois à des décrets simples. Les dispositions concernées pour lesquels le présent projet de loi propose d'introduire un renvoi à un décret d'application sont les suivantes :

– l'article L. 3211-2-1, dans sa rédaction proposée par le 5^o de l'article 1^{er}, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer le contenu du protocole

de soins établi pour les patients faisant l'objet de soins sous contrainte sous une forme alternative à l'hospitalisation complète ;

– l'article L. 3211-9, que le 12° de l'article 1er propose de réécrire, et qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège de soignants chargé de donner son avis sur le cas de certains malades (*cf. supra*) ;

– le premier alinéa du 2° du II de l'article L. 3211-12, dont l'article 1er envisage la réécriture, et qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer la durée d'hospitalisation d'une personne dans une unité pour malades difficiles au-delà de laquelle la personne concernée se voit appliquer des règles procédurales spéciales (*cf. supra*) ;

– le troisième alinéa du 2° du II de l'article L. 3211-12, que l'article 1^{er} tend à réécrire, et qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser dans quelles limites le juge peut fixer les délais impartis au collège de soignants (*cf. supra*) et aux experts pour rendre leurs avis ;

– le IV de l'article L. 3211-12-1, inséré par l'article 1er, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer un délai de saisine à l'expiration duquel le juge des libertés et de la détention constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise ;

– le 1° du II de l'article L. 3212-1, dont le 2° de l'article 2 propose la réécriture, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer la forme et le contenu de la demande d'admission présentée au directeur de l'établissement ;

– le deuxième alinéa de l'article L. 3213-1, dont l'article 3 propose la réécriture, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer la durée d'hospitalisation d'un patient dans une unité pour malades difficiles au-delà de laquelle le psychiatre signale au directeur d'établissement le cas de la personne afin que celui-ci en informe le préfet. ;

– le 2° du II de l'article L. 3213-1, dont l'article 3 propose l'introduction, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer la durée d'hospitalisation d'un patient dans une unité pour malades difficiles au-delà de laquelle le représentant de l'État ne peut décider, pour le patient concerné, une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collège de soignants précité ;

– le 2° de l'article L. 3213-8, dont l'article 3 envisage la réécriture, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer la durée d'hospitalisation d'une personne dans une unité pour malades difficiles au-delà de laquelle le représentant de l'État ne peut prendre la décision de mettre fin à la mesure de soins sans consentement de cette personne qu'après avis du collège et avis concordants de deux psychiatres ;

– le 2° de l'article L. 3213-8 précité, dont l'article 3 propose la réécriture, renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les conditions dans lesquelles est recueilli l'avis du collège précité et des deux psychiatres.

Le texte prévu pour le **8° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique tend à adapter, pour son application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, l'article L. 3212-1 du même code que l'article 2 propose de réécrire, afin de prendre en compte les règles locales d'autorisation d'activités de soins.

Le texte prévu pour le **9° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique prévoit d'adapter les articles L. 3212-5, L. 3212-7, L. 3212-9 et L. 3213-9 de ce code, que le présent projet de loi tend à réécrire, pour adapter la référence à la commission départementale des soins psychiatriques à l'organisation administrative locale.

La rédaction prévue pour le **10° de l'article L. 3844-1** vise à reprendre des adaptations prévues par le 13° du même article dans sa rédaction en vigueur.

Le texte prévu pour le **11° de l'article L. 3844-1** tend à reprendre une substitution de références opérée par le 14° de cet article dans sa version actuelle.

Le texte envisagé pour le **12° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique tend à adapter la référence à la commission départementale des soins psychiatriques pour tenir compte de la dénomination de cette commission dans les territoires concernés.

La rédaction proposée pour le **13° de l'article L. 3844-1** vise à supprimer, dans le texte prévu pour l'article L. 3213-5-1 du code de la santé publique par l'article 3, l'obligation pour le préfet de recueillir l'avis du directeur général de l'agence régionale de santé – autorité absente des territoires concernés – préalablement à la désignation du psychiatre chargé de mener une expertise psychiatrique des malades. L'adaptation prévue supprime également les mots « *à défaut* », le haut-commissaire de la République pourrait donc procéder à la désignation de ce psychiatre en se référant indifféremment à l'une ou l'autre des deux listes mentionnées.

Le texte prévu pour le **14° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique vise à réécrire entièrement l'article L. 3214-1 du même code dont l'article 4 du présent projet de loi propose la réécriture. Cette adaptation vise à tenir compte de la spécificité de l'organisation locale des établissements de santé ainsi que des règles d'autorisation d'activités de soins localement applicables en cas d'hospitalisation de personnes détenues majeures ou mineures. Le texte proposé ne mentionne pas la possibilité d'effectuer, sur la base d'un certificat médical, cette hospitalisation complète au sein des unités pour malades difficiles.

Le texte prévu pour le **15° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique vise à reprendre les dispositions du 18° de cet article dans sa version

actuelle, qui substitue pour l'application des articles L. 3214-2 et L. 3214-5 du même code dans les territoires concernés des renvois à des décrets simples à des renvois à des décrets en Conseil d'État.

Le texte proposé pour le **16° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique tend à reprendre quasi-intégralement la substitution de références – visant à adapter l'article L. 3214-3 de ce code pour son application dans les territoires concernés – déjà prévue par le même 16° dans sa rédaction en vigueur. Le texte prévu pour le b) de l'article L. 3214-3 vise à assurer la coordination avec le 4° de l'article 4 du présent projet de loi, qui tend à réécrire cet article en supprimant un de ses alinéas. Le texte proposé pour le 16° de l'article L. 3844-1 ne reprend pas le c) du 19° de cet article dans sa rédaction en vigueur qui supprime, pour l'application dans les territoires concernés, une référence au préfet de police qui n'est pas reprise par le projet de loi.

La rédaction prévue pour le **17° de l'article L. 3844-1** du code de la santé publique propose de reprendre, en les modifiant, les adaptations actuellement prévues au 20° de cet article concernant certaines références mentionnées aux articles L. 3215-1, L. 3215-2, L. 3215-3 et L. 3215-4 du même code pour leur application dans les territoires concernés.

Le texte prévu pour le **a) du 17°** de l'article L. 3844-1 du code de la santé publique vise à reprendre l'insertion déjà opérée par le a) du 20° de ce même article dans sa rédaction en vigueur – qui tient compte de la circulation de monnaie locale – mais en prenant aussi en compte la modification du montant des amendes envisagée par l'article 5 du présent projet de loi.

Le texte prévu pour le **b) du 17°** de l'article L. 3844-1 du code de la santé publique tend à reprendre la substitution de références déjà opérée par le b) du 20° du même article dans sa rédaction en vigueur pour prendre en compte les règles d'autorisation d'activités de soins localement applicables.

*

La Commission adopte successivement dix-sept amendements du rapporteur : AS 281 et AS 298, de coordination ; AS 282, AS 299 et AS 283, rédactionnels ; AS 284, de coordination et de rectification d'une erreur matérielle ; AS 300, rédactionnel ; AS 285, AS 301, AS 286, AS 297 et AS 302, de coordination ; AS 304, rédactionnel ; AS 305, de précision ; AS 287 à AS 289, de coordination.

Puis elle adopte l'article 9 ainsi modifié.

Article 10

(article L. 3844-2 du code de la santé publique)

Adaptation de certaines dispositions du projet de loi pour leur application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française

Le texte proposé pour le **premier alinéa de l'article L. 3844-2** du code de la santé publique ne modifie pas le premier alinéa de ce même article dans sa version en vigueur, qui rend applicable à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française le chapitre II (relatifs aux établissements de santé), ainsi que le chapitre III (relatif à la commission départementale des soins psychiatriques, dans sa nouvelle appellation envisagée par le projet de loi) du titre II (organisation) du livre II (lutte contre les maladies mentales) de la troisième partie (lutte contre les maladies et dépendances) du code de la santé publique, à l'exception de l'article L. 3222-1.

Cet article L. 3222-1 fixe les conditions dans lesquelles sont désignés les établissements de santé appelés à assurer la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement. Cet article est supprimé pour l'application de la législation relative aux soins sans consentement dans les territoires concernés afin de prendre en compte la réglementation locale d'habilitation des établissements chargés de cette mission de service public.

Le texte proposé pour le **1° de l'article L. 3844-2** du code de la santé publique tend à reprendre à l'identique le 1° de cet article dans sa version en vigueur, qui opère une substitution de références afin de prendre en compte les règles localement applicables pour l'agrément des transporteurs sanitaires.

Le texte prévu pour le **2° de l'article L. 3844-2** ne modifie pas le 2° de cet article dans sa version en vigueur. Il réécrit ainsi, pour son application dans les territoires concernés, l'article L. 3222-2 du même code, afin de prendre compte les règles locales d'habilitation des établissements de santé pour la prise en charge des malades sans leur consentement.

Le texte proposé pour le **3° de l'article L. 3844-2** du code de la santé publique reprend le 3° de cet article dans sa rédaction en vigueur qui supprime, pour l'application dans les territoires concernés, le second alinéa d'un article L. 3222-3 du même code. Or cet article a été abrogé par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Le présent projet de loi propose la réintroduction d'un article L. 3222-3 dans le code de la santé publique, dans une rédaction qui n'a plus rien de commun avec l'ancien dispositif. Une coordination doit donc être effectuée.

La rédaction envisagée pour le **4° de l'article L. 3844-2** du code de la santé publique vise à compléter le 4° de cet article dans sa rédaction en vigueur qui opère une substitution de références afin de prendre en compte la modification apportée à l'article L. 3222-4 du même code par l'ordonnance

précitée du 23 février 2010. Il s'agit d'assurer la coordination qui n'a pas été faite avec les dispositions relatives à l'outre-mer et de prendre en compte la réglementation locale.

Le texte envisagé pour le **5° de l'article L. 3844-2** du code de la santé publique ne modifie pas le texte en vigueur, qui opère une substitution de référence pour tenir compte de l'organisation territoriale locale.

La rédaction proposée pour le **6° de l'article L. 3844-2** ne modifie pas le texte en vigueur qui renvoie à un décret simple (et non à un décret en Conseil d'État) le soin de déterminer les modalités d'application des dispositifs prévus au chapitre II et au chapitre III.

La rédaction envisagée pour le **7° de l'article L. 3844-2** vise à reprendre à l'identique la rédaction en vigueur qui adapte, en vue de l'application dans les territoires concernés, l'intitulé du chapitre III du titre II du livre II de la troisième partie du même code.

Le texte prévu pour le **8° de l'article L. 3844-2** du code de la santé publique tend à reprendre – en le modifiant – le 8° de cet article dans sa version en vigueur, qui adapte pour son application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française l'article L. 3223-1 de ce code.

Le texte prévu pour le **a) du 8°** de l'article L. 3844-2 reprend le texte en vigueur, qui adapte la référence au représentant de l'État pour ces territoires.

Le texte prévu pour le **b) du 8°** tend à compléter le b) du 8° de cet article dans sa rédaction en vigueur qui tient compte des règles locales d'habilitation des établissements chargés de soigner les personnes atteintes de troubles mentaux.

Le texte prévu pour le **c) du 8°** est nouveau et vise à adapter la référence au tribunal de grande instance, représenté par le tribunal de première instance en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

Le texte prévu pour le **8° de l'article L. 3844-2** ne reprend pas le c) et le d) du 8° de cet article dans leur rédaction actuelle car ces derniers suppriment des références que le présent projet de loi tend à supprimer.

Le texte proposé pour le **9° de l'article 3844-2** du code de la santé publique propose de reprendre intégralement le texte en vigueur qui réécrit – pour son application dans les territoires concernés – l'article L. 3223-2, qui organise la composition de la commission départementale des soins psychiatriques. La composition de cette commission est adaptée afin de tenir compte des réalités locales et de la présence dans ces territoires du haut-commissaire de la République.

*La Commission **adopte** successivement les amendements de coordination AS 303, AS 306, AS 290 et AS 291, ainsi que les amendements rédactionnels AS 292 et AS 293, tous du rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 10 **ainsi modifié**.*

Article 11

Dispositions applicables à Mayotte

À la suite de la départementalisation de Mayotte, le principe d'identité législative s'applique. L'article 11 propose donc l'abrogation du chapitre IV intitulé « lutte contre les maladies mentales » et figurant au titre Ier relatif à Mayotte, au livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique, devenu inutile.

*

*La Commission **adopte** l'article **sans modification**.*

Article 12

Dispositions applicables à Mayotte

L'article 12, qui propose d'adapter certaines dispositions du chapitre IV du titre relatif à Mayotte, est incompatible avec l'article 11 du présent projet de loi qui propose l'abrogation de ce même chapitre. Le principe d'identité législatif suffisant à justifier qu'aucune mesure dérogatoire ne doit plus s'appliquer à ce nouveau département, c'est ce dernier article qui doit être pris en compte.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 294 du rapporteur, tendant à supprimer l'article.

M. le rapporteur. Dans un souci de coordination et afin de tenir compte de la lettre rectificative du mois de novembre dernier, je propose de supprimer cet article dont les dispositions sont incompatibles avec celles de l'article 11, que nous venons d'adopter.

*La Commission **adopte** l'amendement et l'article est **ainsi supprimé**.*

Article 13

(article L. 3824-1, L. 3824-5 et L. 3824-6 du code de la santé publique)

Dispositions applicables aux îles de Wallis et Futuna

L'article 13 propose de modifier trois articles relatif aux îles Wallis et Futuna, figurant au chapitre IV « luttés contre les maladies mentales du titre II relatif aux îles Wallis et Futuna », du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique.

Le **1° du I de l'article 13** propose une réécriture du I de l'article L. 3824-1 du code de la santé publique afin de tenir compte des modifications apportées par le présent projet de loi aux modalités de dispensation de soins psychiatriques sans consentement, sans modifier le fond du I de même article dans sa rédaction en vigueur.

Le **2° du I de l'article 13** propose d'ajouter la qualification alternative de « régulière » à l'exigence de surveillance exposée au III de l'article L. 3824-1 dans sa rédaction en vigueur qui définit.

Le **II de l'article 13** prévoit d'opérer une substitution de références à l'article L. 3824-5 du code de la santé publique afin de tenir compte de la nouvelle dénomination des procédures d'admissions en soins sans consentement proposées par le présent projet de loi.

Le **1° du III de l'article 13** propose en outre de préciser la mesure mentionnée au I de l'article L. 3824-6 dans sa rédaction en vigueur (hospitalisation à la demande d'un tiers) en tenant compte de l'adaptation de la dénomination de cette mesure proposée par le présent projet de loi. Le **2° du III de l'article 13** propose une substitution de références afin de prendre en compte la nouvelle dénomination de la mesure de prise en charge d'une personne atteinte de troubles mentaux sur décision du représentant de l'État.

*

*La Commission **adopte** les amendements rédactionnels AS 295 et AS 296, du rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 13 ainsi modifié.*

TITRE V DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 14

Dispositions transitoires

Le présent article tend à fixer la date d'entrée en vigueur des dispositions du présent texte, et à fixer les règles applicables aux personnes hospitalisées sans leur consentement avant cette date.

1. Date d'entrée en vigueur de la loi

Le **paragraphe I** fixe au 1^{er} août 2011 la date d'entrée en vigueur de la loi. Cette date correspond à celle à laquelle le Conseil constitutionnel a prévu que prenne effet la déclaration d'inconstitutionnalité de l'article L 3211-12-7 du code de la santé publique, comme l'indique l'article 2 de sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, *Mlle Danielle S.*.

En effet, le Conseil constitutionnel a reconnu qu'« *en principe, une déclaration d'inconstitutionnalité doit bénéficier à la partie qui a présenté la question prioritaire de constitutionnalité* », mais il a considéré toutefois que l'abrogation immédiate des dispositions de la procédure d'hospitalisation à la demande de tiers déclarées contraires à la Constitution « *méconnaîtrait les exigences de la protection de la santé et la prévention des atteintes à l'ordre public et entraînerait des conséquences manifestement excessives* ».

C'est donc afin de « *permettre au législateur de remédier à cette inconstitutionnalité* » qu'il a jugé nécessaire de reporter au 1^{er} août 2011 la date de cette abrogation. Il a d'ailleurs précisé que « *les mesures d'hospitalisation prises avant cette date en application des dispositions déclarées contraires à la Constitution ne peuvent être contestées sur le fondement de cette inconstitutionnalité* ».

2. Cas des personnes hospitalisées sans leur consentement à la date d'entrée en vigueur de la loi

Le **paragraphe II** prévoit que le juge des libertés et de la détention n'exercera son contrôle de plein droit sur le maintien des malades en hospitalisation sans consentement dans les quinze premiers jours suivant leur admission, comme le prévoit le 1^o du I de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique que l'article 1^{er} tend à insérer, que pour les mesures de soins sans consentement prononcées à compter du 1^{er} août 2011. Cette disposition a pour effet d'éviter que l'ensemble des mesures d'hospitalisation sans consentement appliquées à cette date soient caduques, faute de contrôle par le juge dans les conditions prévues par l'article 1^{er}.

Le **paragraphe III** définit une procédure transitoire, applicable aux cas des personnes dont l'hospitalisation sans consentement aurait été décidée avant la date du 1^{er} août 2011. Il est prévu que le maintien en hospitalisation complète des personnes hospitalisées sans consentement soit soumis au contrôle du juge des libertés et de la détention :

– lorsque la décision d'admission a été prise entre le 23 juillet et le 31 juillet 2011, dans les quinze jours suivant cette décision ;

– lorsque la décision d'admission a été prise (ou, pour le cas de personnes reconnue pénalement irresponsables, prononcée par l'autorité judiciaire) avant le 23 juillet 2011, avant la prochaine échéance du délai de six mois suivant cette décision ou, le cas échéant, la décision du juge saisi aux fins d'ordonner la sortie immédiate de la personne.

Ce paragraphe précise que le directeur de l'établissement ou le préfet, selon que la personne a été hospitalisée à la demande d'un tiers ou d'office, devront saisir le juge au moins six jours avant l'expiration du délai dans lequel il doit statuer. Il est aussi précisé que la procédure judiciaire est organisée dans les conditions prévues par l'article 1^{er} aux articles L. 3211-12-1 à L. 3211-12-5 pour l'examen de plein droit par le juge de libertés et de la détention de la nécessité du maintien des mesures d'hospitalisations (*cf. supra*).

3. Cas des personnes bénéficiant de sorties d'essai à la date d'entrée en vigueur de la loi

L'article 1^{er} supprimant les dispositions de l'article L 3211-11 du code de la santé publique qui fixent le régime légal des sorties d'essai accordées aux personnes hospitalisées sans leur consentement, le paragraphe IV prévoit des dispositions transitoires pour préciser les règles applicables aux personnes qui bénéficiaient d'une sortie d'essai à la date d'entrée en vigueur de l'article 1^{er}. Il est prévu que ces personnes soient « *réputées [...], jusqu'à l'échéance fixée par la décision autorisant la sortie d'essai, faire l'objet de soins sans consentement* » sous une forme alternative à l'hospitalisation complète, dans les conditions prévues par l'article 1^{er} au 2^o de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique.

On rappellera qu'en application des dispositions en vigueur de l'article L. 3211-11 précité, les sorties d'essai sont accordées pour une durée maximale de trois mois.

Il est prévu qu'au terme de la durée fixée pour ces sorties d'essai, la forme de la prise en charge du malade soit décidée suivant une procédure spéciale :

– un psychiatre de l'établissement devra établir dans les soixante-douze heures suivant ce terme un certificat médical ou, à défaut un avis médical pour le cas où il ne pourrait pas rencontrer le patient ;

– le préfet ou le directeur de l'établissement, selon que le malade a été admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État ou non, décidera la forme de la prise en charge du patient au vu de ce certificat ou, à défaut, de l'avis établi par le psychiatre.

4. Application des dispositions transitoires en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française

Le paragraphe V vise à rendre les dispositions transitoires prévues par le présent article applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve d'une adaptation, tendant à ce que les références faites par cet article au représentant de l'État dans le département ou au préfet de police soient remplacées par des références au Haut-commissaire de la République.

*

*La Commission **adopte** l'article 14 sans modification.*

Titre

La Commission est saisie de l'amendement AS 1 de M. Jean-Luc Prével tendant à modifier le titre du projet de loi.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit d'un amendement ambitieux puisqu'il vise à modifier le titre du projet sur pas moins de trois points ! En premier lieu, en bon français, mieux vaudrait dire que les personnes « requièrent » des soins plutôt qu'elles en font « l'objet ». Ensuite, je souhaiterais que l'on n'évoque pas seulement la prise en charge, mais aussi l'organisation de cette dernière. Enfin, parler d'« accompagnement » permettrait de prendre en compte les dimensions sociale et médico-sociale du sujet.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Outre que ce texte porte davantage sur les aspects juridiques que sur l'organisation et l'accompagnement de la prise en charge, il me paraîtrait malvenu de parler des personnes qui « requièrent » des soins car on viserait non plus celles qui sont effectivement suivies dans le système psychiatrique, mais toutes celles qui sont potentiellement en souffrance mentale. Or, on estime qu'un pour cent de la population souffre de schizophrénie – six membres de notre assemblée seraient donc concernés...

*La Commission **rejette** l'amendement.*

Mme Catherine Lemorton. Sur l'ensemble du projet, les commissaires du groupe SRC s'abstiendront.

*La Commission **adopte** l'ensemble du projet de loi **modifié**.*

*

En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le présent projet de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

TABLEAU COMPARATIF ⁽¹⁾

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>Code de la santé publique</p> <p style="text-align: center;">Titre I^{er}</p> <p>Modalités d'hospitalisation</p> <p style="text-align: center;">Chapitre I^{er}</p> <p>Droits des personnes hospitalisées</p> <p>Art. L. 3211-1. – Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre.</p> <p>Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.</p> | <p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>I. – Le livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le titre I^{er} est intitulé : « Titre I^{er} : Modalités de soins psychiatriques » ;</p> <p>2° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} est intitulé : « Chapitre I^{er} : Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » ;</p> <p>3° L'article L. 3211-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux » sont remplacés par les mots : « faire l'objet de soins psychiatriques » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;</p> | <p style="text-align: center;">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</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> |

(1) Les dispositions suivies d'un astérisque dans les colonnes « Texte du projet de loi » et « Texte adopté par la commission » sont détaillées en annexe.

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>Art. L. 3211-2. – Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.</p> | <p>4° À l'article L. 3211-2, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » et les mots : « hospitalisation libre » sont remplacés par les mots : « soins libres » ;</p> | <p>4° À ...</p> <p>... « soins <i>psychiatriques</i> libres » ;</p> |
| | <p>5° Il est inséré un article L. 3211-2-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3211-2-1. – Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge :</p> <p>« 1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* ;</p> <p>« 2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné à l'article L. 3222-1*, et le cas échéant des séjours effectués dans un établissement de ce type.</p> | <p>Amendement AS 214</p> <p><i>L'article L. 3211-2 est complété par l'alinéa suivant :</i></p> <p><i>« Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état du patient le permet. »</i></p> |
| | <p>« Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° ci-dessus, un protocole de soins est établi. Ce protocole, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État, définit le ou les types de soins, les lieux de leur réalisation et la périodicité des soins. » ;</p> | <p>Amendement AS 14</p> <p>« Lorsque ...</p> <p>... protocole <i>défini les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État.</i> » ;</p> |
| | <p>6° Il est inséré un article L. 3211-2-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3211-2-2. – Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement en application des dispositions des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.</p> | <p>Amendement AS 215</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

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

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

« Lorsque les deux certificats ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, un psychiatre de l'établissement propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures mentionné au troisième alinéa, la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1* et, le cas échéant, le protocole de soins. » ;

7° L'article L. 3211-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « est hospitalisée » sont remplacés par les mots : « fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement » ;

– les mots : « de cette hospitalisation » sont remplacés par les mots : « de ces soins » ;

– les mots : « limitées à celles nécessitées par son état de santé » sont remplacés par les mots : « adaptées, nécessaires et proportionnées à la mise en œuvre du traitement requis par son état de santé ; »

– après les mots : « dignité de la personne », le mot « hospitalisée » est supprimé ;

« Dans ...
... l'admission, *un médecin réalise un examen somatique complet de la personne* et un psychiatre constatant son état mental et confirmant ...
... soins *psychiatriques* au regard ...

... sur la base desquels ...

... prononcée.

Amendements AS 216, AS 217 et AS 218

« Lorsque les deux certificats *médicaux* ont conclu à la nécessité de *maintenir* les soins *psychiatriques*, un psychiatre de l'établissement *d'accueil* propose ...

... alinéa *du présent article*, la forme ...
... mentionnée *aux 1° et 2° de l'article* L. 3211-2-1* soins. » ;

Amendements AS 219, AS 220, AS 221, AS 222, AS 223 et AS 224

– les mots ...

