

# ASSEMBLÉE NATIONALE

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011**

187<sup>e</sup> séance

## Compte rendu intégral

**2<sup>e</sup> séance du lundi 23 mai 2011**

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



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

# SOMMAIRE

## PRÉSIDENTE DE M. JEAN-CHRISTOPHE LAGARDE

### 1. Droits, protection et prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (2<sup>e</sup> lecture) (n° 3445) (suite) (p. 3357)

DISCUSSION DES ARTICLES (suite) (p. 3357)

Article 1<sup>er</sup> (suite) (p. 3357)

Amendement n° 14 : M. Guy Lefrand, rapporteur de la commission des affaires sociales, Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

Amendements n°s 26, 15, 24, 25, 16, 75, 21, 27, 28.

Article 2 (p. 3360)

Amendements n°s 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36.

Article 3 (p. 3360)

Amendements n°s 37, 38, 78, 19, 39.

Article 4 (p. 3361)

Amendements n°s 40, 41, 42, 43, 44, 45.

Article 5 (p. 3362)

Amendements n°s 46, 47, 48, 49.

Article 5 bis (p. 3362)

Amendement n° 50.

Article 6 (p. 3362)

Amendements n°s 17, 51, 52, 53, 54, 55, 56 rectifié, 57.

Article 7 (p. 3363)

Amendements n°s 58, 59, 60, 61, 62, 63.

Article 8 (p. 3363)

Amendements n°s 64, 65, 66.

Article 8 ter (p. 3363)

M. Serge Blisko, Mme la secrétaire d'État.

Article 9 (p. 3363)

Amendements n°s 67, 68.

Article 11 bis (p. 3364)

Amendement n° 69.

Article 13 (p. 3364)

Amendements n°s 70, 71, 72.

Article 14 (p. 3364)

Amendements n°s 73, 74.

Article 15 (p. 3364)

Titre (p. 3364)

Amendement n° 18.

### 2. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 3364)

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENTIE DE M. JEAN-CHRISTOPHE LAGARDE,**

**vice-président**

**M. le président.** La séance est ouverte.

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

1

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

### Discussion, en deuxième lecture, d'un projet de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, en deuxième lecture, du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (n<sup>os</sup> 3440, 3445).

Le temps de parole restant pour la discussion de ce texte est d'une heure cinquante pour le groupe UMP, dont trois amendements restent en discussion, de deux heures et quatre minutes pour le groupe SRC, dont cinq amendements restent en discussion, de deux heures pour le groupe GDR, dont un amendement reste en discussion, de deux heures et quarante et une minutes pour le groupe Nouveau Centre, dont onze amendements restent en discussion, et de trente minutes pour les députés non inscrits.

Cet après-midi, l'Assemblée a commencé l'examen des articles, s'arrêtant à l'amendement n<sup>o</sup> 14 à l'article premier.

#### Article 1<sup>er</sup> *(suite)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n<sup>o</sup> 14.

La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** Madame la secrétaire d'État chargée de la santé, monsieur le rapporteur, cet amendement nous permet de revenir à la discussion que nous avons avant l'interruption de séance : vous nous expliquiez qu'il était utile de conserver une vision sanitaire, et qu'il ne fallait pas trop élargir la notion de prise en charge ou d'accompagnement du patient.

Eh bien, c'est justement ce que nous vous proposons avec cet amendement : vous émettez donc sans nul doute un avis favorable. En effet, le projet de loi prévoit qu'un décret en Conseil d'État permette de définir le programme de soins qu'un patient, qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement, serait susceptible de

recevoir. Mais il n'est nulle part prévu de consultation d'ordre médical, de consultation des autorités de santé, en vue d'élaborer ce décret. Il nous semblerait normal que la signature de ce décret soit obligatoirement précédée d'une consultation de la Haute autorité de santé. C'est l'objet de cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Guy Lefrand, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour donner l'avis de la commission.

**M. Guy Lefrand, rapporteur de la commission des affaires sociales.** La commission a émis un avis défavorable.

On ne voit pas aujourd'hui, en effet, ce qu'apporterait l'expertise de la Haute autorité de santé pour un décret relatif au programme de soins. Par définition, la HAS définit – nous l'avons dit tout à l'heure – des protocoles de soins standardisés, clarifiés ; l'objet du programme de soins est justement de ne pas être standardisé, mais d'être pleinement individualisé pour s'adapter à chaque cas.

On connaît, d'ailleurs, les relations difficiles que le monde de la psychiatrie entretient avec la Haute autorité de santé ; on connaît aussi les problèmes que posent aux psychiatres des protocoles de soins standardisés, organisés. Laissons-les donc libres d'élaborer leur programme de soins au cas par cas : c'est ce qui est prévu dans ce projet de loi.

Au-delà de cet argument de fond, le programme de soins peut être constitué de modalités de soins extrêmement diverses ; les mesures possibles sont très nombreuses. Dès lors, il semble difficile que la HAS se prononce à ce niveau-là – sans compter les délais, car demander un tel avis ne nous permettrait de tenir les délais imposés par le Conseil constitutionnel.

