



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

ETUDE D'IMPACT

Janvier 2011

SOMMAIRE

Avertissement	1
Introduction :	5
I - DIAGNOSTIC.....	7
1.1. L'offre hospitalière de soins en psychiatrie.....	7
1.1.1. La place prépondérante des établissements sectorisés spécialisés en psychiatrie ..	7
1.1.2. Une forte augmentation de la demande dans le cadre du développement des prises en charges ambulatoires et à temps partiel	9
1.1.3. Une spécialisation croissante de l'offre.....	9
1.2. Le dispositif actuel des hospitalisations sans consentement	10
1.2.1. Données statistiques et épidémiologiques	10
1.2.2. La description du dispositif juridique actuel	12
1.2.3. Données européennes comparées	16
1.3. La nécessité de modifier la loi.....	18
1.3.1. L'évolution du contexte juridique.....	18
1.3.2. Un dispositif perfectible	26
1.4. Les actions déjà menées ou en cours ne relevant pas du domaine législatif.....	33
1.4.1. Le plan de santé mentale (2005-2008).....	33
1.4.2. Les instructions pour limiter les contentieux (la motivation des décisions préfectorales).....	35
1.4.3. Le suivi des HSC et l'aide à l'instruction des dossiers pour les décisions préfectorales (HOPSY).....	36
1.4.4. Un décret pour se mettre en conformité avec la jurisprudence de la CEDH sur l'examen à brefs délais des demandes de sortie immédiate	36
1.4.5. Le dispositif de suivi des fugues.....	37
1.4.6. Les actions pour la sécurisation des établissements	37
II - OBJECTIFS DE LA LOI	39
III – PRINCIPALES OPTIONS	39
3.1. Les trois rapports des inspections générales de différents ministères sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 aboutissent parfois à des conclusions différentes, y compris sur des points fondamentaux.	39
3.2. Les options législatives non retenues	40
3.2.1. L'unification du dispositif : la fusion de l'HO et de l'HDT	40
3.2.2. La suppression du tiers	41
3.2.3. Le curateur à la personne pour suppléer l'absence de tiers	42
3.2.4. L'extension des missions des CDHP	42
3.3. Les mesures législatives inscrites dans le projet gouvernemental.....	42
IV. L'ANALYSE DE L'IMPACT DES OPTIONS RETENUES.....	45
4.1. Impact sur les patients et leurs proches.....	45
4.1.1. Un dispositif d'accès aux soins sans consentement mieux adapté à la diversité des situations tout en garantissant les droits des patients.....	47
4.1.2. Des modalités de soins adaptées aux pratiques actuelles de prise en charge en psychiatrie	48
4.1.3. Un circuit de l'information sur le déroulé de la mesure de soins sans consentement adapté à l'évolution des modalités de prise en charge	49

4.1.4. Des dispositions pour assurer la continuité du traitement et apportant une aide aux familles.....	49
4.1.5. Un meilleur encadrement de la sortie des établissements de santé pour les soins ambulatoires ou pour les levées des mesures de soins sans consentement, tant pour la sécurité des malades que pour l'entourage	50
4.1.6. Mais une évolution de la loi qui ne modifie pas les dispositions applicables à certaines populations	51
4.1.7. Les droits des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement seront renforcés	51
4.2. l'impact sur les administrations publiques.....	52
4.2.1. Représentants de l'Etat :.....	52
4.2.2. Les établissements de santé.....	53
4.2.3 Les Agences régionales de santé	56
4.2.4. Impact sur les services de la justice	57
4.2.5. Le rôle des maires	64
4.3. L'impact juridique.....	64
4.3.1. L'impact des modifications apportées au regard du droit européen.....	64
4.3.2. Liste prévisionnelle des textes d'application.....	65
4.3.3. La nécessité d'aménager une montée en charge progressive du dispositif de contrôle par le JLD :	67
4.3.4. L'harmonisation des infractions pénales.....	68
4.4. L'impact budgétaire	68
V- CONSULTATIONS ET CONCERTATIONS.....	69
5.1. Consultations obligatoires.....	69
5.2. Les partenaires concertés.....	Erreur ! Signet non défini.

ANNEXES

Annexe I	Données statistiques et épidémiologiques
Annexe II	Psychiatres : Démographie, délégations de tâches
Annexe III	Modalités de calcul de l'impact sur les établissements de santé
Annexe IV	Modalités de calcul de l'impact sur les services de la justice
Annexe V	Projet de loi consolidé
Annexe VI	Rythme des certificats et des décisions de maintien

Avertissement

Le 5 mai 2010, le Gouvernement a déposé à l'Assemblée nationale un 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, réformant en profondeur le cadre juridique hérité de la loi du 27 juin 1990.