... psychiatriques » ;

– les mots ...

... *santé et la mise en œuvre de son traitement* » sont ...

... de santé ; »

Amendements AS 225 et AS 226

Art. L. 3211-3. – Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| <p>Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.</p> | <p>b) Le deuxième alinéa est remplacé par les alinéas suivants :</p> <p>« Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4*, L. 3212-7*, L. 3213-1* et L. 3213-4* ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5*, L. 3212-4*, L. 3213-1* et L. 3213-3*, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.</p> | |
| | <p>« En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est informée :</p> | |
| | <p>« a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa, ainsi que des raisons qui les motivent ;</p> | |
| | <p>« b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet, et par la suite à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1* ;</p> | |
| | <p>« L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. » ;</p> | |
| <p>En tout état de cause, elle dispose du droit :</p> | | |
| <p>1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;</p> | | |
| <p>2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 ;</p> | <p>c) Au 2°, sont ajoutés les mots : « et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3* » ;</p> | |
| | <p>d) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :</p> | |
| <p>3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;</p> | <p>« 3° De porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté les informations prévues à l'article 6 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007* ; »</p> | <p>« 3° De porter liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; »</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| <p>4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;</p> | <p>e) Les 3°, 4°, 5°, 6°, et 7° deviennent respectivement les 4°, 5°, 6°, 7°, et 8°.</p> | |
| <p>5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;</p> | | |
| <p>6° D'exercer son droit de vote ;</p> | | |
| <p>7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.</p> | | |
| <p>Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.</p> | <p>f) Au dernier alinéa, les mots : « 4°, 6° et 7° » sont remplacés par les mots : « 5°, 7° et 8° » ;</p> | |
| <p>Art. L. 3211-5. — À sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.</p> | <p>8° L'article L. 3211-5 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3211-5. — Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins, prenant ou non la forme d'une hospitalisation, conserve à l'issue de ces soins la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs inscrites aux sections I à IV du chapitre II du titre XI du livre premier du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés. » ;</p> | <p>« Art. L. 3211-5. — soins <i>psychiatriques</i>, prenant hospitalisation <i>complète</i>, conserve majeurs <i>prévues</i> aux sections opposés. » ;</p> |
| <p>Art. L. 3211-6. — Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 425 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.</p> | <p>9° À l'article L. 3211-6 la référence à l'article 490 du code civil* est remplacée par la référence à l'article 425 du code civil*.</p> | <p>Amendements AS 228, AS 229 et AS 230</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Amendement AS 231</p> |
| <p>Lorsqu'une personne est soignée dans un établissement de santé, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représen-</p> | | |

Dispositions en vigueur

tant de l'État dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

Art. L. 3211-7. — La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

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

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

Art. L. 3211-8. — Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre.

Art. L. 3211-9. — Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1.

Ce curateur veille :

1° À ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir

Texte du projet de loi

10° Les deux derniers alinéas de l'article L. 3211-7 sont supprimés ;

11° L'article L. 3211-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 3211-8. — La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du code civil* » ;

12° L'article L. 3211-9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 3211-9. — Pour l'application du II de l'article L. 3211-12*, du II de l'article L. 3211-12-1* et des articles L. 3212-7*, L. 3213-1*, L. 3213-3* et L. 3213-8*, le directeur de l'établissement de santé en charge du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :

« 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;

« 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;

Texte adopté par la Commission

« Art. L. 3211-9. — ...

... l'établissement
d'accueil du patient ...

... de l'établissement :

Amendement AS 232

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| <p>son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;</p> | <p>« 3° Un cadre de santé.</p> | |
| <p>2° A ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.</p> | <p>« Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;</p> | |
| <p>Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présumptifs de la personne hospitalisée.</p> | | |
| <p>Art. L. 3211-10. – Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai.</p> | <p>13° La première phrase de l'article L. 3211-10 est remplacée par la phrase suivante : « Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. » ;</p> | |
| <p>En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.</p> | | |
| <p>Art. L. 3211-11. – Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet.</p> | <p>14° L'article L. 3211-11 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3211-11. – Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.</p> | |
| <p>La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.</p> | <p>« Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète, lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne. » ;</p> | <p>« Le psychiatre l'établissement d'accueil un certificat ...</p> |
| <p>La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :</p> | | |
| <p>1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de</p> | | <p>... la personne. » ;</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|--|
| <p>l'État dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;</p> | <p>15° L'article L. 3211-11-1 est ainsi modifié :</p> | <p><i>« Une autorisation explicite du représentant de l'État dans le département est requise dans le cas L. 3211-12* » ;</i></p> |
| <p>2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'État dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.</p> | <p>a) Au premier alinéa, les mots : « hospitalisées sans leur consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète » ;</p> | |
| <p>Art. L. 3211-11-1. – Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.</p> | <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « L'autorisation d'absence » sont remplacés par les mots : « L'autorisation de sortie accompagnée » ;</p> | |
| <p>L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.</p> | <p>c) Au troisième alinéa, les mots : « Dans le cas d'une hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « Dans le cas où la mesure a été prise en application du chapitre III du présent titre » et les mots : « comportant notamment l'avis du psychiatre » sont remplacés par les mots « comportant notamment l'avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient » ;</p> | |
| <p>Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'État dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.</p> | <p>d) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé : « Toutefois, l'autorisation du préfet est explicite dans le cas des personnes mentionnées aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12* » ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| <p>Art. L. 3211-12. – Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, un parent ou une personne susceptible d’agir dans l’intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelle époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l’établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s’il y a lieu, la sortie immédiate.</p> | <p>16° L’article L. 3211-12 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3211-12. – I. – Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l’établissement peut être saisi <u>par requête</u>, à tout moment, aux fins d’ordonner, après débat contradictoire, la levée immédiate de la mesure de soins dont une personne fait l’objet sans son consentement, quelle qu’en soit la forme.</p> | <p>« Art. L. 3211-12. – l’établissement <i>d’accueil</i> peut être saisi à tout moment ...</p> |
| <p>Une personne qui a demandé l’hospitalisation ou le procureur de la République, d’office, peut se pourvoir aux mêmes fins.</p> | <p>« La demande peut être formée par : « 1° La personne faisant l’objet des soins ;</p> | <p>Amendements AS 236, AS 237 et AS 239 « La <i>saisine</i> peut être formée par : Amendement AS 238</p> |
| <p>Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d’office, à tout moment, pour ordonner qu’il soit mis fin à l’hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu’elle estime utiles sur la situation d’un malade hospitalisé.</p> | <p>« 2° Les titulaires de l’autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ; « 3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ; « 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ; « 5° La personne qui a formulé la demande de soins sans consentement ; « 6° Un parent ou une personne susceptible d’agir dans l’intérêt du malade ; « 7° Le procureur de la République.</p> | <p>... forme, <i>le cas échéant en substituant à la forme mentionnée au 1° de l’article L. 3211-2-1* celle mentionnée au 2° de ce même article.</i> Amendement AS 239 « 6° Un l’intérêt de la <i>personne faisant l’objet de soins</i> » ; Amendement AS 240</p> |
| <p>Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d’office, à tout moment, pour ordonner qu’il soit mis fin à l’hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu’elle estime utiles sur la situation d’un malade hospitalisé.</p> | <p>« Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d’office, à tout moment. À cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu’elle estime utiles sur la situation d’un malade faisant l’objet d’une telle mesure.</p> | <p>« Le juge situation <i>d’une personne faisant ...</i> ... mesure. Amendement AS 241</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

« II. – Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu’après avoir recueilli l’avis du collège mentionné à l’article L. 3211-9* :

« 1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l’objet d’une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code* ou 706-135 du code de procédure pénale* ;

« 2° Lorsque la personne fait l’objet de soins sans son consentement en application de l’article L. 3213-1* et qu’elle fait ou a déjà fait l’objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d’État, d’une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l’article L. 3222-3*.

« En outre, dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, le juge ne peut décider de la mainlevée de la mesure qu’après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l’article L. 3213-5-1*.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l’avis du collège et les deux expertises prévus ci-dessus doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d’État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« Lorsqu’il s’est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du présent II des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d’État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l’application du même II. ».

Amendement AS 242

« Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du présent II, le juge peut en outre décider ...

... L. 3213-5-1.*

Amendement AS 243

« Le juge ...

... prévus au présent II doivent ...

... immédiatement.

Amendement AS 244

III. – Lorsque le juge ordonne la mainlevée d’une mesure d’hospitalisation complète en lui substituant la forme de prise en charge mentionnée au 2° de l’article L. 3211-2-1, sa décision prend effet dans un délai maximal de quarante-huit heures pendant lequel un protocole de soins est établi conformément au même article L. 3211-2-1*.*

Amendement AS 237

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

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

« 1° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application du chapitre II ou du chapitre III du présent titre ou de l'article L. 3214-3* ;

« 2° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État a modifié la forme de la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète en application respectivement du quatrième alinéa de l'article L. 3212-4* ou du III de l'article L. 3213-3* ;

« 3° Avant l'expiration d'un délai de six mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation sans consentement en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale*, soit toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application de l'article L. 3211-12* ou du présent article, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai sur le fondement de l'un des trois derniers articles précités fait courir à nouveau ce délai.

« Art. L. 3211-12-1. – ...

... mesure, le cas échéant en lui substituant la forme de prise en charge mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1 du présent code :*

Amendement AS 246

« 3° Avant ...

... l'un des mêmes articles 706-135 ou L. 3211-12* ou du présent article fait courir à nouveau ce délai.*

Amendement AS 247

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

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

« Toutefois, ...

... mentionnés aux 1° à 3° du présent I une expertise ...

... préalable.

Amendement AS 248

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au cinquième alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

Amendement AS 249

« II. – La saisine ...

« II. – La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement de santé désignés par le directeur, dont seul l'un participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de prolonger l'hospitalisation complète.

... l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe...

... nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Amendements AS 250, AS 251 et AS 252

« Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12*, l'avis prévu au premier alinéa est rendu par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9*.

« Lorsque ...

... L. 3211-9*. Toutefois, lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du II de l'article L. 3211-12* des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application du présent alinéa.

Amendement AS 253

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

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

« Toutefois, lorsque le patient relève de l’un des cas mentionnés au 1° et 2° du II de l’article L. 3211-12*, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu’après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l’article L. 3213-5-1*.

« IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n’a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l’issue de chacun de ces délais.

« Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l’expiration d’un délai fixé par décret en Conseil d’État, il constate sans débat que la mainlevée de l’hospitalisation est acquise, à moins qu’il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l’origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

« Art. L. 3211-12-2. – Lorsqu’il est saisi en application des articles L. 3211-12* ou L. 3211-12-1*, le juge statue après débat contradictoire.

« À l’audience, la personne hospitalisée est entendue, le cas échéant, assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d’un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans l’intérêt du patient, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d’office.

« Toutefois, ...

... L. 3213-5-1*. *Le présent alinéa n’est pas applicable lorsqu’il s’est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées au 1° ou au 2° du II de l’article L. 3211-12* des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d’État.*

Amendement AS 254

« Si le ...

... l’hospitalisation *complète* est ...

... défense.

Amendement AS 255

« À l’audience, la personne *faisant l’objet de soins psychiatriques sans son consentement* est entendue ...

... obstacle, dans *son intérêt*, à son audition ...

... d’office.

Amendement AS 256

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

« Après que le directeur de l'établissement s'est assuré de l'absence d'opposition du patient, le juge des libertés et de la détention peut décider que l'audience se déroule dans une salle d'audience reliée par un moyen de télécommunication audiovisuelle à une salle située dans l'établissement dans les conditions prévues par l'article L. 111-12* du code de l'organisation judiciaire. Il est alors dressé, dans chacune des deux salles ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées. Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver auprès du magistrat ou auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, il doit pouvoir s'entretenir avec ce dernier, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement sauf si une copie de ce dossier a déjà été remise à l'avocat.

« Art. L. 3211-12-3. – Le juge des libertés et de la détention saisi en application de l'article L. 3211-12-1* peut, si un recours a été formé sur le fondement de l'article L. 3211-12*, statuer par une même décision suivant la procédure prévue à l'article L. 3211-12-1*.

« Art. L. 3211-12-4. – L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12* ou L. 3211-12-1* est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué, qui statue à bref délai. L'appel formé à son encontre n'est pas suspensif. Le débat peut être tenu dans les conditions prévues par l'article L. 3211-12-2*.

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne ou constate la mainlevée d'une hospitalisation complète, le procureur de la République, à la requête du directeur de l'établissement lorsque la personne est hospitalisée en application du chapitre II du présent titre, du représentant de l'État lorsque la personne est hospitalisée en application du chapitre III du présent titre

« Après ...
... l'établissement d'accueil s'est ...

... cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de ...

... dossier lui a été remise.

Amendements AS 258, AS 259 et AS 260

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète sans lui substituer une autre forme de prise en charge ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République, à la requête du directeur de l'établissement d'accueil lorsque ...

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

ou d'office, peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande qui se réfère au risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la requête et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif, en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée rendue contradictoirement qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète, jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel du directeur de l'établissement ou du représentant de l'État, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond.

« Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours, ou, lorsqu'il a ordonné une expertise avant l'expiration de ce délai, dans un délai de quatorze jours. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.

« Art. L. 3211-12-5. – Lorsque le juge a prononcé la mainlevée de l'hospitalisation complète en application de l'article L. 3211-12* ou du III de l'article L. 3211-12-1* ou que la mainlevée est acquise en application du IV de l'article L. 3211-12-1*, le patient peut faire l'objet d'une décision prononçant l'admission en soins sans son consentement sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1*, lorsque les conditions prévues au I de l'article L. 3212-1* ou au I de l'article L. 3213-1* sont satisfaites et selon les modalités prévues respectivement au chapitre II ou III du présent titre.

... demande *faisant état du risque* ...

... l'auteur de la *saisine* et ...

... fond.

Amendements AS 246, AS 261, AS 262 et AS 263

« Art. L. 3211-12-5. – Lorsque le juge a prononcé la mainlevée *d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation* complète en application de l'article L. 3211-12* ou du III de l'article L. 3211-12-1* *sans lui substituer une autre forme de prise en charge* ou que la mainlevée ...

... titre.

Amendement AS 246

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

Code de l'organisation judiciaire

Art. L. 111-12. – Les audiences devant les juridictions judiciaires, sans préjudice des dispositions particulières du code de procédure pénale et du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, peuvent, par décision du président de la formation de jugement, d'office ou à la demande d'une partie, et avec le consentement de l'ensemble des parties, se dérouler dans plusieurs salles d'audience reliées directement par un moyen de télécommunication audiovisuelle garantissant la confidentialité de la transmission.

L'une ou plusieurs de ces salles d'audience peuvent se trouver en dehors du ressort de la juridiction saisie.

Pour la tenue des débats en audience publique, chacune des salles d'audience est ouverte au public. Pour la tenue des débats en chambre du conseil, il est procédé hors la présence du public dans chacune des salles d'audience.

Les prises de vue et les prises de son ne peuvent faire l'objet d'aucun enregistrement ni d'aucune fixation, hors le cas prévu par les articles L. 221-1 et suivants du code du patrimoine.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Toutefois, dans cette hypothèse, la période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète mentionnée à l'article L. 3211-2-2* n'est pas applicable. La décision d'admission précise elle-même la forme de la prise en charge, sur la base du protocole de soins proposé par un psychiatre de l'établissement. »

II. – À l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire, après le mot : « particulières », sont insérés les mots : « du code de la santé publique, ».

« Dans ce cas, l'article L. 3211-2-2 ne lui est pas applicable. La décision d'admission ...*

... l'établissement d'accueil. »

Amendements AS 264 et AS 265

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|------------------------|---|
| Code du commerce | | |
| Art. L. 144-5. – L'article L. 144-3 n'est pas applicable : | | |
| 1° À l'État ; | | |
| 2° Aux collectivités territoriales ; | | |
| 3° Aux établissements de crédit ; | | |
| 4° Aux majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou aux personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux dans les conditions fixées par les articles L. 3211-2 et L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique, en ce qui concerne le fonds dont ils étaient propriétaires avant la mesure de protection légale ou avant la survenance de l'hospitalisation ; | | <i>III. – Au 4° de l'article L. 144-5 du code de commerce, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques. »</i> |
| 5° Aux héritiers ou légataires d'un commerçant ou d'un artisan décédé, ainsi qu'aux bénéficiaires d'un partage d'ascendant, en ce qui concerne le fonds recueilli ; | | Amendement AS 266 |
| 6° A l'établissement public créé par l'article L. 325-1 du code de l'urbanisme ; | | |
| 7° Au conjoint attributaire du fonds de commerce ou du fonds artisanal à la suite de la dissolution du régime matrimonial, lorsque ce conjoint a participé à son exploitation pendant au moins deux ans avant la dissolution du régime matrimonial ou son partage. ; | | |
| 8° Au loueur de fonds de commerce, lorsque la location-gérance a pour objet principal d'assurer, sous contrat d'exclusivité, l'écoulement au détail des produits fabriqués ou distribués par lui-même ; | | |
| 9° Aux loueurs de fonds de commerce de cinéma, théâtres et music-halls. | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|---|
| Code de la santé publique Chapitre II Hospitalisation sur demande d'un tiers | TITRE II Suivi des patients Article 2 | Article 2 |
| Art. L. 3212-1. – Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si : | Le chapitre II du titre I ^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Le chapitre est intitulé : « Admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent » ; | 1° Le soins <i>psychiatriques</i> sans imminent » ; |
| 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ; | 2° L'article L. 3212-1 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3212-1. – I. – Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : « 1° Ses troubles rendent impossible son consentement ; | Amendement AS 70 « 1° Ses troubles <i>mentaux</i> rendent consentement ; |
| 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. | « 2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante, justifiant une hospitalisation complète, ou régulière, justifiant les soins mentionnés au 2° de l'article L. 3211-2-1*. | Amendement AS 71 « 2° Son état <i>mental</i> impose assortis <i>soit</i> d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, <i>soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée</i> au 2° de l'article L. 3211-2-1*. |
| La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. | « II. – Le directeur d'établissement prononce la décision d'admission : « 1° Soit lorsqu'il a été saisi d'une demande présentée par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. | Amendements AS 72 et AS 73 « II. – Le directeur <i>de l'établissement</i> prononce la décision d'admission : Amendement AS 74 « 1° Soit malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| <p>Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.</p> | <p>« La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'État.</p> | <p>protégé peut, à titre personnel, faire une demande de soins pour celui-ci sans préjudice des missions qu'il exerce en application du titre XI du livre I^{er} du code civil au titre de sa protection juridique.</p> |
| <p>La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.</p> | <p>« La décision d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours, attestant que les conditions prévues par les 1^o et 2^o du I ci-dessus sont remplies.</p> | <p style="text-align: center;">Amendement AS 75</p> <p>« La ...</p> <p>... prévues aux 1^o et 2^o du I sont résumées.</p> |
| <p>Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.</p> | <p>« Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1*, ni de la personne ayant demandé les soins sans consentement ou de la personne faisant l'objet de ces soins ;</p> | <p style="text-align: center;">Amendement AS 76</p> <p>« Le premier ...</p> <p>... personne <i>malade</i>, indique les caractéristiques de sa maladie ...</p> <p>... d'un <i>second</i> médecin ...</p> <p>... ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1* qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ...</p> <p>... soins ;</p> |
| <p>« 2^o Soit lorsqu'il existe, à la date de la décision d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médi-</p> | <p style="text-align: center;">Amendements AS 77, AS 78, AS 79 et AS 80</p> <p>« 2^o Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1^o du présent II et qu'il existe ...</p> | |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

cal établi dans les conditions prévues au 1° du présent II. Ce certificat ne peut toutefois être établi par un médecin exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade.

... prévues
au troisième alinéa du même 1° du présent II. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins sans consentement. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement prenant en charge la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement, ni avec la personne malade.

Amendements AS 81 et AS 82

« Dans ce cas, le directeur de l'établissement informe, dans un délai de vingt-quatre heures sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins sans son consentement et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé, ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade.

« Dans ...
... l'établissement d'accueil informe ...

... avec
la personne malade ...
... celle-ci.

Amendements AS 83, AS 84 et AS 85

« Lorsque l'admission a été prononcée en application du 2° du présent II, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2* sont établis par deux psychiatres distincts. » ;

« Lorsque ...
... application du présent 2°, les ...

... distincts. » ;

Amendement AS 86

3° Le premier alinéa de l'article L. 3212-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Avant d'admettre une personne en soins psychiatriques sans son consentement en application de l'article L. 3212-1*, le directeur de l'établissement s'assure de son identité. Lorsque la personne est admise en application du 1° du II de l'article L. 3212-1*, le directeur de l'établissement vérifie également que la demande de soins a été établie conformément à ces dispositions et s'assure de l'identité de la personne qui formule la demande de soins. Si la demande est formulée pour un majeur pro-

« Avant ...
... l'établissement d'accueil s'assure ...

... conformément au même 1° et ...