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

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

En effet, la Haute autorité de santé élabore des recommandations de bonnes pratiques, sur tous les sujets, de façon régulière : chaque praticien reçoit ces avis pour la prise en charge de pathologies bien définies.

La HAS agit donc bien en amont : elle ne délivre pas de recommandations pour un protocole de soins particulier à chaque malade ; elle élabore au contraire des recommandations larges, et c'est au praticien qu'il revient de tenir compte de ses recommandations habituelles pour, ensuite, élaborer le programme de soins approprié à l'état de santé de chaque malade.

**M. le président.** La parole est à Mme Marisol Touraine.

**Mme Marisol Touraine.** J'entends bien, madame la secrétaire d'État, monsieur le rapporteur. Mais il me semble qu'il y a une confusion : ce que nous demandons, c'est la consultation de la HAS avant l'élaboration du décret ! Celui-ci sera, par définition, très général : il n'y aura pas un décret par patient – et heureusement, sinon chaque patient devrait attendre des mois et des mois !

Il s'agit de définir un cadre : la loi prévoit un décret pris en Conseil d'État – forme la plus importante, la plus élevée de décret. Ce que nous demandons, c'est que dans la perspective de l'élaboration de ce décret – et non pas, j'y insiste, pour la prise en charge de tel ou tel patient spécifiquement – la Haute autorité de santé soit consultée.

Monsieur le rapporteur, vous nous avez tout à l'heure refusé un amendement en expliquant qu'il fallait conserver une vision sanitaire du protocole de soins, et non pas préconiser une approche globale ; maintenant que nous en arrivons à la définition du protocole de soins *stricto sensu*, vous nous expliquez qu'on ne peut pas consulter la Haute autorité de santé parce qu'il faudrait pouvoir prendre en compte bien d'autres choses que les éléments sanitaires. Ce n'est pas possible !

Votre argumentation sur les deux amendements est contradictoire. On comprend que vous refusiez par principe nos amendements...

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Non !

**Mme Marisol Touraine.** ...mais il faut choisir le terrain sur lequel vous vous placez : ou vous aviez raison tout à l'heure dans la définition et dans l'interprétation que vous donnez de votre texte, et à ce moment-là vous devez accepter la proposition que nous faisons maintenant, ou c'était l'inverse qui était vrai. Il y a là une incohérence, et votre raisonnement n'est pas très convaincant.

*(L'amendement n° 14 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 26.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement rédactionnel. C'est le premier d'une longue série et je n'y reviendrai pas à chaque fois.

Nous proposons que l'ensemble du texte ne fasse désormais plus directement référence aux soins sans consentement mais uniquement de renvoyer, lorsque cela est nécessaire, aux dispositions légales applicables. Ce point a fait l'objet d'une discussion tout à l'heure.

*(L'amendement n° 26, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 15.

La parole est à M. Serge Blisko.

**M. Serge Blisko.** Je vous ai interpellés tout à l'heure sur le délai de soixante-douze heures que je trouve anormalement long et en tout cas inopiné. Je continue à prétendre qu'un service d'urgence où travaille un psychiatre, voire un infirmier psychiatrique, et *a fortiori* un service hospitalier psychiatrique habitué à recevoir des malades, établit un diagnostic très rapidement, en quarante-huit heures. Nos psychiatres ont, heureusement, une très grande expérience qui leur permet d'aller vite.

Or, avec le texte que vous nous présentez, on ne commence vraiment les soins qu'au bout de la période d'observation. Vous me rétorquerez que, bien sûr, on ne reste pas inerte face au patient qui arrive, on le calme, on lui administre des médicaments de façon qu'il ne soit pas trop agité ou, au contraire, qu'il sorte de sa prostration. Mais cela ne relève pas du programme de soins. Pendant soixante-douze heures – et trois jours c'est très long – le patient ne recevra que des médicaments symptomatiques. Ce n'est qu'au terme de ce délai qu'il sera possible de rentrer dans le vif du sujet.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** On n'a jamais dit cela.

**M. Serge Blisko.** Comment comprendre une telle situation alors qu'il s'agit d'un malade arrivant aux urgences ?

Cette situation particulière qui est réservée à la psychiatrie est à mon avis liée au fait que les conditions matérielles de l'urgence en psychiatrie ne sont pas très performantes. Ce très long délai laissera le temps de trouver un psychiatre qui veuille bien examiner le patient. Je comprends que vous soyez ennuyé, et je peux partager votre inquiétude sur le manque de psychiatres dans les hôpitaux et dans certains départements, mais je trouve que le délai avant de pouvoir commencer à rentrer dans le vif du sujet est trop long.

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

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Je ferai plusieurs remarques.

D'abord, je voudrais souligner que la période de soixante-douze heures est le délai maximal. Si, au bout de vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, le psychiatre estime que le patient peut sortir, il peut l'autoriser à le faire. Qui peut le plus peut le moins.