Ce projet enregistré sous le numéro 2494 était accompagné d'une étude d'impact, qui, conformément aux dispositions de la loi organique n°2009-403 du 15 avril 2009, définissait les objectifs poursuivis par le projet de loi, recensait les options possibles et exposait les motifs du recours à la nouvelle législation envisagée ainsi que les impacts de celle-ci.

La décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010, qui juge inconstitutionnel le maintien en hospitalisation sans consentement sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire au-delà de 15 jours, nécessite plusieurs adaptations du projet de loi déposé le 5 mai 2010.

Le présent document, qui n'a pas évolué quant à sa structure, intègre les éléments nouveaux justifiés par les aménagements apportés au projet de loi initial.

Ainsi, la partie relative à l'évolution du contexte juridique a été actualisée au vu des derniers éléments de jurisprudence. Par ailleurs, la partie relative aux principales options du projet de loi présente désormais celles concernant l'instauration du contrôle juridictionnel du maintien de l'hospitalisation sans consentement au-delà d'un certain délai, consécutive à la décision du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010. Enfin, la quatrième partie concernant l'analyse de l'impact des options retenues a été actualisée au vu des nouvelles dispositions. Pour des questions de lisibilité du document, certains éléments de cette partie ont été renvoyés en annexe, ainsi qu'une présentation du nouveau dispositif.

Enfin, la cinquième partie a été amendée pour intégrer les nouvelles consultations effectuées.

Introduction :

Selon une enquête internationale ESEMED-EPREMED, plus d'un tiers de la population française en 2005 a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, dont un cinquième dans l'année. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (12 à 13 % des personnes interrogées) suivis par les troubles de l'humeur (8 à 11%). En 2005, le diagnostic d'état dépressif sévère avait touché 2 à 3% de la population en France et l'anxiété généralisée 1 à 2 %. Sur une vie entière, les troubles d'allure psychotiques avaient touché environ 3 % de la population et le diagnostic de schizophrénie un peu moins de 1%. Les pathologies psychiatriques sont au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité, la deuxième cause médicale d'arrêt de travail et la 4ème cause d'affection de longue durée.

Les conséquences des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques sont lourdes autant pour la personne qui en souffre que pour sa famille. Le coût direct et indirect des troubles mentaux et des pathologies psychiatriques a été estimé en 2005 à 3 à 4 % du PIB de l'Union européenne.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé cinq objectifs à la politique de santé mentale :

- réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- réduire de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité ;
- réduire de 20% le nombre de suicides en population générale ;
- réduire de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus ;
- augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant des troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux traités selon les recommandations de bonne pratique clinique.

Pour atteindre ces objectifs, diverses mesures sont mises en œuvre afin d'améliorer le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique,

- favoriser le diagnostic précoce des pathologies mentales,
- organiser une offre de soin adaptée en lien avec le secteur social et médico-social,
- initier et soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles et d'évaluation de celles-ci.

Il s'agit également de permettre aux associations de malades souffrant de pathologies mentales et à leurs familles de participer pleinement à l'amélioration du dispositif de prise en charge et au soutien aux personnes malades.

Par ailleurs, des actions spécifiques en direction des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et de leurs aidants naturels sont développées, notamment dans le champ de l'insertion sociale et de l'insertion professionnelle. Ces actions font suite à la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des

personnes handicapées qui a inclus « *l'altération substantielle, durable ou définitive... des fonctions psychiques* » dans le champ du handicap.

Les pathologies mentales graves s'inscrivent souvent dans une certaine durée, avec des périodes de crises et de rémissions. Mais les avancées scientifiques tant dans le domaine des neurosciences, de la biologie que des thérapeutiques médicamenteuses ont modifié ces vingt dernières années les pratiques cliniques, confortées en cela par les résultats d'une recherche clinique en plein essor.

Le pronostic des pathologies mentales en a été transformé, ce qui a modifié le recours aux soins en psychiatrie et son organisation.

L'organisation des soins en psychiatrie s'est construite en prenant en compte les caractéristiques des pathologies, en particulier le déni de la maladie par le patient, le comportement de certains patients qui peut porter atteinte à l'ordre public, et la nécessité d'une prise en charge de proximité. Les derniers chiffres disponibles permettent d'estimer le nombre d'adultes pris en charge en établissements spécialisés en psychiatrie à 1,3 million sur une année (cf. infra).