Art. L. 3212-2. – Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un ex-

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>trait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.</p> | <p>tégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle. » ;</p> | <p>... curatelle. » ;</p> |
| <p>Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.</p> | | <p>Amendements AS 87 et AS 88</p> |
| <p>Art. L. 3212-3. – À titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.</p> | <p>4° À l'article L. 3212-3, après les mots : « peut prononcer l'admission » sont insérés les mots : « prévue au 1° du II de l'article L. 3212-1* » ;</p> | <p>« 4° L'article L. 3212-3 est ainsi rédigé : « Art. L. 3212-3. – En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* peut, à titre exceptionnel, prononcer, à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques sans son consentement d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2* sont établis par deux psychiatres distincts. »</p> |
| <p>Art. L. 3212-4. – Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.</p> | <p>5° L'article L. 3212-4 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3212-4. – Lorsque l'un des deux certificats mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2* conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement prononce immédiatement la levée de cette mesure.</p> | <p>Amendement AS 89</p> <p>« Art. L. 3212-4. – deux certificats médicaux mentionnés... ... l'établissement d'accueil prononce mesure.</p> |
| <p>Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au représentant de l'État dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.</p> | <p>« Lorsque les deux certificats ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-1*. Il joint à sa décision, le cas échéant, le protocole de soins établi par le psychiatre.</p> | <p>Amendements AS 90 et AS 91</p> <p>« Lorsque les deux certificats médicaux ont l'article L. 3211-2-2*. Il psychiatre.</p> |
| | | <p>Amendements AS 92 et AS 93</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|--|
| | <p>« Dans l'attente de la décision du directeur d'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.</p> | <p>« Dans directeur de l'établissement, la complète.</p> |
| | <p>« Le directeur de l'établissement peut décider ensuite à tout moment de modifier la forme de la prise en charge sur la base du certificat ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11* » ;</p> | <p>Amendement AS 94</p> <p>« Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou l'article L. 3211-11* » ;</p> |
| | <p>6° L'article L. 3212-5 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 3212-5. – I. – Le directeur de l'établissement informe sans délai le représentant de l'État dans le département et la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5* de toute décision d'admission d'une personne en soins sans son consentement et leur communique le certificat médical d'admission et le bulletin d'entrée. Il leur transmet également sans délai chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2*.</p> | <p>Amendements AS 9 et AS 95</p> <p>« Art. L. 3212-5. – de l'établissement d'accueil informe le département ou, à Paris, le préfet de police et la commission soins psychiatriques sans communique une copie du certificat médical d'admission et du bulletin L. 3211-2-2*.</p> |
| <p>Art. L. 3212-5. – Dans les trois jours de l'hospitalisation, le représentant de l'État dans le département notifie les noms, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :</p> | <p>« II. – Le directeur de l'établissement notifie sans délai les noms, prénom(s), profession et domicile, tant de la personne faisant l'objet de soins sans son consentement que, lorsque l'admission a été prononcée en application du 1° du II l'article L. 3212-1*, de celle les ayant demandés :</p> | <p>Amendements AS 96, AS 97, AS 98 et AS 99</p> <p>« II. – Le directeur de l'établissement d'accueil notifie profession et résidence habituelle ou lieu de séjour, tant l'objet de soins psychiatriques sans demandés :</p> |
| <p>1° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;</p> | <p>« 1° Au procureur de la République près du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet des soins ;</p> | <p>Amendements AS 100, AS 101 et AS 102</p> <p>« 1° Au près le tribunal l'objet de soins ;</p> |
| | | <p>Amendements AS 103 et AS 104</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| <p>2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.</p> | <p>« 2° Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.</p> | <p>« III. – Dans ... application du 1° du II de l'article ...</p> |
| <p>Art. L. 3212-6. – Si l'hospitalisation est faite dans un établissement n'assurant pas la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112-1, le représentant de l'État dans le département, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désigne.</p> | <p>« III. – Dans le cas où la personne malade a été admise en application du 1° de l'article L. 3212-1* et fait l'objet d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, le directeur de l'établissement informe la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge. » ;</p> | <p>... directeur de l'établissement d'accueil informe le patient et la personne ... charge. » ;</p> |
| <p>Art. L. 3212-7. – Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.</p> | <p>7° L'article L. 3212-6 est abrogé ;</p> | <p>Amendements AS 105, AS 106 et AS 44</p> |
| <p>Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.</p> | <p>8° L'article L. 3212-7 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3212-7. – Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires et si la forme de la prise en charge décidée en application de l'article L. 3211-2-1* est toujours adaptée. Au vu de ce certificat, les soins peuvent être maintenus par le directeur d'établissement pour une durée maximale d'un mois.</p> | <p>« Art. L. 3212-7. – nécessaires. <i>Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2* demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.</i></p> |
| <p>Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités.</p> | <p>« Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus par le directeur d'établissement pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les</p> | <p><i>Au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné au premier alinéa, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà ...</i></p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| tés. | modalités prévues au présent article ; le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause. | ... en cause. |
| Le certificat médical est adressé aux autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et selon les modalités prévues à ce même alinéa. | « Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins sans consentement, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9*. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de l'avis sont réalisés dès que possible. | <p data-bbox="924 362 1111 385">Amendement AS 107</p> <p data-bbox="835 584 942 607">« Lorsque ...</p> <p data-bbox="780 680 1111 729">... appro- fondie de l'état <i>mental</i> de la personne ...</p> <p data-bbox="780 875 1090 899">... <i>son</i> avis sont réalisés dès que possible.</p> |
| Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise. | « Le défaut de production d'un des certificats, des avis ou des attestations mentionnés au présent article entraîne la levée de la mesure de soins. | <p data-bbox="828 924 1111 948">Amendements AS 108 et AS 109</p> <p data-bbox="780 975 1111 1070">« Le défaut certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations soins.</p> |
| | « Les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations prévus au présent article sont adressées au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5* <u>selon les modalités prévues à l'article L. 3212-5*</u> . » ; | <p data-bbox="924 1097 1111 1121">Amendement AS 110</p> <p data-bbox="835 1148 961 1172">« Les copies ...</p> <p data-bbox="780 1193 1111 1534">... au présent article <i>et à l'article L. 3211-11</i> sont adressées <i>sans délai</i> par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département <i>ou, à Paris, au préfet de police,</i> et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5*. <i>Une copie du certificat médical mentionné au premier alinéa du présent article est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.</i> » ;</p> |
| | | <p data-bbox="828 1561 1111 1585">Amendements AS 111 et AS 112</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|--|
| <p>Art. L. 3212-8. – Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L. 3212-7, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.</p> | <p>9° L'article L. 3212-8 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « mesure d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « mesure de soins », les mots : « de l'hospitalisation sur demande d'un tiers » sont remplacés par les mots : « ayant motivé cette mesure », les mots : « justifié l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « justifié les soins » <u>et les mots : « ou de l'article L. 3212-3* » sont supprimés ;</u></p> | <p>a) Au ...</p> <p>... me- sure et les mots ...</p> <p>... les soins ».</p> |
| <p>Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'État dans le département, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, les procureurs de la République mentionnés à l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé l'hospitalisation.</p> | <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « cette mesure d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « la mesure de soins », les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « les soins » et après les mots : « le département » sont insérés les mots : « ou, à Paris, le préfet de police » ;</p> | <p>b) Au ...</p> <p>... « soins », la seconde oc- currence du mot : « à » est remplacée par la référence : « au II de » et après les mots police » ;</p> |
| <p>Le représentant de l'État dans le département peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.</p> | <p>c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies. » ;</p> | <p>Amendement AS 114</p> |
| <p>Art. L. 3212-9. – Une personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :</p> | <p>10° L'article L. 3212-9 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3212-9. – Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins lorsque celle-ci est demandée :</p> | <p>« Art. L. 3212-9. – ...</p> <p>... soins psychiatriques lorsque... ... demandée :</p> |
| <p>1° Le curateur nommé en application de l'article L. 3211-9 ;</p> | <p>« 1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5* ;</p> | <p>Amendement AS 115</p> |
| <p>2° Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;</p> | <p>« 2° Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1*.</p> | |
| <p>3° S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;</p> | | |
| <p>4° S'il n'y a pas d'ascendants,</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|---|
| <p>les descendants majeurs ;</p> <p>5° La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;</p> <p>6° Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;</p> <p>7° La commission mentionnée à l'article L. 3222-5.</p> <p>S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononce dans un délai d'un mois.</p> | | |
| <p>Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sans préjudice des dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-6, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L. 3213-1. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le représentant de l'État dans le département n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.</p> | <p>« Dans l'hypothèse mentionnée au 2°, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical, établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12*.</p> | <p>« Dans le cas mentionné au 2° ...</p> <p>... L. 3211-12*.</p> <p>Amendement AS 116</p> <p>« Dans ce même cas, lorsqu'un certificat <i>médical</i> établi par un psychiatre de l'établissement <i>d'accueil</i> datant de moins de vingt-quatre heures <i>atteste que l'état mental du patient nécessite</i> des soins et <i>compromet</i> la sûreté des personnes ou <i>porte</i> atteinte, de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6*.</p> |
| | <p>« Dans la même hypothèse, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures établit que les troubles mentaux de la personne malade nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6* » ;</p> | <p>Amendement AS 117</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| <p>Art. L. 3212-10 – Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le représentant de l'État dans le département ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et les procureurs mentionnés à l'article L. 3212-5 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L. 3212-9.</p> | <p>11° L'article L. 3212-10 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le mot : « sortie » est remplacé par les mots : « levée de la mesure de soins » et après le mot : « département » sont ajoutés les mots : « ou, à Paris, le préfet de police, » ;</p> <p>b) Il est ajouté un deuxième alinéa ainsi rédigé : « Le cas échéant, il avise également de l'arrêt de la mesure de soins la personne ayant demandé les soins en application du I du II de l'article L. 3212-1*. » ;</p> | <p>11° L'article L. 3212-10 est <i>abrogé</i>.</p> <p>Alinéa supprimé</p> |
| <p>Art. L. 3212-11. – Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :</p> | <p>12° L'article L. 3212-11 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, après le mot : « transcrits » sont ajoutés les mots : « ou reproduits » ;</p> | <p>b) Supprimé</p> <p>Amendement AS 118</p> <p>a) Au premier alinéa, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « mentionné à l'article L. 3222-1* » et, après reproduits » ;</p> |
| <p>1° Les noms, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;</p> | <p>b) Au 1°, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins sans leur consentement » ;</p> | <p>Amendement AS 119</p> |
| <p>2° La date de l'hospitalisation ;</p> | <p>c) Au 2°, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'admission en soins sans consentement » ;</p> | <p>c) Ausoins <i>psychiatriques</i> sans consentement » ;</p> |
| <p>3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;</p> | <p>d) Au 3°, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « les soins sans consentement ou une mention précisant que l'admission en soins sans consentement a été prononcée en application du 2 du II de l'article L. 3212-1* » ;</p> | <p>Amendement AS 120</p> |
| <p>4° Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;</p> | <p>e) Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes : « 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux qua-</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;</p> | <p>trième et cinquième alinéas de l'article L. 3211-3* ; »</p> | <p>f) Les 6° à 8° <i>sont ainsi rédigés</i> :</p> |
| <p>6° Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-8 ;</p> | <p>f) Le 6° est remplacé par les dispositions suivantes : « 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ; »</p> | <p><i>Alinéa supprimé</i></p> |
| <p>7° Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L. 3211-11 ;</p> | <p>g) Le 7° est remplacé par les dispositions suivantes : « 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12* et L. 3211-12-1* » ;</p> | <p><i>Alinéa supprimé</i></p> |
| <p>8° Les levées d'hospitalisation ;</p> | <p>h) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes : « 8° Les levées des mesures de soins sans consentement, autres que celles mentionnées au 7° ; ».</p> | <p>8° Les levées soins <i>psychiatriques</i> sans au 7° ; ».</p> |
| <p>9° Les décès.</p> | <p>i) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> | <p><i>« Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement en application du chapitre III du présent titre. »</i></p> |
| <p>Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.</p> | <p>Article 3</p> | <p>Article 3</p> |
| <p>Chapitre III Hospitalisation d'office</p> | <p>Le chapitre III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Le chapitre est intitulé : « Admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État »</p> | <p>1° Le soins <i>psychiatriques</i> sans l'État »</p> |
| | | <p>Amendement AS 122</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>Art. L. 3213-1. – À Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'État prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.</p> | <p>2° L'article L. 3213-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa :</p> <p>– l'alinéa est précédé par un « I. – » ;</p> <p>– les mots : « À Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'État prononcent par arrêté, au vu d'un certificat circonstancié <u>ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil</u>, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* » sont remplacés par les mots : « Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'admission en soins psychiatriques sans leur consentement » ;</p> <p>– l'avant dernière phrase est supprimée ;</p> | <p>– à la première phrase, les mots : ...</p> <p>... certificat <i>médical</i> circonstancié, l'hospitalisation ...</p> <p>... circonstancié <i>ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil</i>, l'admission en soins psychiatriques sans leur consentement » ;</p> |
| | <p>– <u>il</u> est ajouté après la dernière phrase la phrase suivante :</p> <p>« Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3211-2* qui assure la prise en charge de la personne malade. » ;</p> | <p>Amendement AS 123</p> <p>– à la dernière phrase, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'admission en soins » ;</p> <p>Amendement AS 124</p> <p>– est ...</p> <p>« Ils l'article L. 3222-1* qui malade. » ;</p> |
| <p>Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'État dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.</p> | <p>b) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître que la personne malade a fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7* du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale* ou a fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3*, le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient en informe le directeur d'établissement qui le signale sans délai au préfet.</p> | <p>Amendement AS 125</p> <p>« Lorsque apparaître <i>qu'il</i> a ...</p> <p>... participe à <i>sa</i> prise en charge en informe le directeur de l'établissement <i>d'accueil</i> qui le signale sans délai au représentant de l'État dans le département. Toutefois, lorsqu'il s'est</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.</p> | <p>« Le directeur de l'établissement transmet immédiatement, au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5* :</p> <p>« 1° Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2* ;</p> <p>« 2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du même article. » ;</p> <p>c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« II. – Dans un délai de trois jours suivant la réception du certificat mentionné à l'alinéa précédent, le représentant de l'État dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1*, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application de cet article et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le protocole de soins établi par le psychiatre.</p> <p>« Dans l'attente de la décision du représentant de l'État, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.</p> <p>« Le représentant de l'État ne peut <u>toutefois</u> décider une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9* :</p> | <p><i>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.</i></p> <p>Amendements AS 126, AS 127 et AS 268</p> <p>« Le directeur de l'établissement transmet <i>sans délai</i> au ...</p> <p>...L. 3222-5* :</p> <p>Amendement AS 128</p> <p>« 2° Le ...</p> <p>... aux <i>deux derniers</i> alinéas du même article. » ;</p> <p>Amendement AS 129</p> <p>« II. – Dans un délai de trois jours <i>francs</i> suivant la réception du certificat <i>médical</i> mentionné <i>au troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2*</i>, le ...</p> <p>... psychiatre.</p> <p>Amendements AS 130 et AS 131</p> <p>« Le ...</p> <p>... peut décider ...</p> <p>... L. 3211-9* :</p> <p>Amendement AS 132</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

« 1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7* du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale* ;

« 2° Lorsque la personne fait l'objet de soins sans son consentement en application de l'article L. 3213-1* et qu'elle fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3*.

« 2° Lorsque la personne fait ...

... L. 3222-3*.

Amendement AS 133

« Lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du présent II des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application du même II.

Amendement AS 269

« III. – *Les mesures provisoires,* les décisions ...

... L. 3212-11.* »

Amendements AS 134 et 135

« III. – Les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11* dont les dispositions sont applicables aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement sur décision du représentant de l'État. » ;

2° bis À la fin de la première phrase du l'article L. 3213-2, les mots : « d'hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « d'admission en soins psychiatriques sans consentement » ;

Amendement AS 136

Art. L. 3213-2. – En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Art. L. 3213-3. – Dans les quinze jours, puis un mois après l’hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l’établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s’il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l’évolution ou la disparition des troubles justifiant l’hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l’État dans le département et à la commission mentionnée à l’article L. 3222-5 par le directeur de l’établissement.</p> | <p>3° L’article L. 3213-3 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3213-3. – I. – Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour puis dans le mois qui suit la décision mentionnée à l’article L. 3213-1* ou, le cas échéant, suivant la décision provisoire prévue à l’article L. 3213-2* et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l’établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s’il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant notamment les caractéristiques de l’évolution ou la disparition des troubles justifiant les soins. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade décidée en application de l’article L. 3211-2-1* demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu’il ne peut être procédé à l’examen du patient, le psychiatre de l’établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient.</p> | <p>« Art. L. 3213-3. – suivant la <i>mesure</i> provisoire mois, <i>la personne</i> maladel’établissement <i>d’accueil</i> qui certificats et précisant <i>les caractéristiques de l’évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition</i>. Ce patient.</p> |
| <p>« Chaque certificat ou avis est transmis sans délai au représentant de l’État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l’article L. 3222-5* par le directeur de l’établissement.</p> | <p>Amendements AS 137, AS 139, AS 140 et AS 141</p> <p>« II. – <i>Les copies des certificats et avis médicaux prévus au présent article et à l’article L. 3211-11* sont adressées sans délai par le directeur de l’établissement d’accueil au représentant de l’État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l’article L. 3222-5*. Une copie du certificat médical établi, en application du I du présent article, après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision mentionnée au I de l’article L. 3213-1* est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l’établissement d’accueil.</i> »</p> | |
| <p>« II. – Le directeur de l’établissement transmet immédiatement au représentant de l’État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques le certificat médical ou l’avis médical mentionné à l’article L. 3211-11*.</p> | <p>Amendement AS 142</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Art. L. 3213-4. – Dans les trois jours précédant l’expiration du premier mois d’hospitalisation, le représentant de l’État dans le département peut prononcer, après avis motivé d’un psychiatre, le maintien de l’hospitalisation d’office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l’hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l’État dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.</p> | <p>« III. – Après réception des certificats ou avis mentionnés aux I et II, et le cas échéant de l’expertise mentionnée à l’article L. 3213-5-1* et compte tenu des exigences liées à la sûreté des personnes et à l’ordre public, le représentant de l’État dans le département peut décider de modifier la forme de la prise en charge du patient sous réserve de l’application des dispositions du II de l’article L. 3213-1*. » ;</p> | <p>« III. – Après avis médicaux mentionnés échéant de l’avis du collègue mentionné à l’article L. 3211-9* et de l’expertise psychiatrique mentionnée ...</p> |
| <p>Faute de décision du représentant de l’État à l’issue de chacun des délais prévus à l’alinéa précédent, la mainlevée de l’hospitalisation est acquise.</p> | <p>4° L’article L. 3213-4 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3213-4. – Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d’admission ou, le cas échéant, suivant la décision provisoire prévue à l’article L. 3213-2*, le représentant de l’État dans le département peut prononcer, au vu du certificat médical ou de l’avis mentionné à l’article L. 3213-3*, le maintien de la mesure de soins pour une nouvelle durée de trois mois. Il se prononce, le cas échéant, sur la forme de la prise en charge du patient dans les conditions prévues à l’article L. 3213-3*. Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le représentant de l’État dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.</p> | <p>... charge de la personne malade. Le représentant de l’État dans le département fixe les délais dans lesquels l’avis du collègue et l’expertise doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d’État. Passés ces délais, le représentant de l’État prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collègue et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d’État. »</p> |
| | | <p>Amendements AS 143, AS 279, AS 144, AS 145 et AS 276</p> |
| | | <p>« Art. L. 3213-4. – ... d’admission en soins psychiatriques sans consentement ou, la mesure provisoire l’avis médical mentionné ...</p> |
| | | <p>... périodes maximales de six mois renouvelables modalités.</p> |
| | | <p>Amendements AS 147, AS 148, AS 149 et AS 150</p> |
| | | <p>« Fauteprévus au premier alinéa, la levée acquise.</p> |
| | | <p>Amendement AS 151</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| <p>Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 3222-5.</p> | <p>« En outre, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1* après avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5*.</p> | <p>« En outre, ...</p> |
| <p>Art. L. 3213-5. – Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai.</p> | <p>« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 3213-8* » ;</p> <p>5° L'article L. 3213-5 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 3213-5. – Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application de l'article L. 3213-1* ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue dans un délai de trois jours francs après réception du certificat. » ;</p> | <p>... avis d'un psychiatre ...</p> <p>... L. 3222-5*.</p> <p>Amendement AS 152</p> <p>« Art. L. 3213-5. – ...</p> <p>... justifié l'admission en soins psychiatriques sans consentement en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ne sont ...</p> <p>... après la réception du certificat médical. Lorsqu'une expertise psychiatrique est ordonnée par le représentant de l'État en application de l'article L. 3213-5-1*, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance » ;</p> |
| | <p>6° Il est inséré un article L. 3213-5-1 ainsi rédigé :</p> | <p>Amendements AS 153, AS 154 et AS 155</p> <p>« Lorsque le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée de la mesure de soins, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12* ».</p> <p>Amendement AS 277</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

« Art. L. 3213-5-1. – Le représentant de l'État dans le département peut à tout moment ordonner l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans leur consentement en application de l'article L. 3213-1* ou en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale*. Cette expertise est conduite par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil du malade, choisi par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement, ou à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement. » ;

« Art. L. 3213-5-1. – ...

... consentement
prononcée en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou ordonnée en application ...

... d'accueil de la personne
malade, choisi ...

... l'établissement. » ;

Amendements AS 156 et AS 157

« *Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au premier alinéa doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État.* »

Amendement AS 270

7° L'article L. 3213-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 3213-6. – Lorsqu'un psychiatre de l'établissement estime que l'état de santé d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement en application de l'article L. 3212-1* nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, il en est donné aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins sur la base de l'article L. 3213-1*.

« Art. L. 3213-6. – Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement en application de l'article L. 3212-1* atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical, que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3213-1*, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2* sont alors établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la per-

Art. L. 3213-6. – À l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le représentant de l'État dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. À défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>Art L. 3213-7. – Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessité des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'État dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.</p> | <p>« À défaut de confirmation de cette mesure dans le délai de quinze jours prévu à l'article L. 3213-3*, cette mesure est caduque. Dans ce cas, les soins décidés initialement en application de l'article L. 3212-1* sont poursuivis. » ;</p> | <p><i>sonne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical. »</i></p> |
| <p>À toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'État dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.</p> | <p>8° L'article L. 3213-8 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> | <p><i>Alinéa supprimé</i></p> |
| <p>Art. L. 3213-8. – Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'État dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement.</p> | <p>« Art. L. 3213-8. – Il ne peut être mis fin à la mesure de soins sans consentement que sur décision du représentant de l'État prise après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9* ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état de santé du patient émis par deux psychiatres désignés dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1* :</p> | <p>Amendement AS 158</p> |
| <p>Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.</p> | <p>« 1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7* du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale* ;</p> | <p><i>7° bis Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3213-7, les mots : « L'avis médical » sont remplacés par les mots : « Le certificat médical circonstancié ».</i></p> |
| | | <p>Amendement AS 159</p> |
| | | <p>« Art. L. 3213-8. – <i>Le représentant de l'État dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques sans consentement qu'après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9* ainsi qu'après ...</i> ... l'état mental du psychiatres choisis dansL. 3213-5-1* :</p> |
| | | <p>Amendements AS 160, AS 161 et AS 162</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

« 2° Lorsque la personne fait l'objet de soins sans son consentement en application de l'article L. 3213-1* et qu'elle fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, d'une hospitalisation dans une unité hospitalière pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3*.

« 2° Lorsque ...
... soins *psychiatriques* sans ...

...L. 3222-3*.

Amendement AS 163

« Lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du présent article des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application dudit article.

Amendement AS 271

« Les conditions dans lesquelles l'avis du collège et des deux psychiatres est recueilli sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

« Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collège et les deux expertises mentionnés au premier alinéa doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le représentant de l'État prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collège et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'État. »

Amendement AS 164

9° L'article L. 3213-9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 3213-9. – Le représentant de l'État dans le département avise dans les vingt-quatre heures de toute décision d'admission en soins sans consentement sur décision de l'autorité publique ou sur décision de justice, de tout renouvellement et de toute levée :

« Art. L. 3213-9. – ...

... toute admission en soins psychiatriques sans consentement prise en application du présent chapitre ou ... de toute décision de maintien et de toute levée de cette mesure :

Amendement AS 165, AS 166 et AS 167

« 1° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

« 1° Le ...

...l'établissement d'accueil de la personne malade et ... duquel celle-ci a ... séjour ;