**M. Serge Blisko.** Certes.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Ensuite, nous n'avons jamais dit que, pendant soixante-douze heures, aucun soin ne serait délivré. Certes, tout le monde n'est pas d'accord. Nous avons en effet auditionné des psychiatres qui nous ont indiqué que, pendant ce délai, ils se borneront à observer le malade dans sa chambre sans le traiter. Telle n'est pas ma philosophie des soins et de la médecine en général. Globalement, les soixante-douze heures permettront d'observer les réactions du malade et de commencer à le traiter.

Donc non seulement cette période de soixante-douze heures est maximale, mais, en plus, elle pourra être mise à profit pour commencer le traitement et élaborer le programme de soins, qui nécessite un minimum de temps pour pouvoir être organisé.

Je ne peux donc qu'être défavorable, malheureusement, à cet amendement.

**M. Serge Blisko.** Malheureusement ?

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** J'aimerais vous faire plaisir, monsieur Blisko.

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

**Mme Nora Berra**, *secrétaire d'État*. Avis défavorable. Je ne reviendrai pas sur les arguments qui ont été développés par le rapporteur. Encore une fois, si la période d'observation est plus longue dorénavant, c'est dans le but de rechercher de l'alliance thérapeutique. Il vaut mieux garder un peu plus le malade de façon à obtenir un engagement de respect du protocole s'il doit sortir, plutôt que de le garder enfermé sous contraintes alors qu'une alternative est possible.

*(L'amendement n° 15 n'est pas adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi de deux amendements de coordination de la commission, nos 24 et 25.

*(Les amendements nos 24 et 25, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 16.

La parole est à M. Serge Blisko.

**M. Serge Blisko**. Je souhaite qu'il soit précisé dans la loi que la personne doit être examinée. Vous me répondez sans doute que cela va sans dire, mais je pense que cela va encore mieux en l'écrivant. Vous ne devriez donc pas vous opposer à cet amendement qui vise à ajouter les mots : « , après examen de la personne ».

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

**M. Guy Lefrand**, *rapporteur*. Monsieur Blisko, c'est un débat que nous avons déjà eu en commission. Tel qu'il est rédigé, votre amendement, qui a été modifié depuis son passage en commission, est satisfait. Le texte prévoit en effet qu'un certificat médical circonstancié doit être établi par le psychiatre.

Ce qui semble vous poser problème, c'est la possibilité d'établir un avis médical sans examen de la personne.

**M. Serge Blisko**. En effet.

**M. Guy Lefrand**, *rapporteur*. Bien évidemment, aucun professionnel de santé n'établira un certificat médical sans avoir vu la personne. Mais l'avis médical, en l'occurrence, peut concerner un patient qui a fait une fugue, qui a disparu de la circulation, qui, pour une raison ou pour une autre, ne va pas pouvoir voir le psychiatre ou que le psychiatre ne va pas pouvoir voir. Un patient qui a fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement et qui ne suit plus son traitement peut avoir besoin d'être hospitalisé. On ne va pas attendre d'avoir vu le patient pour agir. Il faut être cohérent.

J'entends bien vos demandes sur le certificat médical, elles sont reprises dans le cadre du projet de loi, mais sur l'avis médical, il faut, pour tenir compte de toutes les situations, pouvoir, dans certaines circonstances exceptionnelles, donner un avis médical sans voir le patient.

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

**Mme Nora Berra**, *secrétaire d'État*. Même avis que le rapporteur.

*(L'amendement n° 16 n'est pas adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement rédactionnel, n° 75, de la commission.

*(L'amendement n° 75, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président**. Je suis saisi d'un amendement n° 21.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

**Mme Nora Berra**, *secrétaire d'État*. Cet amendement porte sur le caractère exprès de la décision du préfet, lorsqu'il est saisi d'une demande de sortie accompagnée d'une personne ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou ayant été reconnue pénalement irresponsable pour cause de trouble mental.

Le caractère exprès de l'autorisation, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, a pu donner à penser que les refus de sortie seraient plus nombreux, ce qui a conduit le Sénat à retirer cette mention.

Cet amendement propose donc de rendre explicites toutes les décisions de sortie de courte durée des patients – leur proportion est faible – dont le comportement a conduit à un séjour en unité pour malades difficiles ou qui ont été reconnus pénalement irresponsables. Il s'agirait autant des décisions d'autorisation que des décisions de refus.

Rendre explicite une décision qui n'était qu'implicite n'a pas pour objectif de limiter les sorties de courte durée de ces personnes. Ce caractère exprès vise à s'assurer que les demandes de sortie de ces personnes ont fait l'objet d'un traitement effectif par les services de l'État. La sécurité de ces patients, tout comme celle des tiers, justifie pleinement l'adoption de cette mesure. L'organisation des services de l'État dans le département, ainsi que celle de ses opérateurs, permettra au préfet de faire connaître, en temps utile, sa décision, qu'elle soit positive ou négative.

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

**M. Guy Lefrand**, *rapporteur*. La commission, j'en suis désolé, madame la secrétaire d'État, a émis un avis défavorable sur votre amendement.

L'Assemblée nationale n'avait pas modifié en première lecture les dispositions introduites par le projet de loi qui visaient à faire passer les sorties de courte durée d'un régime d'autorisation implicite à un régime d'autorisation explicite s'agissant des personnes considérées comme potentiellement les plus dangereuses : les personnes qui ont séjourné en UMD ou les personnes hospitalisées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale.