La grande majorité des hospitalisations en psychiatrie se fait sur demande du patient. Pour moins d'un patient sur cinq cependant, cette hospitalisation lui est imposée.

Ces soins hospitaliers réalisés sans le consentement du patient répondent à la nécessité de ne pas attendre la demande du patient dans les cas où ses troubles mentaux nécessitent des soins immédiats, sont susceptibles d'engager son pronostic vital ou de porter atteinte à sa sécurité ou à celle de ses proches et nécessitent une prise en charge sans délai.

Le statut des malades mentaux a été défini pour la première fois par une loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. La réforme d'ensemble du dispositif législatif n'est intervenue qu'avec la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, dont les dispositions ont été codifiées dans le code de la santé publique sous les articles L. 3211-1 à L. 3223-3. Ce délai atteste de la complexité de ce sujet et de la difficulté à trouver un juste équilibre entre, d'une part, un devoir d'assistance sanitaire à des personnes qui ne peuvent justement évaluer leurs besoins en raison de leurs troubles mentaux ainsi que la nécessité d'assurer leur protection ou celle d'autrui, et, d'autre part, la garantie des libertés individuelles et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

Cette étude présente les propositions d'évolution de la législation en cours afin de prendre en compte les spécificités de la maladie mentale, les modalités actuelles de prise en charge en psychiatrie et de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux et de leur entourage.

I - DIAGNOSTIC

1.1. L'offre hospitalière de soins en psychiatrie

L'offre hospitalière de soins psychiatriques est présente en France dans 621 établissements de santé.

Elle se caractérise par :

- la place de la psychiatrie publique sectorisée et la part des établissements ayant une autorisation unique en psychiatrie ; les établissements publics et privés sans but lucratif représentent 75% des capacités d'accueil. Les établissements sectorisés représentent 77% des capacités pour la prise en charge en psychiatrie générale ;
- l'augmentation très importante de l'activité depuis une vingtaine d'années et le développement des prises en charge ambulatoires ou à temps partiel ;
- la spécialisation de l'offre dans le cadre de soins gradués.

1.1.1. La place prépondérante des établissements sectorisés spécialisés en psychiatrie

L'organisation de la psychiatrie est fondée pour l'essentiel sur la psychiatrie publique sectorisée. La sectorisation a été conçue et mise en place dans les années 1960, au sein d'aires géographiques appelées « secteurs » pour assurer la continuité des prises en charge pour une population présentant essentiellement des pathologies psychotiques au caractère chronique, et pour lesquelles il était indispensable d'organiser, de façon cohérente au sein d'une équipe pluri professionnelle, la prévention, le soin et l'insertion. Des prises en charge diversifiées sont organisées, associant hospitalisation, activité à temps partiel, consultations et accueil dans des centres médico-psychologiques (CMP), au plus près des lieux de vie des patients.

Les secteurs assurent des prises en charge très diversifiées, en ambulatoire, à temps partiel et à temps complet.

La prise en charge ambulatoire

- les centres médico-psychologiques (CMP)

L'offre ambulatoire comprend essentiellement les prises en charge en centres médico-psychologiques (CMP), dont seuls les établissements sectorisés peuvent disposer. Le CMP est le dispositif pivot du secteur. Il a pour mission d'assurer la continuité de la prise en charge sur le territoire couvert, d'organiser et de coordonner toutes les activités extra-hospitalières, en lien avec les unités d'hospitalisation. A côté de la mission de consultation traditionnelle, il offre aussi des plages horaires d'ouverture durant lesquelles les patients peuvent se présenter sans rendez-vous. Par ailleurs, il assure le suivi des patients à leur domicile ou dans les institutions de substitution telles que les structures médico-sociales.

La diversité des missions suppose la pluridisciplinarité de l'équipe, qui associe des médecins, des psychologues, des infirmiers et d'autres professionnels de santé ou médico-sociaux, ce qui impacte le coût de fonctionnement de la structure.

La prise en charge à temps partiel

Les prises en charge à temps partiel regroupent toutes les formes de prise en charge qui ne comportent pas d'hospitalisation incluant une journée et une nuit consécutives.