Amendement AS 168

Art. L. 3213-9. – Le représentant de l'État dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|---|
| Art. L. 3213-10. – Les modalités d’application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d’État. | « 2° Le maire de la commune où est implanté l’établissement et le maire de la commune où le malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ; | « 2° Le où la personne malade... ... séjour ; |
| | « 3° la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l’article L. 3222-5* ; | Amendement AS 169 |
| | « 4° La famille de la personne qui fait l’objet de soins sans consentement ; | « 4° La... ... sans son consentement ; |
| | « 5° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l’intéressé. | Amendement AS 170 |
| | « Le représentant de l’État dans le département informe sans délai les autorités et les personnes mentionnées aux alinéas précédents de toute décision définissant la prise en charge du patient sous une autre forme que celle d’une hospitalisation complète. » ; | « Le aux 1° à 5° de toute décision de prise complète. » ; |
| | 10° L’article L. 3213-10 devient l’article L. 3213-11 ; | Amendements AS 171 et AS 172 |
| | 11° Il est inséré un article L. 3213-10 ainsi rédigé : « Art. L. 3213-10. – Pour l’application à Paris des dispositions du présent chapitre, le représentant de l’État est le préfet de police. » | |
| | TITRE III | |
| | Dispositions diverses | |
| | Article 4 | Article 4 |
| Chapitre IV Hospitalisations des personnes détenues atteintes de troubles mentaux | Le chapitre IV du titre I ^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié : 1° Le chapitre est intitulé : « Admission en soins des personnes détenues atteintes de troubles mentaux » ; | 1° Le soins <i>psychiatriques</i> des mentaux » ; |
| | | Amendement AS 173 |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Art. L. 3214-1. – L’hospitalisation, avec ou sans son consentement, d’une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d’une unité spécialement aménagée.</p> | <p>2° L’article L. 3214-1 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues hospitalisées en soins sans consentement ne peuvent l’être que sous forme d’hospitalisation complète.</p> | <p>« Art. L. 3214-1. – détenues <i>admisses</i> en soins <i>psychiatriques</i> sans leur consentement ne peuvent l’être que sous la forme d’une hospitalisation complète.</p> |
| | <p>« II. – L’hospitalisation, avec ou sans son consentement, d’une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d’une unité spécialement aménagée ou, sur la base d’un certificat médical, dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l’article L. 3222-3*.</p> | <p>Amendement AS 174 « II. – L’hospitalisation santé <i>mentionné à l’article L. 3222-1*</i> au L. 3222-3*.</p> |
| <p>Art. L. 3214-2. – Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s’agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.</p> | <p>« Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes détenues mineures peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l’article L. 3222-1* » ;</p> | <p>Amendement AS 175 « Toutefois personnes <i>mineures détenues</i> peuvent L. 3222-1* <i>en-dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II.</i> » ;</p> |
| | <p>3° L’article L. 3214-2 est ainsi modifié :</p> | <p>Amendements AS 176 et 177</p> |
| | <p>a) Au premier alinéa, les mots : « hospitalisées sans leur consentement » et les mots : « hospitalisée sans son consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l’objet de soins sans leur consentement en application du chapitre III du présent titre » <u>et la référence à l’article L. 3211-9* est supprimée</u> et la référence : « et L. 3211-12 » est remplacée par la référence : « , L. 3211-12* et L. 3211-12-1 à L. 3211-12-4 * » ;</p> | <p>a) Auconsentement » <i>sont remplacés par les mots : « faisant l’objet de soins sans leur consentement en application de l’article L. 3214-3* » et ...</i> ... L. 3211-12-4* » ;</p> |
| | <p>b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L’avis mentionné à l’article L. 3211-12-1* est pris après consultation par tout moyen d’un psychiatre intervenant dans l’établissement pénitentiaire dans lequel l’intéressé était incarcéré. » ;</p> | <p>Amendements AS 178 et AS 179 « L’avis mentionné <i>au II de</i> l’articlelequel <i>la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation.</i> » ;</p> |
| | | <p>Amendements AS 180 et 181</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|---|
| <p>Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L. 3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'État visé à l'article L. 3214-5.</p> | <p>c) Le deuxième alinéa, devenu le troisième alinéa, est ainsi rédigé :</p> <p>« Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L. 3211-12* ou de l'article L. 3211-12-1*, une sortie immédiate d'une personne détenue faisant l'objet de soins sans son consentement en application du chapitre III du présent titre, cette décision est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'État visé à l'article L. 3214-5. » ;</p> | <p>« Lorsque ...</p> <p>...L. 3211-12-1*, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète d'une ...</p> <p>...ap- plication de l'article L. 3214-3*, cette ...</p> <p>...d'État mentionné à l'article L. 3214-5. » ;</p> |
| <p>Art. L. 3214-3. – Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.</p> | <p>4° L'article L. 3214-3 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « son hospitalisation » sont remplacés par les mots : « une mesure de soins psychiatriques en application du chapitre III du présent titre » ;</p> | <p>Amendements AS 183, AS 182 et AS 184</p> <p>a) Le premier alinéa est ainsi modifié :</p> <p>- après le mot : « hospitalier, le signe : « , » est supprimé ;</p> <p>- les mots : « du département » sont remplacés par les mots : « dans le département » ;</p> <p>- les mots : « son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visé à » sont remplacés par les mots : « son admission en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de » ;</p> <p>- est ajoutée une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Le chapitre III est applicable aux personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement en application du présent article. » ;</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.</p> | <p>b) Le deuxième alinéa est supprimé ;</p> | <p>b) Le deuxième <i>et l'avant-dernier alinéa</i> sont supprimés ;</p> |
| <p>Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.</p> | <p>c) Il est ajouté au troisième alinéa, qui devient le deuxième alinéa, la phrase suivante : « Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3211-2-1* qui assure la prise en charge de la personne malade. » ;</p> | <p>c) <i>Le troisième alinéa est ainsi rédigé : « Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques sans consentement nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1* qui assure la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre prévu au III de l'article L. 3213-1* . »</i></p> |
| <p>Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.</p> | | |
| <p>Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1.</p> | | <p><i>d) Le dernier alinéa est supprimé.</i></p> |
| <p>Art. L. 3214-4. – La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L. 3213-3, L. 3213-4 et L. 3213-5.</p> | <p>5° À l'article L. 3214-4, les mots : « de l'hospitalisation sans son consentement » sont remplacés par les mots : « des soins sans son consentement sous la forme d'une hospitalisation complète ».</p> | <p>Amendement AS 186</p> |
| <p>Art. L. 3215-1. – Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de retenir une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie est ordonnée par le représentant de l'État dans le département, en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou de l'article</p> | <p>Article 5</p> <p>Le chapitre V du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 3215-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 3215-1. – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende :</p> <p>« 1° Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* de maintenir la mesure de soins dont une personne fait l'objet sans son consentement, qu'elle qu'en soit la forme, lorsque la levée de la mesure est ordonnée par le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de po-</p> | <p>Article 5</p> <p>« 1° Le ...</p> <p>... soins psychiatriques dont ...</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|---|
| <p>L. 3213-5, ou par le président du tribunal de grande instance, conformément à l'article L. 3211-12, ou lors de la levée de l'hospitalisation en application des articles L. 3212-7, L. 3212-8, L. 3212-9 ou L. 3213-4 est puni de deux ans d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.</p> | <p>lice, en application du dernier alinéa de l'article L. 3212-8* ou de l'article L. 3213-5*, ou par le juge des libertés et de la détention, conformément aux articles L. 3211-12* ou L. 3211-12-1*, ou lorsque la mesure de soins doit être levée en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7*, L. 3212-8*, L. 3212-9*, L. 3213-4* ou <u>L. 3213-5*</u> ;</p> | <p>... détention, <i>en application des articles ...</i></p> <p>... L. 3212-9* ou L. 3213-4* ;</p> |
| | <p>« 2° Le fait, pour le directeur ou pour le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement à l'autorité judiciaire ou administrative. »</p> | <p>Amendements AS 187, AS 188 et AS 189</p> <p>« 2° Le pour <i>tout</i> médecin d'un ...</p> <p>... administrative. »</p> |
| <p>Art. L. 3215-2. – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende, le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :</p> | <p>3° L'article L. 3215-2 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3215-2. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende, le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :</p> | <p>Amendement AS 190</p> |
| <p>1° D'admettre une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus aux articles L. 3212-1 et L. 3212-3 ;</p> | <p>« 1° D'admettre une personne en soins sans son consentement en application des dispositions du 1° du II de l'article L. 3212-1* sans avoir obtenu la remise de la demande de soins et des certificats prévus par ces dispositions ;</p> | <p>« 1° D'admettre soins <i>psychiatriques</i> sans ...</p> <p>... obtenu la <i>demande d'admission en soins sans consentement et les certificats prévus par le même 1° ;</i> »</p> |
| | <p>« 2° D'admettre une personne en soins sans son consentement en application des dispositions du 2° du II de l'article L. 3212-1* sans disposer du certificat médical prévus par ces dispositions ;</p> | <p>Amendements AS 191 et AS 192</p> <p>« 2° D'admettre par le même 2° ;</p> |
| <p>2° D'omettre d'adresser au représentant de l'État dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 ;</p> | <p>« 3° D'omettre d'adresser au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, dans les délais prescrits la décision d'admission, les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du I de l'article L. 3212-5* ;</p> | <p>Amendement AS 193</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|--|
| <p>3° D'omettre d'adresser au représentant de l'État dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L. 3212-7, L. 3213-3 et L. 3213-5 ;</p> | <p>« 4° D'omettre d'adresser au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L. 3212-7*, des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 3213-1* <u>et des articles L. 3213-2*</u> et L. 3213-3* ;</p> | <p>« 4° D'omettre ...</p> <p>... L. 3213-1* et de l'article L. 3213-3* ;</p> |
| <p>4° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L. 3212-11 et L. 3213-1 ;</p> | <p>« 5° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions de l'article L. 3212-11* et du III de l'article L. 3213-1* relatives à la tenue et à la présentation des registres ;</p> | <p>Amendement AS 194</p> |
| <p>5° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 de la déclaration prévue par ledit article ;</p> | <p>« 6° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 du certificat médical mentionné au premier alinéa du même article ;</p> | <p>« 6° <i>Supprimé</i></p> <p>Amendement AS 195</p> |
| <p>6° D'omettre d'aviser le représentant de l'État dans le département dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L. 3212-10 ou de la déclaration prévue par l'article L. 3213-5 ;</p> | <p>« 7° D'omettre d'aviser dans le délai prescrit par l'article L. 3213-5* le représentant de l'État dans le département, ou à Paris, le préfet de police, du certificat prévu à cet article. » ;</p> | |
| <p>7° De supprimer ou de retenir une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.</p> | | |
| <p>Art. L. 3215-3. – Le fait, pour le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1, de ne pas prendre dans le délai prescrit, les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues par les articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2 dans les cas définis à l'article L. 3222-2 est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende.</p> | <p>4° L'article L. 3215-3 est abrogé ;</p> | |
| <p>Art. L. 3215-4. – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende, le fait pour le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :</p> | <p>5° L'article L. 3215-4 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 3215-4. – Est puni de six mois et de 7 500 euros d'amende, le fait pour le médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1* de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application</p> | <p>« Art. L. 3215-4. – <i>Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7500 € d'amende, le fait pour un médecin ...</i></p> |
| <p>1° De supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| <p>par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative ;</p> | <p>des articles L. 3211-2-2*, L. 3212-7*, L. 3213-1*, L. 3213-3* <u>et L. 3213-4*</u>. »</p> | <p>... L. 3213-1* <i>et</i> L. 3213-3*. »</p> |
| <p>2° De refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-3.</p> | <p>Article 6</p> | <p>Article 6</p> |
| | <p>Les dispositions des chapitres II et III du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique sont ainsi modifiées :</p> | <p>« 1° A Après l'article L. 3222-1, il est inséré un article L. 3222-1-1-A ainsi rédigé :</p> |
| | | <p>« Art. L. 3222-1-1-A. – Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2*.</p> |
| | | <p>Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1*.</p> |
| | | <p>Amendement AS 272</p> |
| <p>Art. L. 3222-1-1. – Les personnes relevant d'une hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I^{er} du présent livre, peuvent être transportées à l'établissement de santé d'accueil sans leur consentement et lorsque cela est strictement nécessaire, par des moyens adaptés à l'état de la personne. Ce transport est assuré par un transporteur sanitaire agréé dans les conditions prévues aux articles L. 6312-1 à L. 6312-5.</p> | <p>1° L'article L. 3222-1-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « relevant d'une hospitalisation d'office ou sur demande d'un tiers » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement » ;</p> | |

Dispositions en vigueur

Pour les personnes nécessitant une hospitalisation sur demande d'un tiers, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission prévus aux articles L. 3212-1 et L. 3212-3.

Texte du projet de loi

b) Le second alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les personnes nécessitant des soins sans leur consentement en application de l'article L. 3212-1*, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du certificat médical mentionné à cet article et, pour les mesures prises en application du 1° du II de cet article, qu'après la rédaction de la demande d'admission prévue par ces dispositions. » ;

Texte adopté par la Commission

« Pour ...
... soins *psychiatriques* sans ...
... L. 3212-1*,
s'agissant des mesures prises en application du 1° du II de ce même article, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du *premier des deux certificats médicaux* et la rédaction de la *demande de soins* prévus à ce même 1° et, *s'agissant des mesures prises en application du 2° du même II*, il ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du *certificat médical* prévu à ce même 2°. »

Amendements AS 198 et AS 199

« 1° bis Après l'article L. 3222-1-1, il est inséré un article L. 3222-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1-2. – Le directeur de chaque établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1* conclut des conventions avec :

« 1° Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police ;

« 2° les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondant ;

« 3° le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Les conventions mentionnées au premier alinéa du présent article fixent les modalités selon lesquelles leurs signataires collaborent en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1*. Ces conventions prévoient également les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions par lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État modifie la forme de la prise en charge de ces personnes en procédant à leur hospitalisation complète en application, respectivement, de l'article L. 3212-4* ou du III de l'article L. 3213-3*.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

Amendement AS 274

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| <p>Art. L. 3222-2. – Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 3222-1 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit aux 1° et 2° de l'article L. 3212-1, soit à l'article L. 3213-1, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2.</p> | <p>2° À l'article L. 3222-2, les mots : « aux 1° et 2° de l'article L. 3212-1* » sont remplacés par les mots : « au I de l'article L. 3212-1* » et à la dernière ligne, la référence à l'article L. 3212-3* est supprimée ;</p> | <p>2° À l'article L. 3212-1* » ;</p> |
| <p>Art. L. 3222-3. – <i>Abrogé</i></p> | <p>3° L'article L. 3222-3 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3222-3. – Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent être hospitalisées dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.</p> <p>« Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'État. » ;</p> | <p>Amendement AS 200</p> |
| <p>Art. L. 3222-4. – Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement.</p> | <p>4° Au deuxième alinéa de l'article L. 3222-4 les mots : « des personnes hospitalisées » sont remplacés par les mots : « des personnes admises en soins psychiatriques <u>sans leur consentement</u> » et après la référence à l'article L. 3211-2 est insérée une référence à l'article L. 3211-2-1* ;</p> | <p>4° <i>L'article L. 3222-4 est ainsi modifié :</i> « a) <i>Le premier alinéa est ainsi rédigé :</i> « <i>Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1* sont visités sans publicité préalable une fois par an par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué et par le maire de la commune ou son représentant. » ;</i></p> <p>« b) Au psychiatriques et après L. 3211-2-1* ». ».</p> |
| <p>Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11.</p> | | <p>Amendement AS 201</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Art. L. 3222-5. – Sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4, dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.</p> | <p>5° À l'article L. 3222-5, les mots : « une commission départementale des hospitalisations psychiatriques » sont remplacés par les mots : « une commission départementale des soins psychiatriques » et les mots : « des personnes hospitalisées » sont remplacés par les mots : « des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement » ;</p> | <p>« 5° bis L'intitulé du chapitre III est ainsi rédigé : « Commission départementale des soins psychiatriques ».</p> |
| <p>Troisième partie Lutte contre les maladies et dépendances Livre II Lutte contre les maladies mentales Titre II Organisation Chapitre III Commission départementale des hospitalisations psychiatriques</p> | <p>6° L'article L. 3223-1 est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3223-1. – La commission prévue à l'article L. 3222-5* :</p> | <p>Amendement AS 202</p> |
| <p>Art. L. 3223-1. – La commission prévue à l'article L. 3222-5 :</p> | <p>« 1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I^{er} du présent livre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;</p> | |
| <p>1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I^{er} du présent livre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;</p> | <p>« 1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I^{er} du présent livre, de toute décision d'admission en soins psychiatriques d'une personne sans son consentement, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ;</p> | |
| <p>2° Établit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence mentionnées aux articles L. 3212-3 et L. 3213-2 ;</p> | <p>« 2° Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et examine leur situation ;</p> | |
| <p>3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;</p> | <p>« 3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement et, obligatoirement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :</p> | |
| | <p>« a) Celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1* ;</p> | |
| | <p>« b) Celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|--|
| <p>4° Saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;</p> | <p>« 4° Saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ;</p> | <p>« 4° Saisit, département ou, à Paris, le préfet de police, ou consentement ;</p> |
| <p>5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;</p> | <p>« 5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1*, vérifie les informations figurant sur le registre prévu aux articles L. 3212-11* et L. 3213-1* et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;</p> | <p>« 5° Visite pré- vu à l'article L. 3212-11* et au III de l'article L. 3213-1* portées ;</p> |
| <p>6° Adresse, chaque année, le rapport de son activité au représentant de l'État dans le département et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale ;</p> | <p>« 6° Adresse, chaque année, le rapport de son activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État, au représentant de l'État dans le département et au procureur de la République ;</p> | <p>« 6° Adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont Conseil d'État, au juge des libertés et de la détention com- pétent dans son ressort, au représentant de l'État dans le département ou, à Pa- ris, au préfet de police, et au procureur de la République ;</p> |
| <p>7° Peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L. 3211-12, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L. 3222-1.</p> | <p>« 7° Peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12*, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont fait l'objet toute personne sans son consentement ;</p> | <p>« 7° Peut l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sans son consentement d'ordonner, dont cette personne fait l'objet ;</p> |
| <p>Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions.</p> | <p>« 8° Statue sur les modalités d'accès aux informations visées à l'article L. 1111-7* de toute personne admise en soins psychiatriques sans son consentement.</p> | <p>« 8° Statue... ... informations mentionnées àconsentement.</p> |
| <p>Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions.</p> | <p>« Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission. Les médecins de la commission ont accès à toutes données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée. » ;</p> | <p>« Les toutes les demandes médecins membres de... les données examinée. » ;</p> |

Amendement AS 203

Amendement AS 204

Amendements AS 205, AS 63 et AS 206

Amendement AS 207

Amendement AS 208

Amendements AS 210 et AS 209

Dispositions en vigueur

Art. L. 3223-2. - La commission prévue à l'article L. 3222-5 se compose :

1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'État dans le département ;

2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

3° De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ;

4° D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État dans le département.

En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article, des personnalités des autres départements de la région ou des départements limitrophes peuvent être nommées.

Seul l'un des deux psychiatres mentionnés au 1° peut exercer dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1.

Les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil de surveillance, ou d'une instance habilitée à cet effet, d'un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission.

Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situation leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4° et 6° de l'article L. 3223-1, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Texte du projet de loi

7° Au sixième alinéa de l'article L. 3223-2, les mots : « des autres départements de la région ou des départements limitrophes » sont remplacés par les mots : « d'autres départements ».

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

La commission désigne, en son sein, son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Art. L 1111-7. – Toute personne a accès à l' ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l' objet d' échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d' examen, comptes rendus de consultation, d' intervention, d' exploration ou d' hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l' exception des informations mentionnant qu' elles ont été recueillies auprès de tiers n' intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d' un médecin qu' elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu' un délai de réflexion de quarante- huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d' une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

Texte du projet de loi

Article 7

Texte adopté par la Commission

Article 7

Le même code est ainsi modifié :
1° – L' article L. 1111-7 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

Dispositions en vigueur

À titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Art. L. 1112-3. – Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs

Texte du projet de loi

À l'article L. 1112-3 du code de la santé publique, il est inséré après le deuxième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

Texte adopté par la Commission

b) Au quatrième alinéa, à la première phrase, les mots : « hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « admission en soins psychiatriques sans consentement » et, à la deuxième phrase, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

2° – L'article L. 1112-3 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Dispositions en vigueur

griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. À cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et à l'agence régionale de santé qui est chargée d'élaborer une synthèse de l'ensemble de ces documents.

La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire.

Texte du projet de loi

« Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement en application des dispositions des articles L. 3212-1* ou L. 3213-1*, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5* »

Texte adopté par la Commission

b) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacée par les mots : « La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » ;

Dispositions en vigueur

Art. L. 1121-6. – Les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les personnes hospitalisées sans consentement en vertu des articles L. 3212-1 et L. 3213-1 qui ne relèvent pas des dispositions de l'article L. 1121-8 et les personnes admises dans un établissement sanitaire ou social à d'autres fins que celle de la recherche ne peuvent être sollicitées pour se prêter à des recherches biomédicales que dans les conditions suivantes :

- soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ;

- soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique ou administrative à la condition que des recherches d'une efficacité comparable ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal.

Art. L. 1221-8-1. – Le sang et ses composants peuvent être utilisés dans le cadre d'une activité de recherche, qu'ils aient été ou non prélevés par un établissement de transfusion sanguine. Dans ce cas, la recherche est menée à partir de prélèvements réalisés soit dans une finalité médicale, soit dans le cadre d'une recherche visant à évaluer les soins courants mentionnée au 2° de l'article L. 1121-1, soit dans le cadre d'une recherche biomédicale, soit dans une finalité de constitution de collection d'échantillons biologiques humains. Dans ce dernier cas, les prélèvements de sang ne doivent comporter que des risques négligeables. Dans tous les cas, les principes mentionnés aux articles L. 1221-3, L. 1221-4 et L. 1221-6 sont applicables, sans préjudice des dispositions du titre II du livre Ier de la présente partie lorsque le sang ou ses composants sont prélevés ou utilisés dans le cadre d'une activité de recherche biomédicale.

Lorsque le sang ou ses composants sont prélevés pour constituer di-

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

3° Au premier alinéa de l'article L. 1121-6, les mots : « hospitalisées sans consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement » ;

Dispositions en vigueur

rectement une collection d'échantillons biologiques humains, les dispositions mentionnées aux articles L. 1243-3 et L. 1243-4 sont applicables ainsi que les principes de l'indemnisation des conséquences dommageables et de l'obligation d'assurance tels que définis, pour les recherches biomédicales, à l'article L. 1121-10.

Lorsque des prélèvements de sang visés à l'alinéa précédent sont effectués, à des fins de constitution d'une collection d'échantillons biologiques humains, sur des femmes enceintes, des parturientes ou des mères qui allaitent, sur des mineurs ou des majeurs faisant l'objet d'une mesure de protection légale ou hors d'état d'exprimer leur consentement, sur des personnes privées de liberté, des personnes hospitalisées sans leur consentement, des personnes admises dans un établissement sanitaire ou social à d'autres fins que la recherche, le comité mentionné au troisième alinéa de l'article L. 1243-3 s'assure, en outre, que la collection est destinée à des recherches qui ne pourraient pas être effectuées sur une autre catégorie de la population avec une efficacité comparable.

Art. L. 1121-11. – La recherche biomédicale ne donne lieu à aucune contrepartie financière directe ou indirecte pour les personnes qui s'y prêtent, hormis le remboursement des frais exposés et, le cas échéant, l'indemnité en compensation des contraintes subies versée par le promoteur. Le montant total des indemnités qu'une personne peut percevoir au cours d'une même année est limité à un maximum fixé par le ministre chargé de la santé.

Le versement d'une telle indemnité est interdit dans le cas des recherches biomédicales effectuées sur des mineurs, des personnes qui font l'objet d'une mesure de protection légale, des personnes majeures hors d'état d'exprimer leur consentement, des personnes privées de liberté, des personnes hospitalisées sans leur consentement et des personnes admises dans un établissement sanitaire et social à d'autres fins que la recherche.

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

4° Au dernier alinéa de l'article L. 1221-8-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 1121-11, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

Dispositions en vigueur

Les personnes susceptibles de se prêter à des recherches biomédicales bénéficient d'un examen médical préalable adapté à la recherche. Les résultats de cet examen leur sont communiqués directement ou par l'intermédiaire du médecin de leur choix.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les recherches biomédicales autres que celles portant sur des produits mentionnés à l'article L. 5311-1 et figurant sur une liste fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne comportent que des risques négligeables et n'ont aucune influence sur la prise en charge médicale de la personne qui s'y prête peuvent être réalisées sans examen médical préalable.

Toute recherche biomédicale sur une personne qui n'est pas affiliée à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime est interdite.

L'organisme de sécurité sociale dispose contre le promoteur d'une action en paiement des prestations versées ou fournies.

Art. L. 1511-6. – Le dernier alinéa de l'article L. 1111-5 n'est pas applicable ;

À l'article L. 1111-7, les mots : « commission départementale des hospitalisations psychiatriques » sont remplacés par les mots : « commission territoriale des hospitalisations psychiatriques ».

Art. L. 1521-2. – Le chapitre I du titre I^{er} du livre I^{er} de la présente partie est applicable à Wallis-et-Futuna sous réserve des adaptations suivantes :

1° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 1111-3 ne sont pas applicables ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 1111-5 n'est pas applicable ;

3° À l'article L. 1111-7, au deuxième alinéa, les mots : « ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

5° À l'article L. 1511-6, le mot : « hospitalisations » est remplacé, deux fois, par le mot : « soins » ;

6° Au 3° de l'article L. 1521-2, au 14° de l'article 1527-1 et au 3° de l'article L. 1531 3, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

Dispositions en vigueur

application du quatrième alinéa » ainsi que le quatrième alinéa ne sont pas applicables ;

4° À l'article L. 1111-8-1, les mots : « Il est également utilisé pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel institué par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale et du dossier pharmaceutique institué par l'article L. 161-36-4-1 du même code. » ne sont pas applicables ;

5° À l'article L. 1111-9, les mots : « établies par la Haute Autorité de santé et » ne sont pas applicables.

Art. L.1531-3. – Les dispositions du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre I^{er} de la présente partie sont applicables aux Terres australes et antarctiques françaises sous réserve des adaptations suivantes :

1° Au sixième alinéa de l'article L. 1111-2, les mots : « sont établies par la Haute Autorité de santé et » ne sont pas applicables ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 1111-5 n'est pas applicable ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 1111-7, les mots : « ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa » ainsi que le quatrième alinéa de ce même article ne sont pas applicables

4° La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 1111-8 n'est pas applicable ;

5° Le quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 est ainsi rédigé :

« L'agrément peut être retiré en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément après que la personne intéressée a été mise à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Cette personne peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix. L'autorité administrative

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

n'est pas tenue de satisfaire les demandes d'audition abusives, notamment par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique. Cette procédure n'est pas applicable en cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles ou lorsque sa mise en œuvre serait de nature à compromettre l'ordre public ou la conduite des relations internationales. » ;

6° À la dernière phrase de l'article L. 1111-9 les mots : « établies par la Haute Autorité de santé et » ne sont pas applicables.

Art. L. 1522-6. — Pour l'application à Wallis-et-Futuna de l'article L. 1221-8-1, les mots : « des personnes hospitalisées sans leur consentement, des personnes admises dans un établissement sanitaire ou social » sont remplacés par les mots : « des personnes admises à l'agence de santé du territoire. »

Art. L. 6112-1. — Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1° La permanence des soins ;

2° La prise en charge des soins palliatifs ;

3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;

4° La recherche ;

5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;

6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;

7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;

8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

7° À l'article L. 1522-6, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|---|
| <p>9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;</p> | | |
| <p>10° Les actions de santé publique ;</p> | | |
| <p>11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;</p> | | <p>« 8° Au 11° de l'article L. 6112-1, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques ».</p> |
| <p>12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;</p> | | <p>Amendement AS 211</p> |
| <p>13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;</p> | | |
| <p>14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.</p> | | |
| <p>Code de procédure pénale</p> | <p>Article 8</p> | <p>Article 8</p> |
| <p>Art. L. 706-135. – Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'hospitalisation d'office de la personne dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospi-</p> | <p>À l'article 706-135 du code de procédure pénale, les mots : « d'office » sont remplacés par les mots : « sans consentement » et les mots « , dont le deuxième alinéa est applicable » sont supprimés.</p> | <p>Le code de procédure pénale est ainsi modifié :</p> |
| | | <p>1° L'article 706-135 est ainsi modifié :</p> <p>a) À la première phrase, les mots : « d'office » sont remplacés par les mots : « sans son consentement » ;</p> |

Dispositions en vigueur

talisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1 du même code, dont le deuxième alinéa est applicable. L'article L. 3213-8 du même code est également applicable.