Le Sénat, en revanche, a choisi de revenir au régime de droit commun actuellement prévu dans le code de la santé publique. Ce code dispose que, sauf opposition du représentant de l'État dans un département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme d'un délai de quarante-huit heures.

Cette proposition émanait à la fois du rapporteur de la commission des affaires sociales, M. Jean-Louis Lorrain, et d'amendements déposés par les groupes communiste, socialiste et RDSE. Soutenue par les sénateurs sur tous les bancs, cette proposition a été adoptée au Sénat, contre l'avis du Gouvernement. Je considère qu'il serait souhaitable – pardonnez mon outrecuidance, madame la secrétaire d'État – que vous renonciez à votre amendement. *(Sourires.)*

Outre la charge supplémentaire que cette formalité va imposer aux services des préfetures, la capacité d'intervention du préfet me paraît suffisamment préservée dans la mesure où il garde bien évidemment la possibilité de s'opposer à ces sorties de courte durée, pour les personnes en UMD ou déclarées pénalement irresponsables, comme pour les autres patients.

Le risque, c'est que ces autorisations de sortie, en cas de surcharge des services du préfet, se fassent attendre – c'est un souci que nous pouvons partager sur tous les bancs de cet hémicycle – alors même que le psychiatre les recommande et que le patient les désire. Cela se ferait au détriment de la santé du patient et de son bien-être, voire de l'atmosphère générale de l'établissement. Quand elles sont validées par l'ensemble des intervenants, ces sorties constituent, on le sait, une respiration nécessaire, qu'il ne faut pas supprimer, qu'il ne faut pas restreindre alors même qu'elles sont très encadrées.

Permettez-moi de souligner également, madame la secrétaire d'État, que votre dispositif, comme le dispositif actuel d'ailleurs, serait inopérant s'il n'était pas précisé à l'article 3 que le préfet doit avoir connaissance des antécédents psychiatriques des patients préalablement à toute sortie de courte durée, ce qui n'est plus le cas notamment du fait des amendements votés par le Sénat, qui restreignent l'information du préfet au cas où une modification de la prise en charge est envisagée.

Je proposerai donc un amendement à l'article 3 qui ira dans le sens de ce que vous souhaitez, c'est-à-dire qui permettra que le préfet ait une information globale avant de laisser sortir le patient. Pour l'instant, avec tout le respect qui vous est dû, je vous demande de respecter l'orientation arrêtée par le Sénat pour préserver le dialogue fructueux entre nos deux assemblées et éviter de relancer un sujet qui a fait déjà largement débat dans nos deux hémicycles.

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

**M. André Flajolet.** Au nom du groupe UMP, je veux dire que nous partageons l'argumentation du rapporteur et que nous le soutenons. L'amendement qu'il proposera à l'article 3 devrait satisfaire amplement le souci exprimé par Mme la secrétaire d'État.

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

**M. Serge Blisko.** Je n'ajouterai pas de commentaire aux propos du rapporteur et du porte-parole du groupe UMP, qui connaît bien d'ailleurs la situation de la psychiatrie. Mais c'est la première fois que j'entends un ministre se méfier à ce point de son administration. Si j'étais préfet, cela me froisserait.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Heureusement, vous n'êtes pas préfet! (*Sourires.*)

**M. Serge Blisko.** Mais je ne suis pas préfet en effet.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Donc, vous n'êtes pas froissé.

**M. Serge Blisko.** Donc je suis beaucoup moins froissé.

Du point de vue médical, en revanche, j'ai peut-être quelque chose à dire. M. Lefrand l'a souligné, il est question ici de services difficiles, de malades qui ne sont pas toujours commodes, et le personnel infirmier a, lui aussi, besoin d'une respiration dans le service. Je rappelle qu'il s'agit de sorties de courte durée et de sorties accompagnées : nous ne sommes pas dans le cadre de la sortie d'essai qui durait quinze ans et qu'un certain nombre d'entre vous ont, peut-être à juste titre, dénoncée au cours de l'élaboration des différentes phases de ce projet.

Il s'agit d'un acte thérapeutique encadré qui permet de définir le comportement des malades à l'extérieur, de savoir s'ils se sont comportés bien ou moins bien, s'ils ont été effrayants ou si la sortie leur a été bénéfique.

Aujourd'hui, souvent le préfet ne répond pas, parce qu'il n'a pas le temps, parce qu'il n'en a pas envie, parce que la circulaire du 10 janvier lui impose d'être très vigilant. Bref, on se retrouve tous les débuts de semaine avec des malades qui demandent s'ils pourront sortir le dimanche ou aller faire quelques courses, accompagnés bien sûr, le vendredi ou le samedi, et auxquels personne ne répond. Donc ils restent, s'étiolent et deviennent revendicatifs, c'est-à-dire nettement plus dangereux. C'est une situation absurde.