Elle comprend quatre formes, définies dans les décret et arrêté du 14 mars 1986, dont seule la première est ouverte aux établissements privés, les trois autres relevant exclusivement des établissements sectorisés : l'hôpital de jour : il assure des soins polyvalents et intensifs à temps partiel ;

- les *centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)* qui ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe ;
- les *ateliers thérapeutiques* : ils sont orientés vers la réinsertion professionnelle et la réinsertion sociale, et comprennent des médecins, des infirmiers, des ergothérapeutes et des professionnels techniciens ;.
- les hôpitaux de nuit : ils assurent une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale la nuit, pour les patients ayant acquis une certaine autonomie la journée.

La prise en charge à temps complet

Elle est déclinée en cinq modes :

- *l'hospitalisation à temps plein*, pour dispenser des soins intensifs adaptés aux situations aiguës nécessitant une prise en charge continue ;
- les *centres de postcure* : ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë, le prolongement des soins actifs et les traitements nécessaires à la réadaptation sociale et au retour à l'autonomie ;
- les *appartements thérapeutiques* : ce sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale, mises à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante voire continue des personnels soignants ;
- *l'hospitalisation à domicile* : la prise en charge thérapeutique a lieu au domicile du patient, associée le cas échéant à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du sujet ;
- les *placements en accueil familial thérapeutique* : ils constituent une suite ou une alternative à l'hospitalisation à temps complet.

L'offre sectorisée en psychiatrie générale est assurée par 255 établissements, dotés de 42.147 lits et 15 740 places alors que 297 établissements sont non sectorisés, avec 14.353 lits et 1991 places.

La place de la sectorisation est plus forte en psychiatrie infanto-juvénile : sur un total de 211 établissements pour 1635 lits et 7512 places, seulement 93 établissements ne sont pas sectorisés, soit 465 lits et 1374 places.

Il est toutefois à noter qu'un même établissement peut avoir une offre sectorisée et non sectorisée.

Plus de la moitié des établissements ayant une activité de psychiatrie, qu'ils soient sectorisés ou non, sont des établissements ayant une autorisation exclusive en psychiatrie.

1.1.2. Une forte augmentation de la demande dans le cadre du développement des prises en charges ambulatoires et à temps partiel

Contrastant avec une morbidité psychiatrique stable, on observe une augmentation très importante du taux de recours à la psychiatrie : 1 695 000 personnes adultes ou enfants ont été pris en charge en 2008.

Ce sont essentiellement les modes de prise en charge ambulatoire qui expliquent cette croissance notamment pour les prises en charge de psychiatrie infanto-juvénile.

L'analyse des recueils d'information médicale en psychiatrie (RIM-Psy) de l'année 2008 montre que sur 1 309 000 patients de plus de 18 ans pris en charge, 69% l'ont été exclusivement en ambulatoire, 13% au titre exclusif de l'hospitalisation à temps complet et les autres patients bénéficiant d'une prise en charge alliant ambulatoire et hospitalisation.

Les diagnostics principaux des patients de plus de 18 ans sont pour 17% des troubles de l'humeur (dont les troubles bipolaires), 8% des troubles addictifs, 8% des schizophrénies et 7% des troubles de l'anxiété.

Les troubles neurologiques (démences, retard mental) ont diminué, ce qui a largement contribué à la diminution de la durée moyenne de séjour, qui avoisine 30 jours. Celle-ci a pour autre explication le développement des structures alternatives à l'hospitalisation.

Ainsi, la file active de patients hospitalisés à temps complet, qui représente 311 000 personnes soit un quart de la file active totale, a augmenté de 22 % en 15 ans alors que, dans le même temps, le nombre de lits a été réduit de 56%.

1.1.3. Une spécialisation croissante de l'offre

Au cours des dernières années et sous l'impulsion du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, la prise en charge en psychiatrie a été mieux différenciée pour répondre à la spécificité de certaines populations (populations précaires, personnes âgées, adolescents...), à certaines pathologies (addictions, anorexie, troubles de l'attachement du nourrisson...) ou à certaines situations cliniques (tentatives de suicide, urgences, accompagnement des troubles somatiques graves).

Ces évolutions ont été possibles notamment grâce à une augmentation des moyens disponibles. Ainsi, durant les cinq dernières années, le budget de la psychiatrie a cru de 2 à 3% par an en moyenne, ce qui a permis une augmentation des effectifs. (cf. infra résultats du plan psychiatrie et santé mentale).

1.2. Le dispositif actuel des hospitalisations sans consentement

1.2.1. Données statistiques et épidémiologiques

1.2.1.1. Les patients hospitalisés sans leur consentement

En 2007 et 2008, environ 69 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement au moins une fois dans l'année ce qui représente près de 23% de l'ensemble des personnes prises en charge en hospitalisation complète.