Art. 706-138. — Lorsque l'interdiction prévue au 1° de l'article 706-136 est prononcée, la partie civile peut demander à être informée par le procureur de la République de la levée de l'hospitalisation d'office dont cette personne aura pu faire l'objet en application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique.

La partie civile peut, à tout moment, indiquer au procureur de la République qu'elle renonce à cette demande.

Code de la santé publique

Art. L. 3844-1. — Les dispositions du titre I^{er} du livre II de la présente partie sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations suivantes :

Texte du projet de loi

TITRE IV

Dispositions outre-mer

Article 9

L'article L. 3844-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 3844-1. — Les dispositions du titre I^{er} du livre II de la présente partie sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations suivantes :

Texte adopté par la Commission

b) *À l'avant-dernière phrase*, les mots : « hospitalisations ordonnées » sont remplacés par les mots : « *admissions en soins psychiatriques sans consentement prononcées* » et les mots : « , dont le deuxième alinéa est applicable » sont supprimés ;

II. — Au premier alinéa de l'article 706-138, les mots : « d'office » sont remplacés par les mots : « sans consentement ».

Amendement AS 212

Article 8 bis

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau des assemblées un rapport sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie, faisant état des principaux besoins identifiés, notamment en matière d'observance thérapeutique et de suivi épidémiologique des patients, et décrivant les moyens à mettre en œuvre dans ce domaine.

Amendement AS 213

TITRE IV

Dispositions applicables à l'outre-mer

Amendement AS 280

Article 9

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| <p>1° La référence au représentant de l'État dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République ;</p> | <p>« 1° La référence au représentant de l'État dans le département ainsi que la référence au préfet sont remplacées par la référence au haut-commissaire de la République ;</p> | <p>« 2° Les références au tribunal de grande instance ...</p> |
| <p>2° Les références au tribunal d'instance et au tribunal de grande instance sont remplacées par la référence au tribunal de première instance ;</p> | <p>« 2° Les références <u>au tribunal d'instance et</u> au tribunal de grande instance sont remplacées par la référence au tribunal de première instance ;</p> | <p>... instance ;</p> <p>Amendement AS 281</p> |
| <p>3° Le second alinéa de l'article L. 3211-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix » ;</p> | <p>« 3° Au second alinéa de l'article L. 3211-1*, les mots : « , publique ou privée, » sont supprimés ;</p> | <p>« 3° Au ...</p> <p>... privée et les mots : « tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence » sont supprimés ;</p> |
| <p>4° Au 1° de l'article L. 3211-3 :</p> <p>a) Pour son application en Polynésie française, les mots : « les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 » sont remplacés par les mots : « le représentant de l'État, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de la Polynésie française, le vice-président du gouvernement, le ministre en charge de la santé et le maire de la commune » ;</p> | <p>« 4° À l'article L. 3211-2-1*, les mots : "mentionné à l'article L. 3222-1*" sont remplacés par les mots : « habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux » ;</p> | <p>Amendement AS 298</p> <p>« 4° Aux 1° et 2° de l'article ..</p> <p>... mentaux conformément à la réglementation applicable localement »</p> |
| <p>b) Pour son application en Nouvelle-Calédonie, les mots : « les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 » sont remplacés par les mots : « le représentant de l'État, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie, le vice-président du gouvernement, le membre du gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de l'administration hospitalière et le maire de la commune » ;</p> | <p>« 5° Le 1° de l'article L. 3211-3* est ainsi modifié :</p> <p>« a) Pour son application en Polynésie française, les mots : « les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4* » sont remplacés par les mots : « le représentant de l'État, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de la Polynésie française, le vice-président du gouvernement, le ministre en charge de la santé et le maire de la commune » ;</p> <p>« b) Pour son application en Nouvelle-Calédonie, les mots : « les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4* » sont remplacés par les mots : « le représentant de l'État, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie, le vice-président du gouvernement, le membre du gouvernement chargé d'animer et de contrô-</p> | <p>Amendements AS 282 et AS 299</p> <p>« a) Pour ...</p> <p>... ministre</p> <p>chargé de ...</p> <p>... commune » ;</p> <p>Amendement AS 283</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|--|
| <p>5° À l'article L. 3211-6, les mots : « dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 3222-1 et L. 3222-2 » sont remplacés par les mots : « dans un établissement de santé » ;</p> | <p>ler le secteur de l'administration hospitalière et le maire de la commune » ;</p> <p>« 6° Au 2° de l'article L. 3211-3*, les mots : « et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3* » sont supprimés ;</p> | <p>« 7° Au dernier alinéa des articles L. 3211-2-1* et L. 3211-9*, au 2° et aux quatrième et dernier alinéas du II de l'article L. 3211-12*, au dernier alinéa des I, II, III, IV de l'article L. 3211-12-1*, à l'article L. 3211-13*, au deuxième alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1*, à l'article L. 3212-12, au deuxième alinéa du I, deux fois, au 2° et au dernier alinéa du II de l'article L. 3213-1*, au 2°, à l'avant-dernier alinéa et, deux fois, au dernier alinéa de l'article L. 3213-8*, à l'article L. 3213-11*, à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 3214-2* et à l'article L. 3214-5*, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;</p> |
| <p>6° Aux articles L. 3211-8 et L. 3211-9, les mots : « des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre » et « des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » ;</p> | <p>« 7° Aux articles L. 3211-2-1*, L. 3211-9*, L. 3211-12*, L. 3211-12-1*, L. 3211-13*, L. 3212-1*, L. 3212-12*, L. 3213-1*, L. 3213-8* et L. 3213-12, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;</p> | <p>Amendement AS 284</p> |
| <p>7° À l'article L. 3211-11, les mots : « mentionnés à l'article L. 6121-2 » sont supprimés ;</p> | <p>« 8° À l'article L. 3212-1*, les mots : « établissement mentionné à l'article L. 3222-1* » sont remplacés par les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles</p> | <p>« 8° À ...</p> |
| <p>8° Aux articles L. 3211-13, L. 3212-12 et L. 3213-10, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;</p> | | |
| <p>9° Au dernier alinéa de l'article L. 3212-1, les mots : « établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « établissements habilités à soigner les personnes</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » ; | mentaux” et les mots : “établissements mentionnés à l’article L. 3222-1” sont remplacés par les mots : “établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement”; | ... mentaux <i>conformément à la réglementation applicable localement</i> ”. |
| 10° À l’article L. 3212-4, les mots : « qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l’article L. 3212-1 » sont supprimés ; | « 9° Aux articles L. 3212-5*, L. 3212-7*, L. 3212-9* et L. 3213-9*, les mots : “commission départementale des soins psychiatriques” sont remplacés par le mot : “commission”; | « 9° AuxL. 3212-9*, <i>au II de l’article L. 3213-3*, ainsi qu’aux articles L. 3213-4* et ...</i> “commission” » ; |
| 11° Au dernier alinéa de l’article L. 3212-8, les mots : « établissements mentionnés à l’article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » ; | | Amendement AS 300 |
| 12° Le premier alinéa de l’article L. 3212-9 est remplacé par les dispositions suivantes : | Une personne hospitalisée à la demande d’un tiers, dans un établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement, cesse également d’être retenue dès que la levée de l’hospitalisation est requise par : » ; | Amendement AS 285 |
| 13° Au onzième alinéa de l’article L. 3212-11, les mots : « en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 » sont remplacés par les mots : « conformément à la réglementation applicable localement, » ; | « 10° Au onzième alinéa de l’article L. 3212-11*, les mots : “en application des articles L. 3222-4* et L. 3223-1*” sont remplacés par les mots : “conformément à la réglementation applicable localement”; | « a) Au premier alinéa du I, <i>les mots : “mentionné à l’article 3222-1*” sont remplacés par les mots : “habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement” et les mots...</i> ... République”; |
| 14° Le premier alinéa de l’article L. 3213-1 est remplacé par les dispositions suivantes : | « 11° L’article L. 3213-1* est ainsi modifié : | Amendement AS 301 |
| Le haut-commissaire de la République prononce par arrêté, au vu d’un certificat médical circonstancié l’hospitalisation d’office des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l’ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d’un psychiatre exerçant dans l’établissement accueillant le malade. Les arrêtés du haut-commissaire sont motivés et énon- | « a) Au premier alinéa du I, les mots : “arrêtés préfectoraux” sont remplacés par les mots : “arrêtés du haut-commissaire de la République”; | |
| | « b) Au troisième alinéa du I, les mots : « commission départementale des soins psychiatriques » sont remplacés par le mot : « commission » ; | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|---------------------------------|
| <p>cent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. » ;</p> | <p>« 12° Au I et au II de l'article L. 3213-3* ainsi qu'à l'article L. 3213-4*, les mots : « commission départementale des soins psychiatriques » sont remplacés par le mot : « commission » ;</p> | <p><i>Alinéa supprimé</i></p> |
| <p>15° L'article L. 3213-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « et, à Paris, les commissaires de police » sont supprimés ;</p> <p>b) Le mot : « arrêtent » est remplacé par le mot : « arrête » ;</p> | <p>« 13° À l'article L. 3213-5-1*, les mots : « , après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement, ou à défaut, » sont remplacés par le mot : « ou » ;</p> | <p>« 13° À ...</p> |
| <p>16° Au premier alinéa de l'article L. 3213-8 :</p> <p>a) Entre les mots : « deux psychiatres » et les mots : « n'appartenant pas » sont insérés les mots : « dont un » ;</p> | <p>... l'établissement <i>sont supprimés</i> ;</p> | <p>Amendement AS 286</p> |
| <p>b) Les mots : « direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement » sont respectivement remplacés par les mots : « direction de la santé de Polynésie française » et par les mots : « direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie » ;</p> | <p>« 14° L'article L. 3214-1* est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues ne peuvent faire l'objet de soins psychiatriques avec ou sans leur consentement que sous la forme d'une hospitalisation complète.</p> | <p>Amendement AS 297</p> |
| <p>17° L'article L. 3214-1 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>Art. L. 3214-1. –</p> <p>L'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une structure adaptée. » ;</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| 18° Aux articles L. 3214-2 et L. 3214-5, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ; | « II. – L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé au sein d'une structure adaptée. | « II. – L'hospitalisation... ... adaptée <i>ou, sur la base d'un certificat médical, dans une unité pour malade difficile mentionnée à l'article L. 3222-3*</i> . |
| 19° L'article L. 3214-3 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, les mots : « le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu » sont remplacés par les mots : « le haut-commissaire de la République » et les mots : « une unité spécialement aménagée » sont remplacés par les mots : « une structure adaptée » ; | « Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes détenues mineures peuvent être admises dans un établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement. » ; | Amendement AS 302 « Toutefois, personnes mineures détenues peuvent localement <i>en dehors des structures ou des unités prévues au premier alinéa du présent II.</i> » ; |
| b) Au troisième alinéa, les mots : « Les arrêtés préfectoraux » sont remplacés par les mots : « Les arrêtés du haut-commissaire de la République » ; | « 15° Aux articles L. 3214-2* et L. 3214-5*, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ; | Amendements AS 304 et AS 305 <i>Alinéa supprimé</i> Amendement AS 287 |
| c) Au quatrième alinéa, les mots : « ou, à Paris, au préfet de police, » sont supprimés ; | « 16° L'article L. 3214-3* est ainsi modifié : « a) Au premier alinéa, les mots : « le préfet de police à Paris ou le représentant de l'État du département dans lequel se trouve l'établissement d'affectation du détenu » sont remplacés par les mots : « le haut-commissaire de la République » et les mots : « unité spécialement aménagée » sont remplacés par les mots : « structure adaptée » ; « b) <u>Au deuxième alinéa</u> , les mots : « Les arrêtés préfectoraux » sont remplacés par les mots : « Les arrêtés du haut-commissaire de la République » ; | « b) Les République » ; Amendement AS 288 |
| | « 17° Les articles L. 3215-1*, L. 3215-2* et L. 3215-4* sont ainsi modifiés : « a) Après les mots : « 15 000 euros d'amende » et les mots : « 7 500 euros d'amende », sont insérés les mots : « , ou leur équivalent en monnaie locale, » ; | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|---|
| <p>20° Les articles L. 3215-1, L. 3215-2, L. 3215-3 et L. 3215-4 sont ainsi modifiés :</p> | <p>« b) Les mots : « établissement mentionné à l'article L. 3222-1* » <u>et les mots : « établissements mentionnés à l'article L. 3222-1* »</u> sont remplacés, <u>respectivement</u>, par les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » <u>et par les mots : « établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement ».</u> »</p> | <p>b) Les mots : “établissement mentionné à l'article L. 3222-1*” sont remplacés par les mots : “établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement”.</p> |
| <p>a) Les mots : « , ou leur équivalent en monnaie locale » sont insérés après les mots : « 3 750 euros » ;</p> | Article 10 | Amendement AS 289 |
| <p>b) Les mots : « établissement mentionné à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement, ».</p> | <p>L'article L. 3844-2* du même code est ainsi rédigé :</p> | Article 10 |
| <p>Art. L. 3844-2. – Le chapitre II, à l'exception de l'article L. 3222-1, et le chapitre III du titre II du livre II de la présente partie sont applicables à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française sous réserve des adaptations suivantes :</p> | <p>« Art. L. 3844-2. – Le chapitre II, à l'exception de l'article L. 3222-1*, et le chapitre III du titre II du livre II de la présente partie sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française sous réserve des adaptations suivantes :</p> | |
| <p>1° À l'article L. 3222-1-1, les mots : « agréé dans les conditions prévues aux articles L. 6312-1 à L. 6312-5 » sont remplacés par les mots : « conformément à la réglementation applicable localement » ;</p> | <p>« 1° À l'article L. 3222-1-1* les mots : “agréé dans les conditions prévues aux articles L. 6312-1* et L. 6312-5*” sont remplacés par les mots : « conformément à la réglementation applicable localement » ;</p> | |
| <p>2° L'article L. 3222-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> | <p>« 2° L'article L. 3222-2* est remplacé par les dispositions suivantes :</p> | <p>« Art. L. 3222-2. – Lorsqu'une <i>personne atteinte de troubles mentaux tels que définis au I des articles L 3212-1* ou L. 3213-1*</i> est ...</p> |
| <p>Art. L. 3222-2. – Lorsqu'un malade est hospitalisé dans un établissement autre que ceux accueillant des malades atteints de troubles mentaux conformément à la réglementation ap-</p> | <p>« Art. L. 3222-2. – Lorsqu'un malade est hospitalisé dans un établissement autre que ceux accueillant des malades atteints de troubles mentaux conformément à la réglementation ap-</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|---|
| <p>plicable, le directeur de l'établissement prend dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2. ;</p> | <p>plicable localement, le directeur de l'établissement prend dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles » ;</p> | <p>... articles L. 3212-1*, L. 3212-3*, L. 3213-1* ou L. 3213-2* » ;</p> |
| <p>3° Le second alinéa de l'article L. 3222-3 est supprimé ;</p> | <p>« 3° Le second alinéa de l'article L. 3222-3* est supprimé ;</p> | <p>Amendements AS 303 et AS 306</p> |
| <p>4° L'article L. 3222-4 est ainsi modifié :</p> | <p>« 4° L'article L. 3222-4* est ainsi modifié :</p> | <p><i>Alinéa supprimé</i></p> |
| <p>a) Les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « haut-commissaire de la République » ;</p> | <p>« a) Les mots : « établissements mentionnés à l'article L. 3222-1* » sont remplacés par les mots : « établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » ;</p> | <p>Amendement AS 290</p> |
| <p>b) Les mots : « le juge du tribunal d'instance, » sont supprimés ;</p> | <p>« b) Les mots : « le représentant de l'État dans le département ou son représentant, le directeur général de l'agence régionale de santé, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué » sont remplacés par les mots : « le haut commissaire de la République ou son représentant, le président du tribunal de première instance ou son délégué » ;</p> | |
| <p>c) Les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance » ;</p> | | |
| <p>5° À l'article L. 3222-5, les mots : « dans chaque département une commission départementale » sont remplacés par les mots : « une commission » ;</p> | <p>« 5° À l'article L. 3222-5*, les mots : “dans chaque département, une commission départementale” sont remplacés par les mots : “une commission” ;</p> | |
| <p>6° Aux articles L. 3222-6 et L. 3223-3, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;</p> | <p>« 6° Aux articles L. 3222-6* et L. 3223-1*, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;</p> | <p>« 6° À la fin du second alinéa de l'article L. 3222-3*, à l'article L. 3222-6* et au premier alinéa du 3° et au 6° de l'article L. 3223-1* supprimés ;</p> |
| <p>7° Dans l'intitulé du chapitre III, le mot : « départementale » est supprimé ;</p> | <p>« 7° Dans l'intitulé du chapitre III, le mot : « départementale » est supprimé ;</p> | <p>Amendement AS 291</p> |
| <p>8° L'article L. 3223-1 est ainsi modifié :</p> | <p>« 8° L'article L. 3223-1 est ainsi modifié :</p> | |
| <p>a) Aux 4° et 6°, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « haut-commissaire de la République » ;</p> | <p>« a) Aux 4° et 6°, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « haut-commissaire de la République » ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|--|--|
| b) Au 5°, les mots : « les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « les établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux » ; | « b) Au 5°, les mots : « établissements mentionnés à l'article L. 3222-1* » sont remplacés par les mots : « établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » ; | |
| c) Au 6°, les mots : « et le présente au conseil départemental de santé mentale » sont supprimés ; | « c) Au 7° les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance » ; | |
| d) Au 7°, les mots : « défini à l'article L. 3222-1 » sont supprimés ; | | |
| 9° L'article L. 3223-2 est remplacé par les dispositions suivantes : Art. L. 3223-2. – La commission prévue à l'article L. 3222-5 se compose : | « 9° L'article L. 3223-2* est remplacé par les dispositions suivantes : « Art. L. 3223-2. – La commission prévue à l'article L. 3222-5* se compose : | |
| 1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le haut-commissaire de la République ; | « 1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le haut-commissaire de la République ; | |
| 2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; | « 2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; | |
| 3° De deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, ou, à défaut, de deux personnalités qualifiées, désignées par le haut-commissaire de la République ; | « 3° De deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, ou, à défaut, de deux personnalités qualifiées, désignées par le haut-commissaire de la République ; | « 3° De personnes atteintes de troubles mentaux etRépublique ; |
| 4° D'un médecin désigné par le haut-commissaire de la République. | « 4° D'un médecin désigné par le haut-commissaire de la République. | Amendement AS 292 |
| Seul l'un des deux psychiatres mentionnés au 1° peut exercer dans un établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement. | « Seul l'un des deux psychiatres mentionnés au 1° peut exercer dans un établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement. | |
| Les membres de la commission ne peuvent être membres d'un organe dirigeant d'un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux en application des chapitres II et III du titre I ^{er} du présent livre. | « Les membres de la commission ne peuvent être membres d'un organe dirigeant d'un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux en application des chapitres II et III du titre I ^{er} du présent livre. | |
| Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situa- | « Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situa- | « Ils ... |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|--|--|
| <p>tion leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4° et 6° de l'article L. 3223-1, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.</p> | <p>tion leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4° et 6° de l'article L. 3223-1*, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par les articles 226-13* et 226-14* du code pénal.</p> | <p>articles prévues aux ... du code pénal.</p> |
| <p>La commission désigne en son sein son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.</p> | <p>« La commission désigne en son sein son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire. »</p> | <p>Amendement AS 293</p> |
| <p>Troisième partie Lutte contre les maladies et dépendances Livre VIII Mayotte, îles Wallis et Futuna et Terres australes et antarctiques françaises, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française Titre I^{er} Mayotte Chapitre IV Lutte contre les maladies mentales</p> | <p>Article 11</p> <p>Le chapitre IV du titre I^{er} du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est abrogé.</p> | <p>Article 11</p> |
| <p>Art. L. 3814-1. – L'article L. 3221-5 n'est pas applicable à Mayotte.</p> | <p>Article 12</p> <p>I. – L'article L. 3814-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Les dispositions du titre I^{er} du livre II de la présente partie sont applicables à Mayotte ».</p> | <p>Article 12</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> |
| <p>Art. L. 3814-2. – Ne s'appliquent pas à Mayotte, les mots :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « et à la commission prévue à l'article L. 3222-5 » à l'article L. 3212-4; - « ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et » à l'article L. 3212-7 ; - « la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 » à l'article L. 3212-8; - « 7° la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 » à l'article L. 3212-9; - « ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 » aux articles L. 3212-10 et L. 3213-7 ; - « et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 » aux articles L. 3212-1 et L. 3212-3 ; | <p>II. – Les articles L. 3814-2 à L. 3814-7 du même code sont abrogés.</p> | <p>Amendement AS 294</p> |

Dispositions en vigueur

- « ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 » à l'article L. 3213-4.

Art. L. 3814-3. – Pour l'application de l'article L. 3221-3 à Mayotte, les mots : « régionale » sont supprimés et les mots : « des établissements et services sociaux et médico-sociaux » sont remplacés par les mots : « des services sociaux ».

Art. L. 3814-5. – L'article L. 3222-5 applicable à Mayotte est ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-5. – Sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4, une commission territoriale des hospitalisations psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. »

Art. L. 3814-6. – L'article L. 3223-1 applicable à Mayotte est ainsi rédigé :

« Art. L. 3223-1. – La commission prévue à l'article L. 3222-5 :

1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I^{er} du livre II de la présente partie, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;

2° Établit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence mentionnées aux articles L. 3212-3 et L. 3213-2 ainsi qu'un rapport de son activité qu'elle transmet au représentant de l'État et au procureur de la République ;

3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;

4° Saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'État ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;

5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, reçoit les

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

Dispositions en vigueur

réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;

6° Peut proposer au président du tribunal supérieur d'appel de Mamoudzou d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L. 3211-12, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L. 3222-1.

Les personnels des établissements hospitaliers sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions ».

Art. L.3814-7. – L'article L. 3223-2 applicable à Mayotte est ainsi rédigé :

« Art. L. 3223-2. – Cette commission se compose :

1° D'un psychiatre ou à défaut d'un médecin ayant des connaissances et une pratique en psychiatrie désigné par le procureur général près le tribunal supérieur d'appel ;

2° D'un magistrat désigné par le président du tribunal supérieur d'appel ;

3° De deux représentants d'associations agréées de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, ou, à défaut, de deux personnalités qualifiées, désignées par le représentant de l'État ;

4° D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État.