Faisons donc confiance aux professionnels, infirmiers et médecins, qui connaissent leurs patients, en particulier dans ces unités difficiles où ils sont heureusement un peu plus nombreux que dans d'autres services trop souvent désertés. La psychiatrie est une science difficile. N'ajoutons pas des obstacles administratifs à des processus thérapeutiques déjà longs et complexes ! Merci, madame la secrétaire d'État, de ne pas poursuivre dans cette voie car ce serait vécu comme un retour en arrière et une marque de défiance à l'égard de la psychiatrie.

*(L'amendement n° 21 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements rédactionnels de la commission, n°s 27 et 28.

*(Les amendements n°s 27 et 28, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 1<sup>er</sup>, amendé, est adopté.)*

## Article 2

**M. le président.** Je suis saisi de sept amendements rédactionnels de la commission, n°s 30, 31, 32, 33, 34, 35 et 36.

*(Les amendements n°s 30, 31, 32, 33, 34, 35 et 36, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 2, amendé, est adopté.)*

## Article 3

**M. le président.** Je suis saisi de deux amendements rédactionnels de la commission, n°s 37 et 38.

*(Les amendements n°s 37 et 38, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 78.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Le projet de loi prévoit que lorsque le dossier médical du patient fait apparaître qu'il a déjà fait l'objet d'une hospitalisation sous contrainte suite à une décision d'irresponsabilité pénale ou qu'il a déjà séjourné en unité pour malades difficiles, ces informations doivent être transmises au préfet. Ces antécédents déterminent, en effet, la mise en œuvre des dispositions spécifiques encadrant les décisions que le préfet doit prendre concernant ces personnes.

Face aux critiques suscitées par ce dispositif, le Sénat, sur proposition du rapporteur de sa commission des affaires sociales, a limité l'information du préfet, pour ces personnes ayant séjourné en UMD ou qui sont déclarées pénalement irresponsables, aux cas où une autre forme de prise en charge

que l'hospitalisation complète est envisagée. Notre commission des affaires sociales a complété cette précision en y ajoutant les cas où la levée de la mesure de soins est envisagée.

Le présent amendement poursuit un objectif identique et vise à permettre la transmission de cette information lorsqu'une autorisation de sortie de courte durée a été demandée. Sans vouloir réintroduire des dispositions spécifiques en matière de sortie de courte durée pour les personnes visées ici – autorisation explicite du préfet –, votre rapporteur considère que le préfet doit avoir connaissance de ces informations comme il en a connaissance dans le cadre d'une demande de modification de la forme de prise en charge ou de levée de la mesure de soins.

*(L'amendement n° 78, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 19.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

**Mme Jacqueline Fraysse.** Le texte actuel confie aux préfets le soin de décider de la forme de la prise en charge d'une personne hospitalisée sans son consentement en tenant compte, le cas échéant, du programme de soins établi par le psychiatre. Ainsi le préfet peut-il décider de la poursuite des soins en hospitalisation ou en ambulatoire.

Nous considérons que cette disposition devrait être modifiée pour confier au psychiatre, qui en informe le représentant de l'État, et non pas l'inverse, le soin de définir la prise en charge de son patient. C'est le sens de notre amendement.

Madame la secrétaire d'État, vous avez nié, à de nombreuses reprises, les accusations selon lesquelles ce projet de loi était un texte sécuritaire marqué par une défiance à l'égard des psychiatres. Ces dispositions en constituent pourtant la preuve.

Sur quelles compétences particulières en psychiatrie le préfet va-t-il s'appuyer pour décider de la forme de prise en charge des patients? Sur quelles données supplémentaires à celles qui lui seront transmises par le psychiatre va-t-il fonder sa décision, sinon sur des considérations d'ordre public inspirées par l'état du patient avant son traitement?

Selon le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, c'est « indirectement reconnaître qu'entre le jour de l'hospitalisation et le moment où le psychiatre propose en connaissance de cause un allègement des contraintes il ne s'est rien passé ». C'est, ajoute-t-il, « ignorer la conscience professionnelle des soignants ». Ces observations méritent intérêt. Ne placez pas les psychiatres sous surveillance! Faites-leur confiance et laissez-les exercer en pleine responsabilité le métier pour lequel ils ont été formés! Ce sont des gens responsables qui, comme chaque citoyen, ne sont pas indifférents aux considérations de sécurité et d'ordre public.

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

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Selon cet amendement, auquel la commission est défavorable, c'est le psychiatre, et non le préfet, qui décidera de la forme de prise en charge. Il est vrai que nous aurons du mal à trouver un terrain d'entente sur le rôle du préfet, mais je rappelle que nous sommes toujours dans le cadre de la loi de 1990 votée par la gauche et que celle-ci avait à l'époque estimé que le préfet devait prendre la main dans ce domaine. La gauche n'était donc pas si inquiète s'agissant des qualités du corps préfectoral.