Les personnes hospitalisées sans leur consentement sont en grande majorité des hommes dans le cas des hospitalisations d'office¹ alors que les hospitalisations à la demande d'un tiers concernent aussi souvent des hommes que des femmes. Leur moyenne d'âge, 42 ans pour les HDT et 39 ans pour les HO, n'est pas très différente de celle observée pour l'ensemble des personnes hospitalisées en psychiatrie (42,3 ans).

Il existe peu d'études portant sur la situation socio-économique et familiale des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement. Une étude réalisée au Centre Hospitalier du Vinatier (Lyon) sur des patients hospitalisés en 2003² montre que l'on retrouve dans le cas de personnes hospitalisées d'office plus souvent des difficultés psycho-sociales (isolement, situation d'exclusion) et dans le cas de personnes hospitalisées à la demande d'un tiers, plus souvent des difficultés liées à l'entourage immédiat. Une récente étude réalisée en Ile de France dans la population des personnes sans domicile fixe, montre que près de 12% ont été hospitalisées contre leur volonté au moins une fois.

Pour près de la moitié des personnes hospitalisées sans leur consentement (29 427 patients), les pathologies mentales diagnostiquées sont le plus souvent les schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants (CIM-10³ : F20 à F29). Le 2^{ème} groupe de pathologies le plus souvent rencontrées concerne les troubles de l'humeur (CIM-10 : F30 à F39 et 12 043 patients concernés).

Selon l'étude réalisée en 2003 par le CH du Vinatier précédemment citée, l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) constitue souvent un mode d'entrée dans le soin psychiatrique alors que l'hospitalisation d'office (HO) concerne souvent des personnes déjà connues des équipes soignantes du secteur de psychiatrie.

Selon le RIM-psy, 18 % des journées d'hospitalisation complète en psychiatrie en 2008 sont réalisées dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement.

¹ De 80 à 92%, Source RIM-Psy 2008, <http://www.atih.sante.fr>

² Publication de la DREES, « La prise en charge de la santé mentale », Recueil d'études statistiques – Janvier 2008 <http://www.sante.gouv.fr/drees/santementale/santementale.htm>

³ Classification internationale des maladies

L'enquête réalisée par l'IGAS en 2003⁴ dans 3 régions (Lorraine, Aquitaine, Rhône-Alpes) montrait que la durée moyenne de séjour pour les personnes en HDT était de 60 jours, pour les personnes en HO de 95 jours et pour les personnes en hospitalisation libre de 52 jours.

1.2.1.2. Mesures d'hospitalisation sans consentement

Il y a eu 159 mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus en 2007, selon les rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) :

- 134 mesures d'HDT pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus soit 61 019 mesures de HDT,
- 25 mesures d'HO pour 100 000 habitants âgés de 20 ans et plus soit 11 579 mesures de HO.

Mais il faut noter une très grande variabilité de ces taux selon les départements ; les écarts pouvant varier de 1 à 5 pour les HDT et de 1 à 9 pour les HO.

Au niveau national, le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement diminue régulièrement depuis 2003 (-7% entre 2003 et 2007), après avoir connu une forte progression entre 1998 et 2003 (+22%). Cette décroissance est plus récente pour les HO que pour les HDT.

Il faut toutefois remarquer que la part des hospitalisations sans consentement sur l'ensemble des hospitalisations (nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale – source SAE⁵) reste particulièrement stable au cours de la période d'étude, 1998 – 2007, puisqu'elle varie entre 11% et 13% (étude réalisée par la DREES en janvier 2010 à partir des rapports d'activité des CDHP).

L'analyse des données disponibles montre que le nombre de mesures de sorties d'essai peut être très variable d'un département à l'autre pour un même nombre (ou équivalent) de mesures de HO ou de HDT. Il est probable que certains départements pratiquent des sorties d'essai de durée courte, mais répétées.

Dans le RIM-psy, seules les sorties d'essai de plus de 48h sont enregistrées. En 2008, il y a eu 52 400 sorties d'essai. Celles-ci semblent concerner plus souvent les personnes en HO que les personnes en HDT. Il semble que la quasi totalité des personnes en HO bénéficie d'une sortie d'essai avant qu'intervienne la levée de la mesure de HO.

Il n'en est pas de même pour les personnes en HDT, près d'une personne sur 3 bénéficierait d'une levée d'HDT sans avoir bénéficié de sortie d'essai.