Les membres de la commission ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situation leur a été présentée. Sous réserve des 2° et 4° de l'article L. 223-1, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|--|
| <p>La commission désigne, en son sein, son président dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de l'outre-mer et de la santé. »</p> | <p>Article 13</p> | <p>Article 13</p> |
| <p>Art. L. 3824-1. – I. – À la suite d'une demande d'hospitalisation présentée, dans les conditions prévues à l'article L. 3212-1, par un membre de la famille d'une personne dont les troubles rendent impossible le consentement et dont l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ou par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celle-ci, l'administrateur supérieur prend, en vue de l'hospitalisation du malade, un arrêté de transfert sanitaire de celui-ci à destination d'un établissement situé en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie française et habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation localement applicable.</p> | <p>I. – L'article L. 3824-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« I. – Lorsqu'une demande d'admission en soins psychiatriques sans le consentement de la personne malade a été présentée dans les conditions prévues au 1° du II de l'article L. 3212-1* ou lorsqu'un péril imminent pour la santé de la personne malade a été constaté dans les conditions prévues au 2° du II du même article, le représentant de l'État prend, en vue de l'admission en soins psychiatriques du malade, un arrêté de transfert sanitaire de celui-ci à destination d'un établissement situé en Nouvelle-Calédonie ou en Polynésie française et habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation localement applicable. » ;</p> | <p>« I. – Lorsqu'une ...</p> |
| <p>II. – De même, l'administrateur supérieur prend un arrêté de transfert sanitaire à l'égard d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent sa sûreté ou celle des autres personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.</p> | <p>2° Au III, le mot : « constante » sont remplacés par les mots : « constante ou régulière ».</p> | <p>... psychiatriques <i>de la personne malade</i>, un arrêté de transfert sanitaire de <i>celle-ci</i> à destination...</p> |
| <p>III. – L'arrêté de transfert sanitaire est motivé au regard du ou des certificats médicaux circonstanciés constatant l'existence chez l'intéressé de troubles mentaux nécessitant des soins assortis d'une surveillance constante dans un établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux. En outre, il est, le cas échéant, motivé au regard du procès-verbal dressé par les autorités de police établissant le risque d'atteinte à la sûreté des personnes et à l'ordre public.</p> | | <p>... applicable. » ;</p> |
| | | <p>Amendement AS 295</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|--|---|---|
| <p>Art. L. 3824-5. – I. – Dans le cas où l'arrêté de transfert sanitaire a été pris sur le fondement du I de l'article L. 3824-1, le haut-commissaire achemine l'intéressé, dès son arrivée sur le territoire de la collectivité d'accueil, vers un établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux et la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers est alors mise en œuvre selon la réglementation applicable localement.</p> | <p>II. – L'article L. 3824-5 du même code est ainsi modifié :</p> | |
| <p>II. – Dans le cas où l'arrêté de transfert sanitaire a été pris sur le fondement du II de l'article L. 3824-1, le haut-commissaire apprécie s'il y a lieu de mettre en œuvre la procédure d'hospitalisation d'office selon la réglementation applicable localement.</p> | <p>1° Au I, les mots : « la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers » sont remplacés par les mots : « la procédure de soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent » ;</p> | |
| <p>Art. L. 3824-6. – I. – Lorsqu'il est mis fin à l'hospitalisation effectuée à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil en avise l'administrateur supérieur de Wallis-et-Futuna, la famille de l'intéressé ainsi que l'auteur de la demande.</p> | <p>2° Au II, les mots : « procédure d'hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « procédure d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État ».</p> | |
| <p>II. – Lorsque le représentant de l'État dans la collectivité d'accueil s'abstient de prendre une mesure d'hospitalisation d'office ou met fin à une telle mesure, il en avise l'administrateur supérieur des îles Wallis et Futuna et la famille de l'intéressé.</p> | <p>III. – L'article L. 3824-6 du même code est ainsi modifié :</p> | <p>... L. 3212-1* dans sa rédaction issue de la loi ...</p> |
| <p>III. – L'administrateur supérieur prend, dans les vingt-quatre heures, avec l'accord préalable de la personne intéressée, un arrêté relatif aux modalités de retour de celle-ci sur le territoire des îles Wallis et</p> | <p>1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :</p> | |
| | <p>« I. – Lorsqu'il est mis fin à la mesure de soins psychiatriques décidée en application du 1° ou du 2° du II de l'article L. 3212-1* dans sa version applicable à la date d'entrée en vigueur de la loi n° du _____, le directeur de l'établissement d'accueil en avise l'administrateur supérieur de Wallis-et-Futuna, la famille de l'intéressé ainsi que, le cas échéant, l'auteur de la demande. » ;</p> | |
| | <p>2° Au II, les mots : « mesure d'hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « mesure d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État ».</p> | |

Amendement AS 296

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Texte adopté par la Commission |
|---|---|--------------------------------|
| <p>Futuna, dans les conditions prévues par le présent chapitre.</p> | <p style="text-align: center;">TITRE V</p> <p style="text-align: center;">Dispositions transitoires</p> <p style="text-align: center;">Article 14</p> <p>I. – Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur au 1^{er} août 2011 sous réserve des dispositions du présent article.</p> <p>II. – Le 1^o du I de l'article L. 3211-12-1 est applicable aux décisions d'admission en soins sans consentement prises à compter du 1^{er} août 2011.</p> <p>III. – Le juge des libertés et de la détention se prononce, dans les conditions prévues aux articles L. 3211-12-1* à L. 3211-12-5* du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de la présente loi, sur le maintien en hospitalisation complète des personnes faisant l'objet, au 1^{er} août 2011, de soins sans consentement en application de décisions d'admission prises avant cette date. Il statue :</p> <p>a) Avant l'expiration d'un délai de quinze jours faisant suite à la décision d'admission, lorsque celle-ci est intervenue entre le 23 juillet 2011 et le 31 juillet 2011 ;</p> <p>b) Avant la plus prochaine des échéances successives de six mois faisant suite à la décision d'admission ou à la décision judiciaire prononçant l'hospitalisation sans consentement en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale* ou, le cas échéant, à la décision du juge des libertés et de la détention statuant sur cette mesure, lorsque la décision d'admission initiale est antérieure au 23 juillet 2011.</p> | |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par la Commission

Pour l'application du présent III, le juge est saisi, respectivement, par le directeur de l'établissement d'accueil ou par le représentant de l'État dans le département, au plus tard six jours avant l'expiration du délai dans lequel il statue, dans les conditions prévues au II de l'article L. 3211-12-1* précité. Lorsque l'hospitalisation complète est maintenue après la décision du juge prononcée en application des alinéas précédents, cette décision est assimilée à une décision rendue sur le fondement de l'article L. 3211-12-1* pour l'application du 3° du I du même article.

IV. – Les personnes bénéficiant au 1^{er} août 2011 de sorties d'essai décidées en application des dispositions de l'article L. 3211-11* du code de la santé publique dans leur rédaction en vigueur antérieurement à la présente loi, sont réputées, après cette date et jusqu'à l'échéance fixée par la décision autorisant la sortie d'essai, faire l'objet de soins sans consentement en application des dispositions du 2° de l'article L. 3211-2-1* de la présente loi. À l'issue de chacune de ces sorties d'essai et au vu d'un certificat médical ou, à défaut, d'un avis médical, établi par un psychiatre dans un délai de soixante-douze heures, le directeur de l'établissement, pour les personnes ayant été hospitalisées sur demande de tiers, ou le représentant de l'État dans le département ou à Paris le préfet de police, pour les personnes ayant été hospitalisées d'office, décide de la forme de la prise en charge de la personne malade en application de l'article L. 3211-2-1* du code de la santé publique dans sa rédaction résultant de la présente loi.

V. – Les dispositions du présent article sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Pour leur application dans ces territoires, les références au représentant de l'État dans le département ou au préfet de police sont remplacées par la référence au Haut-commissaire de la République.

ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

Code de la santé publique 262

| | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| L. 1111-7 | Cf. Article 7 |
| L. 1112-3 | Cf. Article 7 |
| L. 3211-1 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-2 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-2-1 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-2-2 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-3 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-9 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-11 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-12 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-12-1 à L. 3211-12-5 | Cf. Article 1 ^{er} |
| L. 3211-13 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 3212-1 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-3 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-4 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-5 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-7 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-8 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-9 | Cf. Article 2 |
| L. 3212-11 | Cf. Article 2 |

| | |
|-----------------------|----------------------|
| L. 3212-12 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 3213-1 | Cf. Article 3 |
| L. 3213-2 | Cf. Article 3 |
| L. 3213-3 à L. 3213-5 | Cf. Article 3 |
| L. 3213-5-1 | Cf. Article 3 |
| L. 3213-6 | Cf. Article 3 |
| L. 3213-7 | Cf. Article 3 |
| L. 3213-8 | Cf. Article 3 |
| L. 3214-1 | Cf. Article 4 |
| L. 3214-2 | Cf. Article 4 |
| L. 3214-3 | Cf. Article 4 |
| L. 3214-5 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 3215-1 | Cf. Article 5 |
| L. 3215-2 | Cf. Article 5 |
| L. 3215-4 | Cf. Article 5 |
| L. 3222-1 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 3222-2 à L. 3222-5 | Cf. Article 6 |
| L. 3222-6 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 3223-1 | Cf. Article 6 |
| L. 3223-2 | Cf. Article 6 |
| L. 6312-1 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 6312-2 | <i>Voir ci-après</i> |
| L. 6312-5 | <i>Voir ci-après</i> |

Code civil 263

| | |
|-----|----------------------|
| 425 | <i>Voir ci-après</i> |
| 440 | <i>Voir ci-après</i> |
| 490 | <i>Voir ci-après</i> |

Code de l'organisation judiciaire

| | |
|-----------|-----------------------------|
| L. 111-12 | Cf. Article 1 ^{er} |
|-----------|-----------------------------|

Code pénal 263

| | |
|--------|----------------------|
| 226-13 | <i>Voir ci-après</i> |
| 226-14 | <i>Voir ci-après</i> |

Code de procédure pénale

| | |
|---------|---------------|
| 706-135 | Cf. Article 8 |
|---------|---------------|

Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007 264

| | |
|--------|----------------------|
| Art. 6 | <i>Voir ci-après</i> |
|--------|----------------------|

Code de la santé publique

Art. L. 3211-13. – Les modalités d’application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d’État.

Art. L. 3212-12. – Les modalités d’application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d’État.

Art. L. 3214-5. – Les modalités de garde, d’escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d’État.

Art. L. 3222-1. – Dans chaque département, le directeur général de l’agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l’État dans le département, un ou plusieurs établissements chargés d’assurer la mission de service public définie au 11° de l’article L. 6112-1.

Art. L. 3222-6. – Les modalités d’application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d’État.

Art. L. 6312-1. – Constitue un transport sanitaire, tout transport d’une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d’urgence médicale, effectué à l’aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l’aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu’à l’établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements.

Les transports des personnels de défense effectués à l’aide des moyens propres aux armées ne constituent pas des transports sanitaires.

Art. L. 6312-2. – Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le directeur général de l’agence régionale de santé. Le refus d’agrément doit être motivé.

Art. L. 6312-5. – Sont déterminées par décret en Conseil d’État :

– les conditions d’agrément de toute personne effectuant un transport sanitaire prévu à l’article L. 6312-2 ;

– les conditions dans lesquelles le nombre théorique de véhicules mentionné à l’article L. 6312-4 est fixé, ainsi que les conditions de délivrance, de transfert et de retrait des autorisations de mise en service, notamment au regard de l’agrément ;

– les catégories de moyens de transport affectés aux transports sanitaires ;

– les catégories de personnes habilitées à effectuer des transports sanitaires, leurs missions respectives ainsi que la qualification et la composition des équipages ;

– les modalités de délivrance par l’agence régionale de santé aux personnes mentionnées à l’article L. 6312-2 de l’agrément pour effectuer des transports sanitaires ainsi que les modalités de son retrait ;

– les obligations de ces personnes à l’égard du service de garde organisé par l’agence régionale de santé et à l’égard des centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l’article L. 6112-5 ;

– les conditions dans lesquelles l’agence régionale de santé organise la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

Code civil

Art. 425. – Toute personne dans l’impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d’une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l’expression de sa volonté peut bénéficier d’une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre.

S’il n’en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l’une de ces deux missions.

Art. 440. – La personne qui, sans être hors d’état d’agir elle-même, a besoin, pour l’une des causes prévues à l’article 425, d’être assistée ou contrôlée d’une manière continue dans les actes importants de la vie civile peut être placée en curatelle.

La curatelle n’est prononcée que s’il est établi que la sauvegarde de justice ne peut assurer une protection suffisante.

La personne qui, pour l’une des causes prévues à l’article 425, doit être représentée d’une manière continue dans les actes de la vie civile, peut être placée en tutelle.

La tutelle n’est prononcée que s’il est établi que ni la sauvegarde de justice, ni la curatelle ne peuvent assurer une protection suffisante.

Art 490 – Par dérogation à l’article 1988, le mandat, même conçu en termes généraux, inclut tous les actes patrimoniaux que le tuteur a le pouvoir d’accomplir seul ou avec une autorisation.

Toutefois, le mandataire ne peut accomplir un acte de disposition à titre gratuit qu’avec l’autorisation du juge des tutelles

Code pénal

Art. 226-13 – La révélation d’une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d’une fonction ou d’une mission temporaire, est punie d’un an d’emprisonnement et de 15 000 euros d’amende.

Art. 226-14. – L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007

Art. 6. – Toute personne physique, ainsi que toute personne morale s'étant donné pour objet le respect des droits fondamentaux, peuvent porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté est saisi par le Premier ministre, les membres du Gouvernement, les membres du Parlement, le Médiateur de la République, le Défenseur des enfants, le président de la Commission nationale de déontologie de la sécurité et le président de la Haute Autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité. Il peut aussi se saisir de sa propre initiative.

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

Amendement n° AS 1 présenté par M. Jean-Luc Prével

Titre

Rédiger ainsi le titre du projet de loi :

« Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes qui requièrent des soins psychiatriques et aux modalités d'organisation de leur prise en charge et de leur accompagnement. »

Amendement n° AS 2 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 1^{er}

Rédiger ainsi l'alinéa 3 :

« 2° Le chapitre 1^{er} du titre 1^{er} est intitulé : « Droits des personnes qui requièrent des soins psychiatriques ». »

Amendement n° AS 3 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 1^{er}

Après l'alinéa 12, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsqu'un patient bénéficiant de soins sans consentement sous la forme prévue au 2° ci-dessus ne respecte pas les séquences de soins programmées dans le protocole de soins, le psychiatre qui suit le patient ou le responsable médical de l'unité, saisit le directeur de l'établissement. Le directeur informe, sans délais, les autorités départementales compétentes et met en œuvre avec elles les dispositions établies dans le cadre d'un protocole élaboré dans chaque département. Ce protocole associe les établissements de santé habilités à recevoir des personnes qui requièrent des soins sans consentement, la direction territoriale ou départementale de la sécurité publique ainsi que le service départemental d'incendie et de secours comme les représentants des entreprises de transports sanitaires dans le département. Ce protocole définit les conditions d'intervention et d'accompagnement partagés entre les professionnels de santé et les professionnels de la sécurité publique et les transporteurs sanitaires, et si nécessaire, au domicile du patient. »

Amendement n° AS 4 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 1^{er}

À l'alinéa 58, substituer aux mots : « le juge des libertés et de la détention », les mots : « le président du tribunal ou son délégué ».

Amendement n° AS 5 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 1^{er}

I. – Substituer à l’alinéa 45 l’alinéa suivant :

« 3° Un médecin désigné conjointement par le directeur de l’établissement et le président de la commission médicale d’établissement ou de la conférence médicale d’établissement pour les établissements de santé privés d’intérêt collectif. Ce médecin peut être le président de ladite commission ou conférence, le cas échéant » ;

II. – À l’alinéa 46, après les mots « Conseil d’État », insérer les mots : « sachant que le collège peut recueillir tous les avis qu’il estime appropriés pour l’exercice de sa mission ».

Amendement n° AS 6 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 1^{er}

Après l’alinéa 6, insérer l’alinéa suivant :

« 8° Le directeur de l’établissement de santé chaque fois qu’il constate un désaccord entre les certificats médicaux établis au titre du présent projet de loi, ou encore de l’avis établi par le collègue visé au II de l’article L. 3211-9, d’une part, et les décisions prises par le représentant de l’État au titre des compétences conférées par le présent projet de loi, d’autre part. »

Amendement n° AS 7 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 1^{er}

I. – À l’alinéa 86, après les mots : « peut décider que l’audience se déroule », insérer les mots : « au sein de l’établissement de santé ou » ;

II. – Compléter cet alinéa par la phrase suivante :

« Un protocole est établi entre les établissements de santé et les juridictions concernées pour définir les conditions de choix et d’aménagement des dispositions les plus appropriées. »

Amendement n° AS 8 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 2

Après l’alinéa 14, insérer l’alinéa suivant :

« Dans certaines zones géographiques et en fonction des effectifs médicaux disponibles, un décret en Conseil d’État publié dans les deux mois à compter de la promulgation de la présente loi, détermine 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. »

Amendement n° AS 9 présenté par M. Jean-Luc Prével, modifié à l'initiative de M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Avant les mots : « sur la base », rédiger ainsi le début de l'alinéa 22 : « Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier... *(le reste sans changement)*. »

Amendement n° AS 10 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 3

Après l'alinéa 25, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsque les certificats ou avis médicaux mentionnés aux I et II et la décision du représentant de l'État dans le département sont divergentes, le directeur de l'établissement saisit sans délai le juge des libertés et de la détention ou le président du tribunal ou son délégué. »

Amendement n° AS 11 présenté par M. Jean-Luc Prével

Article 6

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« 1°A Le premier alinéa de l'article L. 3222-1 est complété par l'alinéa suivant :

« Seuls les établissements de santé participant à la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L. 3221-4 du code de la santé publique, ou disposant d'une convention avec les établissements participant à la sectorisation psychiatrique selon l'article L. 3221-4 du même code peuvent être autorisés à assurer la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et être habilités à délivrer des soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète ou en ambulatoire. La convention établie est conclue entre l'établissement de santé ne participant pas à la sectorisation psychiatrique selon les conditions définies à l'article L. 3221-4 du code de la santé publique et l'établissement de santé qui en est chargé pour le territoire d'implantation de l'établissement non participant. La convention définit les aires géographiques d'intervention commune ainsi que les modalités d'organisation et de coordination entre les professionnels des deux établissements de santé. Cette convention est soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé. »

Amendement n° AS 12 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 13 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Après l'alinéa 6, insérer l'alinéa suivant :

« c) après les mots « soins psychiatriques », sont insérés les mots : « ou une personne de confiance qu'elle a préalablement désignée ou ». »

Amendement n° AS 14 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau, modifié à l'initiative de M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« L'article L. 3211-2 est complété par l'alinéa suivant :

« Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état du patient le permet. »

Amendement n° AS 15 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Rédiger ainsi l'alinéa 9 :

« En cas d'existence avérée d'une nécessité de soin, de refus de soin intraitable de la part du patient et d'absence de tout autre possibilité de soins adaptés, une personne peut faire l'objet de soins sans son consentement. Elle est alors prise en charge : ».

Amendement n° AS 16 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 11, supprimer les mots : « , pouvant comporter des soins à domicile, »

Amendement n° AS 17 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Rédiger ainsi l'alinéa 14 :

« Art. L. 3211-2-2. – Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement en application des dispositions des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

Pendant cette période, aucun soin ne peut être administré sans le consentement du patient, sauf en cas d'existence avérée d'une nécessité de soins, de refus de soins intraitable de la part du patient et d'absence de toute autre possibilité de soins adaptés. »

Amendement n° AS 18 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 25, après les mots : « définissant la forme de prise en charge en application des articles », insérer les références : « L. 3211-2-1, L. 3211-2-2, L. 3211-11 ».

Amendement n° AS 19 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 25, substituer aux mots : « est, dans la mesure où son état le permet, informée », les mots : « et sa famille ou une personne de confiance préalablement désignée, sont informés ».

Amendement n° AS 20 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 26, substituer aux mots : « est informée », les mots : « et sa famille ou une personne de confiance préalablement désignée, sont informés ».

Amendement n° AS 21 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 27, substituer aux mots : « Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état » les mots : « Dès l'admission ».

Amendement n° AS 22 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 28, supprimer les mots : « ou aussitôt que son état le permet, »

Amendement n° AS 23 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Rédiger ainsi l'alinéa 29 :

« L'avis de cette personne, de sa famille ou de la personne de confiance préalablement désignée est recherché et pris en considération ».

Amendement n° AS 24 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

I. – À l'alinéa 42, substituer aux mots : « convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : », les mots : « fait appel à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 43 à 46.

Amendement n° AS 25 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Compléter l'alinéa 50 par la phrase suivante : « L'avis de cette personne, de sa famille ou de la personne de confiance préalablement désignée est recherché et pris en considération. »

Amendement n° AS 26 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Supprimer l'alinéa 53.

Amendement n° AS 27 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Supprimer les alinéas 55 et 56.

Amendement n° AS 28 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Compléter l'alinéa 60 par ces mots : « ou son avocat ».

Amendement n° AS 29 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Après l'alinéa 66, insérer l'alinéa suivant :

« 8° Une personne de confiance désignée préalablement par le patient. »

Amendement n° AS 30 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 68, substituer aux mots : « du collège mentionné à l'article L. 3211-9 », les mots : « de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

Amendement n° AS 31 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 68, substituer aux mots : « du collège mentionné à l'article L. 3211-9 », les mots : « de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

Amendement n° AS 32 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

I. – Supprimer l'alinéa 71.

II. – En conséquence, supprimer l'alinéa 72.

Amendement n° AS 33 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Après l'alinéa 73, insérer l'alinéa suivant :

« 1°A À l'issue du délai de soixante-douze heures prévu par l'article L. 3211-2-2 ;»

Amendement n° AS 34 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 79, substituer aux mots : « du collège mentionné à l'article L. 3211-9 », les mots : « de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

Amendement n° AS 35 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

Supprimer l'alinéa 81.

Amendement n° AS 36 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 83, substituer aux mots : « de la défense », les mots : « du patient ».

Amendement n° AS 37 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 86, substituer aux mots : « absence d'opposition », le mot : « accord ».

Amendement n° AS 38 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 88, substituer aux mots : « bref délai », les mots : « dans les vingt-quatre heures ».

Amendement n° AS 39 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 1^{er}

À l'alinéa 89, substituer aux mots : « du directeur de l'établissement lorsque la personne est hospitalisée en application du chapitre II du présent titre », les mots : « des personnes à l'origine de la demande d'hospitalisation, citées dans le 1° du II de l'article L. 3212-1, ou du directeur de l'établissement lorsque la personne est hospitalisée en application du 2° du II du même article, ».

Amendement n° AS 40 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 41 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

I. – Rédiger ainsi l’alinéa 4 :

« *Art. L. 3212-1.* – I. – Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l’objet de soins sans son consentement mentionné à l’article L. 3211-2-1 sur la décision du directeur d’un établissement mentionné à l’article L. 3222-1 qu’en cas d’existence avérée d’une nécessité de soins, de refus de soins intraitable de la part du patient et d’absence de toute autre possibilité de soins adaptés.

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 5 et 6 et, à l’alinéa 10, substituer aux mots : « les 1° et 2° du », le mot : « le ».

Amendement n° AS 42 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

À l’alinéa 13, après les mots : « l’admission en soins », insérer les mots : « ou, en l’absence de toute relation connue, la commission mentionnée à l’article L. 3222-5. ».

Amendement n° AS 43 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

À l’alinéa 24, après les mots : « dans le département », insérer les mots « , le juge des libertés et de la détention ».

Amendement n° AS 44 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

À l’alinéa 28, après les mots : « le directeur de l’établissement informe », insérer les mots : « le patient et ».

Amendement n° AS 46 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

I. – À l’alinéa 33, substituer aux mots : « le collègue mentionné à l’article L. 3211-9 », les mots : « la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l’article L. 3222-5 ».

II. – En conséquence, au même alinéa, substituer aux mots « ce collègue », les mots : « cette commission » et substituer aux mots « le collègue », les mots « la commission ».

Amendement n° AS 47 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

À l’alinéa 35, après les mots « dans le département », insérer les mots : « , le juge des libertés et de la détention ».

Amendement n° AS 48 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

Rédiger ainsi l’alinéa 40 :

« Le juge des libertés et de la détention ou le représentant de l’État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, ordonnent la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies. »

Amendement n° AS 49 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

À l’alinéa 40, substituer aux mots : « peut ordonner », le mot : « ordonne ».

Amendement n° AS 50 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 2

À l’alinéa 46, supprimer les mots : « ou portent atteinte, de façon grave, à l’ordre public, ».

Amendement n° AS 51 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 52 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 11, après les mots : « dans le département », insérer les mots : « , le juge des libertés et de la détention ».

Amendement n° AS 53 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 15, supprimer les mots : « et à l'ordre public ».

Amendement n° AS 54 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 17, substituer aux mots : « du collège mentionné à l'article L. 3211-9 », les mots : « de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

Amendement n° AS 55 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 23, après les mots : « dans le département », insérer les mots : « , le juge des libertés et de la détention ».

Amendement n° AS 56 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 24, après les mots : « dans le département », insérer les mots : « , le juge des libertés et de la détention ».

Amendement n° AS 57 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 25, supprimer les mots : « et à l'ordre public ».

Amendement n° AS 58 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 25, substituer aux mots : « décider de modifier la forme de la prise en charge du patient », les mots : « peut demander au psychiatre en charge du patient de modifier la forme de sa prise en charge ».

Amendement n° AS 59 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

À l'alinéa 36, supprimer les mots : « ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public ».

Amendement n° AS 60 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 39 :

« *Art. L. 3213-8* – Il ne peut être mis fin à la mesure de soins sans consentement que sur décision du juge des libertés et de la détention, sur demande du représentant de l'État ou des personnes mentionnées à l'article L. 3211-12. Pour statuer, le juge des libertés et de la détention peut recueillir l'avis de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

II. – En conséquence, supprimer l'alinéa 42.

Amendement n° AS 61 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 3

Rédiger ainsi les alinéas 43 à 50 :

« 9° L'article L. 3213-9 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3213-9*. – Le juge des libertés et de la détention avise dans les vingt-quatre heures de toute décision de soins sans consentement sur décision de l'autorité publique ou sur décision de justice, de tout renouvellement et de toute levée, ainsi que de toute décision définissant la prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète :

« 1° Le représentant de l'État dans le département ;

« 2° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement et le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel le malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

« 3° Le maire de la commune où est implanté l'établissement et le maire de la commune où le malade a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour ;

« 4° La commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

« 5° La famille de la personne qui fait l'objet de soins sans consentement ;

« 6° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.