Je crois qu'il faut préserver la spécificité de l'intervention de la préfectorale, qui consiste à mettre en balance des considérations d'ordre sanitaire avec des impératifs d'ordre public. C'est une logique respectable. Je peux comprendre que vous ne soyez pas d'accord, mais moi cela ne me choque pas. Le psychiatre est chargé des soins, vous l'avez dit, mais le préfet a une vision plus large car il doit tenir compte de l'ensemble des paramètres: soins, ordre public, etc. C'est au psychiatre qu'il appartient de définir le programme de soins, nous sommes tout à fait d'accord sur ce point. *A contrario*, la forme des soins, qui relève d'une vision plus large, est du ressort du préfet. Nous ne pourrions pas trouver de terrain d'entente, mais je ne peux pas être favorable à votre amendement.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Défavorable. Il faut distinguer la décision administrative et la décision sanitaire. Comme l'a rappelé le rapporteur, la décision administrative entre dans le cadre de la loi de 1990. Les hospitalisations d'office font l'objet d'une décision préfectorale. À ce titre, c'est donc bien au préfet qu'il revient de décider de la modalité de prise en charge. Il est en outre précisé, dans l'alinéa 17 de l'article 3, que celui-ci « joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. »

**Mme Jacqueline Fraysse.** Le cas échéant!

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** S'il y a un programme de soins!

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Absolument, s'il est opportun que le patient sorte de l'hospitalisation avec un programme de soins. La décision administrative, c'est donc bien le préfet qui la prend, mais le programme de soins relève du psychiatre. À chacun son rôle.

*(L'amendement n° 19 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement rédactionnel de la commission, n° 39.

*(L'amendement n° 39, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 3, amendé, est adopté.)*

#### Article 4

**M. le président.** Je suis saisi de cinq amendements rédactionnels de la commission, n°s 40, 41, 42, 43 et 44.

*(Les amendements n°s 40, 41, 42, 43 et 44, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 45.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Cet amendement de coordination vise à supprimer des dispositions qui sont devenues redondantes.

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

*(L'article 4, amendé, est adopté.)*

### Article 5

**M. le président.** Je suis saisi de quatre amendements rédactionnels de la commission, n<sup>os</sup> 46, 47, 48 et 49.

*(Les amendements n<sup>os</sup> 46, 47, 48 et 49, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 5, amendé, est adopté.)*

### Article 5 bis

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n<sup>o</sup> 50.

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Cet amendement vise à préciser le transfert de compétence au juge judiciaire pour connaître de la régularité des décisions administratives fondant la mesure de soins psychiatriques sans consentement. Nous sommes là dans le cadre de l'unification du contentieux. C'est un sujet que nous n'avons que très peu abordé à l'Assemblée nationale en première lecture, mais qui a été longuement étudié au Sénat. Cet amendement ne remet pas en cause le dispositif de la Haute assemblée, il vise simplement à améliorer pour que seule une irrégularité affectant les droits du patient soit de nature à entraîner l'annulation de la cessation de la mesure contestée de soins psychiatriques sans consentement. Nous devons en effet absolument éviter qu'une irrégularité purement formelle et dénuée de tout impact sur le bien-fondé de la décision puisse entraîner la mainlevée de la mesure.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Favorable.

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

**M. Serge Blisko.** Le rapporteur a bien fait de rappeler que l'Assemblée nationale avait très peu évoqué ce sujet. Nous sommes donc dubitatifs. Nous n'avons pas d'opposition de principe, mais nous nous interrogeons car nous manquons d'études d'impact sur une telle mesure. Lorsque l'hospitalisation est contestée par les malades cela relève plutôt du contentieux administratif. J'avoue que les arguments du rapporteur et l'exposé sommaire de l'amendement clarifient la situation. Personnellement, je ne me sens pas très compétent en la matière, et je crois ne pas être le seul sur nos bancs. Nous allons donc vous faire confiance, monsieur le rapporteur, en ne nous opposant pas à cet amendement, mais nous souhaiterions qu'il soit procédé à un bilan de ce contentieux, peut-être dans une revue de droit, pour savoir ce qui se passe et si cette disposition ne résulte pas d'une demande des juges administratifs souhaitant être délivrés d'un certain travail. En effet, il ne s'agit pas d'un contentieux énorme, contrairement à celui des étrangers qui représente 60 % du contentieux des tribunaux administratifs.

*(L'amendement n<sup>o</sup> 50 est adopté.)*

*(L'article 5 bis, amendé, est adopté.)*

### Article 6

**M. le président.** Sur l'article 6, je suis saisi d'un amendement n<sup>o</sup> 17.

La parole est à M. Serge Blisko.

**M. Serge Blisko.** Cet amendement est très important, car il aborde la question de l'avenir du secteur psychiatrique. Il est à mettre en rapport avec la loi HPST dont nous avons, la semaine dernière, examiné certaines adaptations et qui, dans l'organisation qu'elle propose des territoires de santé, ne nous paraît pas prendre correctement en compte la sectorisation géographique de la psychiatrie.

La semaine dernière en commission, M. le rapporteur nous a livré un exposé très savant sur le secteur psychiatrique qui, selon lui, restera intact. Si nous n'avons pas d'opposition de principe aux territoires de santé, dont on comprend bien qu'ils correspondent à des réalités géographiques ou démographiques et obéissent également à des critères techniques liés aux pathologies ou à l'implantation des structures hospitalières, nous n'arrivons pas néanmoins à percevoir comment vont se coordonner le territoire de santé et le secteur psychiatrique.