« 7° Le cas échéant, la personne de confiance désignée préalablement. »

Amendement n° AS 62 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 6

À l'alinéa 19, après le mot : « besoin », insérer les mots : « le juge des libertés et de la détention ».

Amendement n° AS 63 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau, modifié à l'initiative de M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 21, après le mot : « Conseil d'État », insérer les mots : « , au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort ».

Amendement n° AS 64 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 6

À l'alinéa 24, après le mot : « d'information », insérer les mots : « et à toutes convocations ».

Amendement n° AS 65 présenté par Mmes Jacqueline Fraysse, Martine Billard, MM. Maxime Gremetz et Roland Muzeau

Article 6

Compléter l'alinéa 24, par la phrase suivante :

« Tout refus de répondre aux injonctions de la commission entraîne des sanctions définies en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 66 présenté par M. Serge Blisko et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 1^{er}

Compléter l'alinéa 12, par la phrase suivante :

« Ce protocole de soins est établi dès le choix de la forme de la prise en charge durant le délai de soixante-douze heures, il est révisable par le psychiatre en charge du suivi de la personne pour que les soins et leurs réalisations soient le mieux adaptés possible à l'état de la personne. »

Amendement n° AS 67 présenté par M. Serge Blisko et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 1^{er}

À l'alinéa 45, substituer aux mots : « un psychiatre », les mots : « deux psychiatres ».

Amendement n° AS 68 présenté par M. Serge Blisko et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 1^{er}

Supprimer l'alinéa 45.

Amendement n° AS 69 présenté par M. Serge Blisko et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Article 1^{er}

Supprimer les alinéas 89 et 90.

Amendement n° AS 70 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 2, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 71 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 5, après le mot : « troubles », insérer le mot : « mentaux ».

Amendement n° AS 72 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 6, après le mot : « état », insérer le mot : « mental ».

Amendement n° AS 73 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Après le mot : « assortis », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 6 : « soit d’une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d’une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l’article L. 3211-2-1. »

Amendement n° AS 74 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l’alinéa 7, substituer aux mots : « d’établissement », les mots : « de l’établissement ».

Amendement n° AS 75 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Compléter l’alinéa 8 par la phrase suivante :

« Lorsqu’il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d’un majeur protégé peut, à titre personnel, faire une demande de soins pour celui-ci sans préjudice des missions qu’il exerce en application du titre XI du livre I^{er} du code civil au titre de sa protection juridique. »

Amendement n° AS 76 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Après le mot : « prévues », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 10 : « aux 1° et 2° du I sont réunies. »

Amendement n° AS 77 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la première phrase de l’alinéa 11, substituer aux mots : « à soigner », le mot : « malade ».

Amendement n° AS 78 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la première phrase de l’alinéa 11, substituer aux mots : « particularités », les mots : « caractéristiques ».

Amendement n° AS 79 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la deuxième phrase de l’alinéa 11, substituer au mot : « deuxième », le mot : « second ».

Amendement n° AS 80 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la dernière phrase de l'alinéa 11, substituer aux mots : « des directeurs des établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 », les mots : « du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission ».

Amendement n° AS 81 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Au début de l'alinéa 12, substituer aux mots : « lorsqu'il », les mots : « lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il ».

Amendement n° AS 82 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Après le mot : « prévues », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 12 : « au troisième alinéa du même 1° du présent II. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins sans consentement. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement prenant en charge la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement, ni avec la personne malade. »

Amendement n° AS 83 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Au début de l'alinéa 13, après les mots : « de l'établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 84 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

I. – À l'alinéa 13, substituer au mot : « le malade », les mots : « la personne malade ».

II. – En conséquence, à la fin de l'alinéa, substituer au mot : « celui-ci », le mot : « celle-ci ».

Amendement n° AS 85 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Après le mot : « celui-ci », supprimer la fin de l'alinéa 13.

Amendement n° AS 86 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 14, substituer aux mots : « 2° du présent II », les mots : « présent 2° ».

Amendement n° AS 87 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la première phrase de l'alinéa 16, après les mots : « l'établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 88 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la deuxième phrase de l'alinéa 16, substituer aux mots : « à ces dispositions », les mots : « au même 1° ».

Amendement n° AS 89 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Substituer à l'alinéa 17 les deux alinéas suivants :

« 4° L'article L. 3212-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3212-3.* – En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer, à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques sans son consentement d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. »

Amendement n° AS 90 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 19, après le mot : « certificats », insérer le mot : « médicaux ».

Amendement n° AS 91 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 19, après les mots : « l'établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 92 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 20, après le mot : « certificats », insérer le mot : « médicaux ».

Amendement n° AS 93 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 20, substituer à la référence : « L. 3211-2-1 », la référence : « L. 3211-2-2 ».

Amendement n° AS 94 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 21, substituer aux mots : « d'établissement », les mots : « de l'établissement ».

Amendement n° AS 95 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 22, après le mot : « certificat », insérer le mot : « médical ».

Amendement n° AS 96 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 24, après les mots : « l'établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 97 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 24, après le mot : « département », insérer les mots : « ou, à Paris, le préfet de police, ».

Amendement n° AS 98 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la première phrase de l'alinéa 24, après la seconde occurrence du mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 99 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la fin de la première phrase de l'alinéa 24, substituer aux mots : « le certificat médical d'admission et le », les mots : « une copie du certificat médical d'admission et du ».

Amendement n° AS 100 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 25, après les mots : « l'établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 101 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 25, substituer au mot : « domicile », les mots : « résidence habituelle ou lieu de séjour ».

Amendement n° AS 102 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la première phrase de l'alinéa 25, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 103 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 26, substituer au mot : « du », le mot : « le ».

Amendement n° AS 104 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 26, avant le mot : « soins », substituer au mot : « des », le mot : « de ».

Amendement n° AS 105 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 28, après la référence : « I° », insérer le mot et la référence : « du II ».

Amendement n° AS 106 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 28, après les mots : « l'établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 107 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

I. – Après le mot : « nécessaires », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 31 : « . Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical. »

II. – En conséquence, insérer au début de l'alinéa 32 la phrase suivante : « Au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné au premier alinéa, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. »

Amendement n° AS 108 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la première phrase de l'alinéa 33, après le mot : « état », insérer le mot : « mental ».

Amendement n° AS 109 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À la fin de l'alinéa 33, avant les mots : « avis », substituer au mot : « l' », le mot : « son ».

Amendement n° AS 110 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 34, substituer aux mots : « , des avis », les mots : « médicaux, des avis médicaux ».

Amendement n° AS 111 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Après la première occurrence du mot : « article », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 35 : « et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. » ;

Amendement n° AS 112 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Compléter l’alinéa 35 par la phrase suivante :

« Une copie du certificat médical mentionné au premier alinéa du présent article est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l’établissement d’accueil. »

Amendement n° AS 113 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

I. – Après les mots : « « justifié les soins » », supprimer la fin de l’alinéa 37.

II. – En conséquence, avant la pénultième occurrence des mots : « les mots », insérer le mot : « et ».

Amendement n° AS 114 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l’alinéa 38, substituer au mot : « et », les mots : « , la seconde référence du mot : « à » est remplacé par la référence : « au II de » et ».

Amendement n° AS 115 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l’alinéa 42, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 116 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l’alinéa 45, substituer aux mots : « l’hypothèse mentionnée », les mots : « le cas mentionné ».

Amendement n° AS 117 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Rédiger ainsi l’alinéa 46 :

« Dans le même cas, lorsqu’un certificat médical établi par un psychiatre de l’établissement d’accueil datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l’état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave à l’ordre public, le directeur de l’établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l’État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l’article L. 3213-6. »

Amendement n° AS 118 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Substituer aux alinéas 47 à 50 l'alinéa suivant : « 11° L'article L. 3212-10 est abrogé ».

Amendement n° AS 119 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 52, après le mot : « alinéa », insérer les mots :

« après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « mentionné à l'article L. 3222-1 »
et ».

Amendement n° AS 120 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

A l'alinéa 54, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 121 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

Substituer aux alinéas 58 à 63 les six alinéas suivants :

« f) Les 6° à 8° sont ainsi rédigés :

« 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;

« 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;

« 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques sans consentement autres que celles mentionnées au 7° ;

« i) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement en application du chapitre III du présent titre. »

Amendement n° AS 122 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

À l'alinéa 2, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 123 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Rédiger ainsi l'alinéa 6 :

« - à la première phrase, les mots : « À Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'État prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques sans leur consentement » ; »

Amendement n° AS 124 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 7, insérer l'alinéa suivant :

« - à la dernière phrase, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'admission en soins » ; »

Amendement n° AS 125 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 8, supprimer le mot « il » et substituer à la référence : « L. 3211-2 », la référence : « L. 3222-1 ».

Amendement n° AS 126 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Au début de l'alinéa 10, substituer aux mots : « que la personne malade », les mots : « qu'il ».

Amendement n° AS 127 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Après le mot : « participe », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 10 : « à sa prise en charge en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'État dans le département. ».

Amendement n° AS 128 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 11, substituer au mot : « immédiatement, », le mot : « sans délai ».

Amendement n° AS 129 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 13, substituer aux mots : « troisième et quatrième », les mots : « deux derniers ».

Amendement n° AS 130 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Au début de l'alinéa 15, après le mot : « jours », insérer le mot : « francs ».

Amendement n° AS 131 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 15, substituer aux mots : « certificat mentionné à l'alinéa précédent », les mots : « certificat médical mentionné au troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ».

Amendement n° AS 132 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 17, supprimer le mot : « toutefois ».

Amendement n° AS 133 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 19, supprimer les mots : « fait l'objet de soins sans son consentement en application de l'article L. 3213-1 et qu'elle ».

Amendement n° AS 134 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Avant les mots : « Les décisions », rédiger ainsi le début de l'alinéa 20 :

« III. – Les mesures provisoires, ... (*le reste sans changement*). »

Amendement n° AS 135 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Après la référence : « L. 3212-11 », supprimer la fin de l'alinéa 20.

Amendement n° AS 136 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Après l'alinéa 20, insérer l'alinéa suivant :

« 2° *bis* À la première phrase de l'article L. 3213-2, les mots : « d'hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « d'admission en soins psychiatriques sans consentement ».

Amendement n° AS 137 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la première phrase de l'alinéa 22, substituer à la deuxième occurrence du mot : « décision », le mot : « mesure ».

Amendement n° AS 139 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la première phrase de l'alinéa 22, avant le mot : « malade », substituer au mot : « le », les mots : « la personne ».

Amendement n° AS 140 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la première phrase de l'alinéa 22, après le mot : « établissement », insérer le mot : « d'accueil ».

Amendement n° AS 141 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Après le mot : « précisant », rédiger ainsi la fin de la première phrase de l'alinéa 22 : « les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. »

Amendement n° AS 142 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Substituer aux alinéas 23 et 24 l'alinéa suivant :

« II. – Les copies des certificats et avis médicaux prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. Une copie du certificat médical établi, en application du I du présent article, après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision mentionnée au I de l'article L. 3213-1 est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil. »

Amendement n° AS 143 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 25, après le mot : « avis », insérer le mot : « médicaux ».

Amendement n° AS 144 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 25, après le mot : « expertise », insérer le mot : « psychiatrique ».

Amendement n° AS 145 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 25, substituer aux mots : « du patient », les mots : « de la personne malade ».

Amendement n° AS 146 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la fin de l'alinéa 25, supprimer les mots : « des dispositions ».

Amendement n° AS 147 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la première phrase de l'alinéa 27, après le mot : « admission », insérer les mots : « en soins psychiatriques sans consentement ».

Amendement n° AS 148 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la première phrase de l'alinéa 27, substituer à la deuxième occurrence du mot : « décision », le mot : « mesure ».

Amendement n° AS 149 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la première phrase de l'alinéa 27, après les mots : « l'avis », insérer le mot : « médical ».

Amendement n° AS 150 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la fin de l'alinéa 27, substituer aux mots : « de six mois maximum », les mots : « maximales de six mois ».

Amendement n° AS 151 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 28, substituer aux mots : « à l'alinéa précédent, la mainlevée », les mots : « au premier alinéa, la levée ».

Amendement n° AS 152 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 29, avant le mot : « psychiatre », substituer au mot : « du », les mots : « d'un ».

Amendement n° AS 153 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 32, substituer aux mots : « la mesure de soins en application de l'article L. 3213-1 », les mots : « l'admission en soins psychiatriques sans consentement en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ».

Amendement n° AS 154 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Après le mot : « après », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 32 : « la réception du certificat médical ».

Amendement n° AS 155 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Compléter l'alinéa 32 par la phrase suivante : « Lorsqu'une expertise psychiatrique est ordonnée par le représentant de l'État en application de l'article L. 3213-5-1, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. »

Amendement n° AS 156 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 34, substituer aux mots : « en application de l'article L. 3213-1 ou » les mots : « prononcée en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre ou ordonnée ».

Amendement n° AS 157 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la dernière phrase l'alinéa 34, avant le mot : « malade », substituer au mot : « du », les mots : « de la personne ».

Amendement n° AS 158 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Substituer aux alinéas 36 et 37 l'alinéa suivant :

« *Art. L. 3213-6.* – Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement en application de l'article L. 3212-1 atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical, que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3213-1, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont alors établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la personne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical. »

Amendement n° AS 159 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Après l'alinéa 37, insérer l'alinéa suivant :

« 7° *bis* Au début de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 3213-7, les mots : « L'avis médical » sont remplacés par les mots : « Le certificat médical circonstancié ».

Amendement n° AS 160 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Avant les mots : « après avis », rédiger ainsi le début de l'alinéa 39 :

« *Art. L. 3213-8.* – Le représentant de l'État dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques sans consentement qu'après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ainsi qu'après... (*le reste sans changement*). »

Amendement n° AS 161 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l'alinéa 39, substituer aux mots : « de santé », le mot : « mental ».

Amendement n° AS 162 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la fin de l'alinéa 39, substituer au mot : « désignés », le mot : « choisis ».

Amendement n° AS 163 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Au début de l'alinéa 41, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 164 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Rédiger ainsi l'alinéa 42 :

« Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collège et les deux expertises mentionnés au premier alinéa doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le représentant de l'État prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collège et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 165 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Au début de l'alinéa 44, substituer aux mots : « décision d'admission en soins sans consentement sur décision de l'autorité publique », les mots : « admission en soins psychiatriques sans consentement prise en application du présent chapitre ».

Amendement n° AS 166 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

Au début de l'alinéa 44, substituer aux mots : « tout renouvellement », les mots : « toute décision de maintien ».

Amendement n° AS 167 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À la fin de l'alinéa 44, après le mot : « levée », insérer les mots : « de cette mesure ».

Amendement n° AS 168 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

I. – À l’alinéa 45, après les mots : « l’établissement », insérer les mots : « d’accueil de la personne malade ».

II. – En conséquence, substituer aux mots : « le malade », le mot : « celle-ci ».

Amendement n° AS 169 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l’alinéa 46, avant le mot : « malade », substituer au mot : « le », les mots : « la personne ».

Amendement n° AS 170 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l’alinéa 48, avant le mot : « consentement », insérer le mot : « son ».

Amendement n° AS 171 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l’alinéa 50, substituer aux mots : « alinéas précédents », les mots : « 1° à 5° ».

Amendement n° AS 172 présenté par M. Guy Lefrand

Article 3

À l’alinéa 50, substituer au mot : « définissant la », le mot : « de ».

Amendement n° AS 173 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À l’alinéa 2, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 174 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

Rédiger ainsi l’alinéa 4 :

« *Art. L. 3214-I.* – Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement ne peuvent l’être que sous la forme d’une hospitalisation complète. ».

Amendement n° AS 175 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À l'alinéa 5, après le mot : « santé », insérer les mots : « mentionné à l'article L. 3222-1, ».

Amendement n° AS 176 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À l'alinéa 6, substituer aux mots : « détenues mineures », les mots : « mineures détenues ».

Amendement n° AS 177 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

Compléter l'alinéa 6 par les mots : « en-dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II. »

Amendement n° AS 178 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À l'alinéa 8, substituer aux mots : « et les mots : « hospitalisée sans son consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins sans leur consentement en application du chapitre III du présent titre » », les mots : « sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins sans leur consentement en application de l'article L. 3214-3 ».

Amendement n° AS 179 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À l'alinéa 8, supprimer les mots : « et la référence à l'article L. 3211-9 est supprimée ».

Amendement n° AS 180 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

Au début de l'alinéa 10, substituer au mot : « à », les mots : « au II de ».

Amendement n° AS 181 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

Après le mot : « lequel », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 10 : « la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation ».

Amendement n° AS 182 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À la première phrase de l'alinéa 12, substituer aux mots : « du chapitre III du présent titre », les mots : « de l'article L. 3214-3 ».

Amendement n° AS 183 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À la première phrase de l'alinéa 12, substituer aux mots : « une sortie immédiate », les mots : « la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète ».

Amendement n° AS 184 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

À la fin de l'alinéa 12, substituer au mot : « visé », le mot : « mentionné ».

Amendement n° AS 185 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 14 :

« Le premier alinéa est ainsi modifié :

- après le mot : « hospitalier, le signe : « , » est supprimé ;

- les mots : « du département » sont remplacés par les mots : « dans le département » ;

- les mots : « son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visé à » sont remplacés par les mots : « son admission en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues au II de » ;

- est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le chapitre III est applicable aux personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement en application du présent article. » ;

II. – En conséquence, après le mot : « deuxième », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 15 : « et l'avant-dernier alinéa sont supprimés ».

Amendement n° AS 186 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 4

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 16 :

« c) Le troisième alinéa est ainsi rédigé : « Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques sans

consentement nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade et sont inscrits sur le registre prévu au III de l'article L. 3213-1. ».

II– En conséquence, après l'alinéa 16, insérer l'alinéa suivant :

« d) Le dernier alinéa est supprimé. »

Amendement n° AS 187 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Au début de l'alinéa 4, après le mot « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 188 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 4, substituer aux mots : « conformément aux », les mots : « en application des ».

Amendement n° AS 189 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Après la référence : « L. 3212-9 », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 4 : « ou L. 3213-4 ».

Amendement n° AS 190 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 5, avant le mot : « médecin », substituer au mot : « le », le mot : « tout ».

Amendement n° AS 191 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

À l'alinéa 8, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 192 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Après le mot « obtenu », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 8 : « la demande d'admission en soins sans consentement et les certificats prévus par le même 1° ; ».

Amendement n° AS 193 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

À la fin de l’alinéa 9, substituer aux mots : « ces dispositions », les mots : « le même 2° ».

Amendement n° AS 194 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Après la référence : « L. 3213-1 », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 11 : « et de l’article L. 3213-3 ; ».

Amendement n° AS 195 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Supprimer l’alinéa 13.

Amendement n° AS 196 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Avant le mot : « médecin », rédiger ainsi le début de l’alinéa 17 :

« *Art. L. 3215-4.* – Est puni de six mois d’emprisonnement et de 7500 euros d’amende, le fait pour un médecin... (*le reste sans changement*) ».

Amendement n° AS 197 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 5

Après la référence : « L. 3213-1 », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 17 : « et L. 3213-3 ».

Amendement n° AS 198 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l’alinéa 5, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 199 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Après la référence : « L. 3212-1 », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 5 : « ..., s’agissant des mesures prises en application du 1° du II de ce même article, le transport ne peut avoir lieu qu’après l’établissement du premier des deux certificats médicaux et la rédaction de la demande de soins prévus à ce même 1°, et, s’agissant des mesures prises en application du 2° du même II, il ne peut avoir lieu qu’après l’établissement du certificat médical prévu à ce même 2°. »

Amendement n° AS 200 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Après la deuxième occurrence de la référence : « L. 3212-1 » », supprimer la fin de l'alinéa 6.

Amendement n° AS 201 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Substituer à l'alinéa 10 les trois alinéas suivants :

« 4° L'article L. 3222-4 est ainsi modifié :

« a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué et par le maire de la commune ou son représentant. » ;

« b) Au deuxième alinéa, les mots : « des personnes hospitalisées » sont remplacés par les mots : « des personnes admises en soins psychiatriques » et après la référence à l'article L. 3211-2 est insérée une référence à l'article L. 3211-2-1. ».

Amendement n° AS 202 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Après l'alinéa 11, insérer les deux alinéas suivants :

« 5° bis L'intitulé du chapitre III est ainsi rédigé :

« Commission départementale des soins psychiatriques ».

Amendement n° AS 203 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 19, après le mot : « département », insérer les mots : « ou, à Paris, le préfet de police, ».

Amendement n° AS 204 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 20, substituer aux mots : « aux articles L. 3212-11 et », les mots : « à l'article L. 3212-11 et au III de l'article ».

Amendement n° AS 205 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 21, substituer aux mots : « le rapport de son activité », les mots : « son rapport d'activité ».

Amendement n° AS 206 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 21, après le mot : « département », insérer les mots : « ou, à Paris, au préfet de police, ».

Amendement n° AS 207 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

I. – À l'alinéa 22, après les mots : « l'établissement », insérer les mots : « d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sans son consentement ».

II. – En conséquence, après le mot : « dont », rédiger ainsi la fin de ce même alinéa : « cette personne fait l'objet ; »

Amendement n° AS 208 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 23, substituer au mot : « visées », le mot : « mentionnées ».

Amendement n° AS 209 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 24, après le mot : « médecins », insérer le mot : « membres ».

Amendement n° AS 210 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

À l'alinéa 24, après les deux occurrences du mot : « toutes », insérer le mot : « les ».

Amendement n° AS 211 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 7

Rédiger ainsi cet article :

« Le même code est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 1111-7 est ainsi modifié :

« a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

« b) Au quatrième alinéa, à la première phrase, les mots : « hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « admission en soins psychiatriques sans consentement » et, à la deuxième phrase, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

« 2° L'article L. 1112-3 est ainsi modifié :

« a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement en application des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1, la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'article L. 3222-5. » ;

« b) Au début de la première phrase du troisième alinéa, le mot : « Elle » est remplacée par les mots : « La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » ;

« 3° Au premier alinéa de l'article L. 1121-6, les mots : « hospitalisées sans consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement » ;

« 4° Au dernier alinéa de l'article L. 1221-8-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 1121-11, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

« 5° Au second alinéa de l'article L. 1511-6, le mot : « hospitalisations » est remplacé, deux fois, par le mot : « soins » ;

« 6° Au 3° de l'article L. 1521-2, au 14° de l'article 1527-1 et au 3° de l'article L. 1531-3, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » ;

« 7° À l'article L. 1522-6, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

« 8° Au 11° de l'article L. 6112-1, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques ».

Amendement n° AS 212 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 8

Rédiger ainsi cet article :

« Le code de procédure pénale est ainsi modifié :

« 1° L'article 706-135 est ainsi modifié :

« a) À la première phrase, les mots : « d'office » sont remplacés par les mots : « sans son consentement » ;

« b) À l'avant-dernière phrase, les mots : « hospitalisations ordonnées » sont remplacés par les mots : « admissions en soins psychiatriques sans consentement prononcées » et les mots : « , dont le deuxième alinéa est applicable » sont supprimés ;

« 2° Au premier alinéa de l'article 706-138, les mots : « d'office » sont remplacés par les mots : « sans consentement ».

Amendement n° AS 213 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Après l'article 8

Insérer l'article suivant :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau des assemblées un rapport sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie, faisant état des principaux besoins identifiés, notamment en matière d'observance thérapeutique et de suivi épidémiologique des patients, et décrivant les moyens à mettre en œuvre dans ce domaine.

Amendement n° AS 214 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 7, après la dernière occurrence du mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 215 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Rédiger ainsi la dernière phrase de l'alinéa 12 :

« Ce protocole définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 216 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

I. – Au début de l'alinéa 15, avant les mots : « un psychiatre », insérer les mots : « un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et »

II. – En conséquence, substituer aux mots : « l'état mental de la personne », les mots : « son état mental ».

Amendement n° AS 217 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 15, après le mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 218 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À la deuxième phrase de l'alinéa 15, supprimer les mots : « duquel ou ».

Amendement n° AS 219 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 17, après le mot : « certificats », insérer le mot : « médicaux ».

Amendement n° AS 220 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 17, substituer au mot : « prolonger », le mot : « maintenir ».