Nous vous implorons tout à l'heure de ne pas mettre la charrue avant les bœufs et plaignons pour une véritable loi sur l'organisation de la santé mentale. Il s'agit de revitaliser le secteur en lui conférant de nouvelles missions de prévention, de détection ou d'accompagnement à la parentalité, par exemple.

Souvenons-nous que les psychiatres français ont été dans les années cinquante et les années soixante de vrais pionniers dans la psychiatrie de proximité. C'est plus compliqué aujourd'hui et, du fait d'une certaine anomie, de nombreux patients sont très isolés, sans attachement familial, professionnel ou géographique, et le secteur psychiatrique doit s'adapter à ces nouvelles réalités.

Alors, pourquoi pas les territoires de santé, mais encore faut-il un mode d'emploi clair de leur articulation avec le secteur psychiatrique. Pour l'ensemble de la communauté psychiatrique, les malades et les familles, nous souhaitons que la politique de sectorisation soit réaffirmée, afin que le secteur psychiatrique ne soit pas le grand oublié de la politique de santé publique.

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

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Je suis défavorable à l'amendement de M. Blisko, avec qui j'ai longuement discuté de la question.

L'amendement que nous avons voté en commission prévoit une articulation entre les territoires de santé tels que définis dans la loi HPST et les secteurs de psychiatrie.

Si j'avais été pervers ou malhonnête, j'aurais supprimé le secteur, en proposant la suppression de l'article L. 3221-4. Mais le secteur persiste, et nous nous efforçons, à travers nos amendements, de coordonner deux organisations existantes.

Par ailleurs, monsieur Blisko, votre amendement aborde la question du secteur dans le cadre des urgences, or je vous donne acte que votre défense du secteur ne se limite pas au seul cas des urgences. Je vous propose donc de retirer cet amendement qui n'est pas à la bonne place, tout en vous assurant que la commission n'avait nullement l'intention de supprimer le secteur puisque nous avons gardé l'article de loi qui l'organise.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Avis défavorable. En effet, si cet amendement était adopté, seuls les établissements autorisés en psychiatrie pourraient accueillir des patients dans l'urgence.

Or nous savons bien que les urgences recouvrent différentes modalités de prise en charge, et, conformément à la loi HPST, les soins doivent être organisés au sein des territoires de santé, sous la gouvernance de l'agence régionale de santé, et ce quelle que soit la pathologie.

Il n'y a donc guère antinomie entre un territoire de santé, régi par l'ARS, et le secteur, qui persiste. Comme vient de le dire le rapporteur, le secteur vit sa vie...

**Mme Jacqueline Fraysse.** Difficilement !

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Mais, en matière d'urgence, il faut bien que tous les établissements puissent intervenir car le contraire ferait perdre des chances au malade.

Dans l'alinéa 9, il est d'ailleurs bien précisé que l'ARS 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, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, soit ceux qui ont la possibilité de faire de l'accueil d'urgence.

*(L'amendement n° 17 n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi par la commission de sept amendements rédactionnels, n°s 51 à 55, 56 rectifié et 57.

*(Les amendements n°s 51, 52, 53, 54, 55, 56 rectifié et 57, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 6, amendé, est adopté.)*

### Article 7

**M. le président.** Sur l'article 7, je suis saisi par la commission de six amendements rédactionnels, n°s 58 à 63.

*(Les amendements n°s 58, 59, 60, 61, 62 et 63, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 7, amendé, est adopté.)*

### Article 8

**M. le président.** Sur l'article 8, je suis saisi par la commission de trois amendements rédactionnels, n°s 64 à 66.

*(Les amendements n°s 64, 65 et 66, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 8, amendé, est adopté.)*

### Article 8 ter

**M. le président.** Sur l'article 8 ter, la parole est à M. Serge Blisko.

**M. Serge Blisko.** Je voudrais ici dire un mot de l'Infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris, qui a défrayé la chronique il y a quelques semaines et dont le statut est exorbitant.

Il ne s'agit nullement de mettre en cause le travail excellent accompli par les psychiatres vacataires qui y exercent et font le tri en 48 heures parmi toutes les personnes ramassées sur la voie publique – voire chez elles en cas d'inquiétude du voisinage ou de la famille – dans un état confus ou délirant, parfois à cause de l'absorption de substances toxiques ou d'alcool.

Cet organisme prend trois types de décision : soit l'hospitalisation d'office dans un des cinq hôpitaux parisiens qui reçoivent des HO, soit le retour au domicile avec engagement de se soigner, soit l'hospitalisation simple, car l'état du malade, sans être dramatique, mérite malgré tout une surveillance.

L'Infirmierie PPP est un modèle unique non à cause de son efficacité mais parce que son patron n'est autre que le préfet de police de Paris, lequel a par ailleurs également des liens avec l'hôpital de Nanterre...

Or nous estimons que les impératifs sanitaires doivent l'emporter sur les considérations administratives d'ordre public. Les hôpitaux psychiatriques spéciaux relèvent d'un régime parfaitement dérogatoire. Personne n'a jamais vu en effet que ce soit la police qui, même sur avis éclairé des psychiatres, décrète si une personne doit être gardée ou non en soins psychiatriques.