Amendement n° AS 221 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 17, après la première occurrence du mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 222 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 17, après le mot : « établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 223 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 17, après les mots : « troisième alinéa », insérer les mots : « du présent article ».

Amendement n° AS 224 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 17, substituer aux mots : « à l'article », les mots : « aux 1° et 2° de l'article ».

Amendement n° AS 225 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 20, supprimer les mots : « sans son consentement ».

Amendement n° AS 226 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 22, après les mots : « nécessités par son état de santé », insérer les mots : « et la mise en œuvre de son traitement ».

Amendement n° AS 227 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 32, après le mot : « liberté », rédiger ainsi la fin de l'alinéa :

« des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence. ».

Amendement n° AS 228 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 36, après la première occurrence du mot : « soins », insérer le mot : « psychiatriques ».

Amendement n° AS 229 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 36, après le mot : « hospitalisation », insérer le mot : « complète ».

Amendement n° AS 230 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 36, substituer au mot : « inscrites », le mot : « prévues ».

Amendement n° AS 231 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Supprimer l'alinéa 37.

Amendement n° AS 232 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 42, substituer aux mots : « de santé en charge », les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 233 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

I. – Rédiger ainsi l'alinéa 45 :

« Avant de rendre les avis prévus aux articles mentionnés au premier alinéa, les membres du collège consultent l'équipe soignante qui participe à la prise en charge du patient. »

II. – En conséquence, à l'alinéa 42, substituer au chiffre : « trois » le chiffre : « deux ».

Amendement n° AS 234 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 50, après le mot : « établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 235 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 56 :

« Une autorisation explicite du représentant de l'État dans le département est requise dans le cas... (*le reste sans changement*) ».

Amendement n° AS 236 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 58, supprimer les mots : « par requête ».

Amendement n° AS 237 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

I. – Après le mot : « forme », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 58 :

« , le cas échéant en substituant à la forme mentionnée au 1° de l'article L. 3211-2-1 celle mentionnée au 2° de ce même article. »

II. – En conséquence, après l'alinéa 72, insérer l'alinéa suivant :

« III. – Lorsque le juge ordonne la mainlevée d’une mesure d’hospitalisation complète en lui substituant la forme de prise en charge mentionnée au 2° de l’article L. 3211-2-1, sa décision prend effet dans un délai maximal de quarante-huit heures pendant lequel un protocole de soins est établi conformément au même article L. 3211-2-1. »

Amendement n° AS 238 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l’alinéa 59, substituer au mot : « demande », le mot : « saisine ».

Amendement n° AS 239 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l’alinéa 58, après le mot : « établissement », insérer les mots : « d’accueil ».

Amendement n° AS 240 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l’alinéa 65, substituer aux mots : « du malade », les mots : « de la personne faisant l’objet des soins ».

Amendement n° AS 241 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l’alinéa 67, substituer aux mots : « d’un malade », les mots : « d’une personne ».

Amendement n° AS 242 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Après l’alinéa 70, insérer l’alinéa suivant :

« Lorsqu’il s’est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou au 2° du présent II des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d’État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l’application du même II. ».

Amendement n° AS 243 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Avant les mots : « décider », rédiger ainsi le début de l’alinéa 71 :

« Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du présent II, le juge ne peut en outre ... (*le reste sans changement*) ».

Amendement n° AS 244 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 72, substituer aux mots : « ci-dessus », les mots : « au présent II ».

Amendement n° AS 245 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Rédiger ainsi l'alinéa 73 :

« *Art. L. 3211-12-1. – I. –* Les soins psychiatriques dont une personne fait l'objet sans son consentement, quelle qu'en soit la forme, ne peuvent se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement, lorsque l'admission de cette personne en soins sans consentement a été prononcée en application du chapitre II, ou par le représentant de l'État dans le département, lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III, de l'article L. 3214-3 ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, n'ait statué sur cette mesure, le cas échéant en lui substituant une des formes mentionnées au 2° de l'article L. 3211-2-1 : »

II. – En conséquence :

1° À l'alinéa 76, supprimer les mots : « , lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision » ;

2° À la deuxième phrase de l'alinéa 77, substituer aux mots : « L'hospitalisation complète du patient », les mots : « La mesure de soins psychiatriques sans consentement » ;

3° À la dernière phrase de l'alinéa 78, substituer aux mots : « l'hospitalisation complète », les mots : « les soins » ;

4° À l'alinéa 80, substituer aux mots : « d'hospitalisation complète », les mots : « de soins psychiatriques sans consentement » ;

5° Avant les mots : « le procureur », rédiger ainsi le début de l'alinéa 89 :

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation complète sans lui substituer une autre forme de prise en charge ou constate la mainlevée de cette mesure, ... (*le reste sans changement*) » ;

6° Avant les mots : « ou que la mainlevée », rédiger ainsi le début de l'alinéa 91 :

« *Art. L. 3211-12-5. –* Lorsque le juge a prononcé la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous forme d'hospitalisation complète en application de l'article L. 3211-12 ou du III de l'article L. 3211-12-1 sans lui substituer une autre forme de prise en charge, ... (*le reste sans changement*) ».

Amendement n° AS 246 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

I. – Après le mot : « mesure », rédiger ainsi la fin de l’alinéa 73 :

« , le cas échéant en lui substituant la forme de prise en charge mentionnée au 2° de l’article L. 3211-2-1 du présent code : »

II. – En conséquence :

1° Avant les mots : « le procureur », rédiger ainsi le début de l’alinéa 89 :

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d’une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d’une hospitalisation complète sans lui substituer une autre forme de prise en charge ou constate la mainlevée de cette mesure, ... (*le reste sans changement*) » ;

2° Avant les mots : « ou la mainlevée », rédiger ainsi le début de l’alinéa 91 :

« *Art. L. 3211-12-5.* – Lorsque le juge a prononcé la mainlevée d’une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous forme d’hospitalisation complète en application de l’article L. 3211-12 ou du III de l’article L. 3211-12-1 sans lui substituer une autre forme de prise en charge, (*le reste sans changement*) » ;

Amendement n° AS 247 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À la fin de l’alinéa 76, substituer aux mots : « trois derniers articles précités », les mots : « mêmes articles 706-135 ou L. 3211-12 ou du présent article ».

Amendement n° AS 248 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l’alinéa 77, substituer aux mots : « alinéas précédents », les références : « 1° à 3° du présent I ».

Amendement n° AS 249 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Après l’alinéa 77, insérer l’alinéa suivant :

« Le juge fixe les délais dans lesquels l’expertise mentionnée au cinquième alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d’État. Passés ces délais, il statue immédiatement. »

Amendement n° AS 250 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 78, substituer aux mots : « de santé », les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 251 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 78, substituer aux mots : « dont seul l'un », le mot : « dont un seul ».

Amendement n° AS 252 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 78, substituer au mot : « prolonger », le mot : « poursuivre ».

Amendement n° AS 253 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Compléter l'alinéa 79 par la phrase suivante :

« Toutefois, lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du II de l'article L. 3211-12 des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application du présent alinéa. ».

Amendement n° AS 254 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Compléter l'alinéa 81 par la phrase suivante :

« Le présent alinéa n'est pas applicable lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées au 1° ou au 2° du II de l'article L. 3211-12 des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 255 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 83, après le mot : « hospitalisation », insérer le mot : « complète ».

Amendement n° AS 256 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Rédiger ainsi l'alinéa 85 :

« À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est entendue, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office. »

Amendement n° AS 257 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Après l'alinéa 85, insérer les quatre alinéas suivants :

« À l'audience, sont entendues à leur demande :

« – lorsque l'admission en soins du patient a été prononcée en application du 1° du II de l'article L. 3212-1, la personne qui a demandé les soins ;

« – lorsque l'admission du patient en soins a été prononcée en application du 1° ou 2° du II de l'article L. 3212-1, le directeur de l'établissement d'accueil ;

« – lorsque l'admission du patient en soins a été prononcée en application du chapitre III ou du chapitre IV, le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police. »

Amendement n° AS 258 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Au début de l'alinéa 86, après le mot : « établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 259 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À la quatrième phrase de l'alinéa 86, substituer aux mots : « il doit pouvoir s'entretenir avec ce dernier », les mots : « l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient ».

Amendement n° AS 260 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Après le mot : « dossier », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 86 : « lui a déjà été remise ».

Amendement n° AS 261 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 89, après la première occurrence du mot : « établissement », insérer les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 262 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 89, substituer aux mots : « qui se réfère au », les mots : « faisant état du ».

Amendement n° AS 263 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

À l'alinéa 89, substituer à la deuxième occurrence du mot : « requête », le mot : « saisine ».

Amendement n° AS 264 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Rédiger ainsi la première phrase de l'alinéa 92 :

« Dans ce cas, l'article L. 3211-2-2 ne lui est pas applicable. ».

Amendement n° AS 265 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Compléter l'alinéa 92 par les mots : « d'accueil ».

Amendement n° AS 266 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 1^{er}

Après l'alinéa 93, insérer l'alinéa suivant :

« III. – Au 4° de l'article L. 144-5 du code de commerce, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques ». »

Amendement n° AS 267 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Après l'article 6

Insérer l'article suivant :

À titre expérimental, à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi et pour une durée de deux ans, lorsque le médecin régulateur d'une structure d'aide médicale urgente considère qu'un patient peut présenter un trouble mental, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie.

L'expérimentation est menée dans le ressort de trois agences régionales de santé désignées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Avant le 1^{er} septembre 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le bilan de cette expérimentation.

Amendement n° AS 268 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Compléter l'alinéa 10 par la phrase suivante :

« 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. »

Amendement n° AS 269 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 19, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1^o ou 2^o du présent II des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application du même II. »

Amendement n° AS 270 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 34, insérer l'alinéa suivant :

« Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au premier alinéa doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 271 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 41, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du présent article des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application dudit article. ».

Amendement n° AS 272 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Après l'alinéa 1, insérer les trois alinéas suivants :

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

« *Art. L. 3222-1-1-A.* – Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

« Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. ».

Amendement n° AS 273 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Après l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

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

« *Art. L. 3222-1-1-A.* – Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2 concourent à prendre en charge les personnes atteintes de troubles mentaux et à assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. »

Amendement n° AS 274 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 6

Après l'alinéa 5, insérer les sept alinéas suivants :

« 1° bis Après l'article L. 3222-1-1, il est inséré un article L. 3222-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3222-1-2.* – Le directeur de chaque établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 conclut des conventions avec :

« 1° le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police ;

« 2° les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondant ;

« 3° le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Les conventions mentionnées au premier alinéa fixent les modalités selon lesquelles leurs signataires collaborent en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1. Ces conventions prévoient également les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions par lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État modifient la forme de la prise en charge de ces personnes en procédant à leur hospitalisation complète en application, respectivement, de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

Amendement n° AS 275 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 2

À l'alinéa 7, après la référence : « L. 3212-1 », insérer les mots : « et il est inséré une deuxième phrase ainsi rédigée : « Dans ce cas, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. ». »

Amendement n° AS 276 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après le mot : « patient », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 25 :

« . Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels l'avis du collègue et l'expertise doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le représentant de l'État prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collègue et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'État. »

Amendement n° AS 277 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 32, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsque le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée de la mesure de soins, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. »

Amendement n° AS 278 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Après l'alinéa 32, insérer l'alinéa suivant :

« Lorsque le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée de la mesure de soins, il avertit sans délai le directeur de l'établissement d'accueil qui en informe le patient, lui rappelle qu'il peut prendre conseil d'un avocat de son choix et lui indique les voies de recours dont il dispose.»

Amendement n° AS 279 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 3

Au début de l'alinéa 25, après le mot : « échéant », insérer les mots : « de l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 et ».

Amendement n° AS 280 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Avant l'article 9

Rédiger ainsi l'intitulé du titre IV :

« Dispositions applicables à l'outre-mer ».

Amendement n° AS 281 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 4, supprimer les mots : « au tribunal d'instance et ».

Amendement n° AS 282 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 6, substituer au mot : « À », les mots : « Aux 1° et 2° de ».

Amendement n° AS 283 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 8, substituer aux mots : « en charge », le mot : « chargé ».

Amendement n° AS 284 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Rédiger ainsi l'alinéa 11 :

« 7° Au dernier alinéa des articles L. 3211-2-1 et L. 3211-9, au 2° et aux quatrième et dernier alinéas du II de l'article L. 3211-12, au dernier alinéa des I, II, III, IV de l'article L. 3211-12-1, à l'article L. 3211-13, au deuxième alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, à l'article L. 3212-12, au deuxième alinéa du I, deux fois, au 2° et au dernier alinéa du II de l'article L. 3213-1, au 2°, à l'avant-dernier alinéa et, deux fois, au dernier alinéa de l'article L. 3213-8, à l'article L. 3213-11, à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 3214-2 et à l'article L. 3214-5, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;

Amendement n° AS 285 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 13, avant le mot : « et », insérer les mots : « , au II de l'article L. 3213-3, ainsi qu'aux articles L. 3213-4 ».

Amendement n° AS 286 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Supprimer l'alinéa 18.

Amendement n° AS 287 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Supprimer l'alinéa 24.

Amendement n° AS 288 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 27, supprimer les mots : « au deuxième alinéa ».

Amendement n° AS 289 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Rédiger ainsi l'alinéa 30 :

« b) Les mots : « établissement mentionné à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement ». »

Amendement n° AS 290 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 10

Supprimer l'alinéa 6.

Amendement n° AS 291 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 10

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 11 :

« 6° À la fin du second alinéa de l'article L. 3222-3, à l'article L. 3222-6 et au premier alinéa du 3° et au 6° de l'article L. 3223-1 ... (*le reste sans changement*) »

Amendement n° AS 292 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 10

À l'alinéa 21, substituer au mot : « malades », les mots : « atteintes de troubles mentaux ».

Amendement n° AS 293 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 10

À l'alinéa 25, après les mots : « dans les conditions prévues », substituer aux mots : « par les », le mot : « aux ».

Amendement n° AS 294 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 12

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 295 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 13

À l'alinéa 3, après les mots : « en vue de l'admission en soins psychiatriques », substituer aux mots : « du malade », les mots : « de la personne malade ».

Amendement n° AS 296 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 13

À l'alinéa 10, substituer aux mots : « dans sa version applicable à la date d'entrée en vigueur de la loi », les mots : « dans sa rédaction issue de la loi ».

Amendement n° AS 297 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Rédiger ainsi l'alinéa 19 :

« 13° À l'article L. 3213-5-1, les mots : « , après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle est situé l'établissement, » sont supprimés. ; »

Amendement n° AS 298 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 5, après les mots : « ou privée », insérer les mots : « et les mots : « tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence » ».

Amendement n° AS 299 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 6, après les mots : « atteintes de troubles mentaux », insérer les mots : « conformément à la réglementation applicable localement ».

Amendement n° AS 300 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Après les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 12 : « conformément à la réglementation applicable localement ».

Amendement n° AS 301 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 16, après les mots : « premier alinéa du I, », insérer les mots : « les mots : « mentionné à l'article 3222-1 » sont remplacés par les mots : « habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement » et ».

Amendement n° AS 302 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 22, après les mots : « structure adaptée », insérer les mots : « ou, sur la base d'un certificat médical, dans une unité pour malade difficile mentionnée à l'article L. 3222-3 ».

Amendement n° AS 303 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 5, substituer aux mots : « un malade », les mots : « une personne atteinte de troubles mentaux tels que définis au I de l'article L. 3212-1 ou au I de l'article L.3213-1, ».

Amendement n° AS 304 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

À l'alinéa 23, substituer aux mots : « détenues mineures », les mots : « mineures détenues ».

Amendement n° AS 305 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 9

Compléter l'alinéa 23 par les mots : « en dehors des structures ou des unités prévues au premier alinéa du présent II ».

Amendement n° AS 306 présenté par M. Guy Lefrand, rapporteur

Article 10

À l'alinéa 5, après le mot : « articles », insérer les références : « L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2 ».

ANNEXE 1

APPLICATION DE L'ARTICLE 86, ALINÉA 8, DU RÈGLEMENT

En application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement de l'Assemblée nationale, dans sa rédaction issue de la résolution n° 292 du 27 mai 2009, les rapports faits sur un projets de loi déposé sur le bureau de l'Assemblée *« comportent en annexe un document présentant les observations qui ont été recueillies sur les documents qui rendent compte de l'étude d'impact joints au projet de loi »*.

À la date d'examen du projet de loi par la commission, 4 contributions ont été reçues, une seule postérieurement au dépôt de la lettre rectificative.

Les deux premières contributions émanent d'associations que votre rapporteur a auditionnées, d'une part la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), qui rappelle ses remarques sur plusieurs aspects du projet de loi lui-même, d'autre part le Groupe Information Asiles, qui fait part de son opposition globale à celui-ci. La première contribution individuelle insiste sur l'importance du renforcement des moyens consacrés à la prise en charge des patients, la seconde s'interroge sur le rôle respectif du juge et du médecin.

ANNEXE 2

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Association professionnelle des assistants de service sociaux hospitaliers – Mme Claudine Maurey-Forquy**, présidente de l'Association Professionnelle des Services Sociaux Hospitaliers et de la Santé (AProSSHeS), responsable du Service Social Pédiatrique à l'hôpital Neker- Enfants Malades (AP-HP)
- **Fédération Nationale des Mandataires Judiciaires Indépendants, à la protection des majeurs (FNMJI) – Mme Thérèse Seguin**, adhérente
- **Table ronde réunissant les représentants des praticiens hospitaliers :**
 - **Coordination médicale-hospitalière (CMH) – Dr B. Becour**, médecin légiste, **Dr N. Skurnik**, délégué général de la CMH et psychiatre et **Dr A. Mercuel**, psychiatre
 - **Confédération des praticiens hospitaliers (CPH) – Dr Pierre Faraggi**, président et **M. Jean-Claude Pénochet**, secrétaire général
- **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) – M. Thierry Amouroux**, président et **Mme Elisabeth Goriot**, cadre supérieur infirmier au CHS Sainte Anne
- **Groupe d'information asiles (GIA) – M. Antoine Dubuisson**, président, **Mme Corinne Vaillant**, avocate et de **M. Thierry Jouanique**, trésorier
- **Table ronde réunissant les associations de famille de patients :**
 - **Association schizo-espoir – M. Jacques Aladel**, directeur et **Mme Nathalie Prunier**, directrice
 - **Association France Schizophrénie – Mme Marie-Agnès Letrouit**, présidente, **M. Paul Cossé**, vice-président et **M. Claude Jacquet**, chargée de mission
- **Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH) – Dr Rachel Bocher**, présidente, **Dr Angelo Poli**, vice-président, **Dr Michel Taintafyllou**, chef du service de psychiatrie au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre et **Dr Jean Ferrandi**, chef de pôle au centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif
- **Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) – M. Jean Canneva**, président, et **M. Alain Bonifay**, administrateur
- **Fédération Nationale des Associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) – Mme Claude Finkelstein**, présidente
- **Coordination nationale infirmière – Mme Danièle Hengen et Mme Christine Abad**
- **Audition « observance et éducation thérapeutique » – Mme Emilie Berger et M. Denis Jessueld (Janssen)**

- **Table ronde « justice, santé mentale et libertés publiques » :**
 - **Ministère de la justice, direction de l’administration pénitentiaire** – **Mme Dominique de Galard**, conseiller santé auprès du directeur
 - **Contrôleur général des lieux de privation de la liberté** – **M. Jean-Marie Delarue**, contrôleur général des lieux de privation de la liberté, **M. Xavier Dupont**, secrétaire général de M. Delarue
 - **Union syndicale des magistrats (USM)** – **Mme Virginie Valton**, vice-présidente, **Mme Virginie Duval**, secrétaire générale
 - **Conseil national des barreaux** – **M. Christian Charrière Bournazel**, vice-président
 - **Ordre des avocats** – **Mme Dominique Attias**, membre du CNB, spécialiste en droit des mineurs, présidente de l’antenne des mineurs du Barreau de Paris
 - **Collège des soignants intervenant en prison** – **Dr Catherine Paulet**, chef du SMPR de Marseille, présidente de l’Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et **Dr Gérard Laurencin**, chef de service du SMPR de Toulouse, membre de la commission d’audition de la HAS relative à la dangerosité psychiatrique
 - **Association Nationale des Psychiatres Hospitaliers Experts Judiciaires** – **Dr Bernard Duffossez**, secrétaire adjoint

- **Table ronde « psychiatrie et urgence » :**
 - **Police nationale** – **Mme Françoise Larroque**, commissaire divisionnaire, Pôle judiciaire – Prévention et partenariats au cabinet du directeur général et **M. Jean-Michel Scotte**, chef du district de Melun (77) et **Mme Catherine Jourdan**, commissaire central adjoint du 11ème arrondissement
 - **Samu Urgences de France** – **Dr Marc Giroud**, président
 - **Association française des ambulanciers SMUR et hospitaliers (AFASH)** – **M. Géry Roger**, président et **M. Bruno Vanoli**, vice-président
 - **Fédération nationale des sapeurs pompiers de France** – **Médecin Colonel Jean-Yves Bassetti**, vice-président chargé du secours à personne, du service de santé et secours médical, des affaires sanitaires et de la réforme du secourisme

- **Table ronde réunissant les représentants des établissements hospitaliers :**
 - **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. René Caillet**, responsable du Pôle Organisation Sanitaire et Médico-Sociale
 - **Fédération des Établissements Hospitaliers et d’Aide à la Personne (FEHAP)** – **Mme Cécile Benezet**, conseiller Santé Social, **M. Jacques Marescaux**, directeur de St Jean de Dieu à Lyon et **M. Jean-Baptiste Boudin-Lestienne**, chargé de communication
 - **Fédération de l’Hospitalisation Privée (FHP)/Cliniques psychiatriques de France (UNCPSY)** – **M. François Meillier**, délégué général de l’UNCPSY
 - **Syndicat des managers publics de santé (SMPS) (ex SNCH)** – **M. Michel Louis-Joseph-Dogué**, directeur du Centre hospitalier Théophile Roussel et délégué national
 - **Association des directeurs d’hôpital (ADH)** – **M. Jean-Luc Chassaniol**, président,
 - **Association des directeurs d’établissements de santé mentale (ADESM)** – **M. Joseph Halos**, président

- **Table ronde réunissant les représentants des psychiatres :**
 - **Intersyndicale des psychiatres publics** – **Dr Alain Mercuel**, président de l'intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP) et **Dr Isabelle Montet**, secrétaire générale du syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)
 - **Syndicat national des psychologues praticiens** – **M. Jacques Borgy**, secrétaire général et **Mme Marie-Claude Cathelineau**, secrétaire général adjoint
 - **Comité d'action syndicale de la psychiatrie** – **Dr Alain Vaissermann**, président et **Mme Marie Kretzschmar**, attachée de presse
 - **Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)** – **Dr Michel Triantafyllou**, vice-président et le **Dr Jean Ferrandi**, secrétaire général
 - **Syndicat des psychiatres français et Association française de psychiatrie** – **Dr Roger Salbreux**, ancien Vice-président de l'association française de psychiatrie et membre d'honneur du Syndicat des Psychiatres Français
 - **Association française des psychiatres d'exercice privé et Syndicat national des psychiatres privés** – **Dr Yves Froger**, président
 - **Fédération française de psychiatrie** – **Dr Nicole Garret-Gloanec**, membre du bureau
- **Collectif *Mais c'est un Homme*** – **Mmes Odile Barral** (syndicat de la magistrature) et **Martine Dutoit** (Advocacy France), **MM. Jean-Pierre Martin** (Union syndicale de la psychiatrie) et **Jean Vignes** (Sud Santé-Sociaux)
- **M. Edouard Couty**, conseiller maître à la Cour des comptes, co-auteur du rapport remis au ministre chargé de la santé sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009
- **Dr Alain Lopez**, membre de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), co-auteur du rapport conjoint de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires « *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raisons de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* », mai 2005
- **Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'Intérieur (ACPHFMI)** – **Mme Fabienne Buccio**, préfète de l'Eure, vice-présidente
- **Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)** – **M. Serge Kannas**, président
- **Table ronde « santé mentale et précarité » :**
 - **Dr Alain Gouiffes**, psychiatre (Centre hospitalier spécialisé du Rouvray)
 - **Dr Jacques Hassin**, responsable médical et responsable du pôle médecine sociale au Pôle Urgences sociales (lits halte soins de santé) du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre
 - **Dr Alain Mercuel**, psychiatre, chef du service santé mentale et exclusion sociale, Hôpital Sainte Anne
- **Table ronde « santé, liberté, sécurité » :**
 - **M. Pierre-Henri Castel**, directeur de recherches au CNRS (centre de recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale et Société)
 - **Pr Christian Hervé**, praticien hospitalier, directeur du laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale de la Faculté de médecine Paris V