M. le rapporteur, dans sa fougue, a donné six mois au Gouvernement pour qu'il produise un rapport d'évaluation.

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Je suis très généreux !

**M. Serge Blisko.** Sans précipiter le mouvement, je voudrais réaffirmer à Mme la secrétaire d'État que le diagnostic porté sur cet établissement révèle que, s'il rend des services, il n'est plus adapté à la situation actuelle de la psychiatrie, surtout depuis que la loi exige que les avocats y pénètrent, voire les magistrats. J'aimerais donc savoir dans combien de temps l'Infirmierie rejoindra le droit commun.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Nous avons entendu les préconisations de M. Delarue, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, sur l'Infirmierie de la préfecture de police de Paris. Nous avons la volonté de faire évoluer cette structure en structure d'accueil sanitaire. Il faut travailler pour cela sur la modification de son statut. Nous avons six mois pour élaborer un rapport et vous faire des propositions. Nous pourrions alors avoir une idée plus précise de la structure à mettre en place pour remplacer l'IPPP.

*(L'article 8 ter est adopté.)*

### Article 9

**M. le président.** Sur l'article 9, je suis saisi par la commission de deux amendements rédactionnels, n°s 67 et 68.

*(Les amendements n°s 67 et 68, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 9, amendé, est adopté.)*

**Article 11 bis**

**M. le président.** Sur l'article 11 *bis*, je suis saisi par la commission d'un amendement rédactionnel, n° 69.

*(L'amendement n° 69, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 11 bis, amendé, est adopté.)*

**Article 13**

**M. le président.** Sur l'article 13, je suis saisi par la commission de trois amendements rédactionnels, n°s 70 à 72.

*(Les amendements n°s 70, 71 et 72, acceptés par le Gouvernement, et successivement mis aux voix, sont adoptés.)*

*(L'article 13, amendé, est adopté.)*

**Article 14**

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement rédactionnel, n° 73, de la commission.

*(L'amendement n° 73, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement rédactionnel, n° 74, de la commission.

*(L'amendement n° 74, accepté par le Gouvernement, est adopté.)*

*(L'article 14, amendé, est adopté.)*

**Article 15**

*(L'article 15 est adopté.)*

**Titre**

**M. le président.** Je suis saisi d'un amendement n° 18 portant sur le titre du projet de loi.

La parole est à M. Jean-Yves Le Bouillonnet.

**M. Jean-Yves Le Bouillonnet.** Cet amendement tend à modifier le titre du projet de loi afin de supprimer l'expression « faire l'objet de soins » pour privilégier une formule plus appropriée, le terme « objet » étant malvenu. En effet, les personnes souffrant de maladies mentales sont particulièrement stigmatisées dans notre société notamment avec la politique menée par l'actuel gouvernement qui, depuis 2006, tend à assimiler les malades mentaux à des délinquants alors que des études scientifiques montrent qu'il n'y a pas plus de personnes dangereuses parmi elles que dans l'ensemble de la population.

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

**M. Guy Lefrand, rapporteur.** Avis défavorable. J'aurais aimé faire plaisir à M. Le Bouillonnet pour le dernier amendement de la soirée mais le titre qu'il propose ne correspond pas à ce que nous voulons faire.

Vous proposez, cher collègue, de remplacer « personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » par « personnes dont l'état nécessite de recevoir des soins psychiatriques ». Je suis désolé mais il y a beaucoup plus de personnes aujourd'hui dont potentiellement l'état nécessite de recevoir des soins psychiatriques – n'oublions pas qu'un pour cent de la population serait schizophrène – que de personnes qui font effectivement l'objet de tels soins. La disproportion est donc importante entre ceux qui auraient besoin de soins et ceux qui en font réellement l'objet, ces derniers étant seuls visés par le projet de loi.

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

**Mme Nora Berra, secrétaire d'État.** Avis défavorable également. Monsieur le député, vous voulez corriger un terme qui vous paraissait péjoratif et stigmatisant. Or, vous aurez compris à l'examen des articles de ce projet de loi que le premier souci du Gouvernement est bien de renforcer le droit des personnes. C'est l'enjeu le plus important. Le respect des personnes est largement assuré par le contenu de ce texte.

*(L'amendement n° 18 n'est pas adopté.)*

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

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

Je rappelle que la conférence des présidents a décidé que les explications de vote des groupes et le vote par scrutin public sur l'ensemble du projet de loi auront lieu mardi 31 mai après les questions au Gouvernement.

2

**ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE**

**M. le président.** Prochaine séance, mardi 24 mai, à quinze heures :

Questions au Gouvernement ;

Éloge funèbre de M. Patrick Roy ;

Vote solennel sur la proposition de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Discussion en deuxième lecture du projet de loi relatif à la bioéthique.

La séance est levée.

*(La séance est levée à vingt-deux heures trente-cinq.)*

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

CLAUDE AZÉMA

















## ABONNEMENTS

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

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

Paiement à réception de facture

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

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

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

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

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