Les HDT prononcées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent (en application de l'article L.3212-3 du code de la santé publique), en 2007, représentaient **48 %**

⁴ IGAS Rapport n° 2005-064 / IGSJ n°11/05 - « 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 » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000110/0000.pdf>

⁵ Statistique annuelle des établissements de santé, voir page 79.

des **HDT**⁶ totales dans 90 départements répondants. Cette proportion est en augmentation depuis 1998 où elle était de 32%.

La part des HO prises à la suite d'une mesure provisoire du maire ou, à Paris, des commissaires de police (article L.3213-2 du code de la santé publique - CSP) sur l'ensemble des hospitalisations d'office semble être relativement stable au cours du temps. Elle est de **68 % en 2007** dans 90 départements répondants.

Les mesures de HO prononcées en application de l'article D.398 du code de procédure pénale (CPP) et concernant les détenus étaient en 2007 de 2051 sur 94 départements répondants⁷, le nombre de mesures par département allant de 0 à 113 (Nord). Le nombre de mesures ou le nombre de détenus concernés sont en augmentation dans les trois sources d'information disponibles (SAE, RIM-psy et rapports d'activité des CDHP). Ainsi dans le RIM-psy le nombre de détenus concernés était de 1035 en 2007 (pour 61 810 détenus) et de 1489 en 2008 (pour 64 250 détenus).

Les HO prononcées en application de l'article L 3213-7 CSP (irresponsables pénaux) étaient de 206 nouvelles mesures dans les rapports d'activité des CDHP en 2007, le nombre de mesures par département allant de 0 à 15 (Bouches-du-Rhône) et 16 (Seine Maritime). Le taux de réponse à cet item étant faible, aucune analyse temporelle n'est possible. Pour mémoire, dans le RIM-psy il y a eu en 2008, 299 personnes hospitalisées d'office qui avaient été jugées pénalement irresponsables.

Aux termes de **l'article 706-135 du CPP**, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce une décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner l'hospitalisation d'office de la personne, après avis d'un expert psychiatre. 47 décisions d'irresponsabilité pénales ont été rendues sur la période du 15 septembre 2008 au 11 décembre 2009 (15 mois d'observation)⁸. Parmi les personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement, 20 d'entre elles ont fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office, 18 décidées par la chambre d'instruction et 2 par le tribunal correctionnel.

1.2.2. La description du dispositif juridique actuel

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 modifiée relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux a été codifiée dans le code de la santé publique sous les articles L. 3211-1 à L. 3223-3.

Outre qu'elle établit l'hospitalisation dite « libre » comme le régime normal d'hospitalisation psychiatrique et qu'elle reconnaît aux patients concernés les mêmes droits que ceux dont bénéficient les patients soignés pour d'autres pathologies, elle limite les restrictions à ces droits, pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement.

⁶ Rapport d'activité des CDHP.

⁷ Rapports d'activité des CDHP.

⁸ « Recensement des décisions rendues en application de la loi n°2008-174 du 25 février 2008, relative à la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ». Communication du ministère de la justice en date du 27 janvier 2010.

La spécificité du dispositif actuel est **la coexistence de deux procédures d'hospitalisation sans consentement** :

- l'hospitalisation d'office (HO)
- l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).

Le critère commun pour que l'une ou l'autre de ces hospitalisations soit prononcée est **l'existence de troubles mentaux** nécessitant des soins. Cependant, ces deux dispositifs obéissent à des logiques distinctes qui impliquent des conditions d'entrée et de sortie du dispositif différentes.

1.2.2.1. La procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)

Elle peut être mise en œuvre à condition que les troubles mentaux de la personne rendent impossibles son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. **Aucun critère autre que l'état de santé mental du patient qui rend impossible son consentement n'est pris en considération.**

La décision d'HDT revêt la forme d'une admission en hospitalisation prononcée par le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil.

Deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés attestent que les critères relatifs à l'état du patient requis pour une HDT sont bien remplis.

Le premier certificat doit avoir été établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (la loi n'exige pas qu'il soit psychiatre : il peut s'agir du médecin de famille ou du médecin traitant).

Le second certificat peut être établi par un médecin (qui peut également ne pas être psychiatre) de l'établissement d'accueil.

Pour que l'admission puisse être prononcée, il faut que l'HDT soit demandée par écrit par un tiers, soit un membre de la famille du malade ou une personne ayant des relations avec le malade antérieures à la demande d'HDT (Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, Centre hospitalier de Caen⁹).

La levée de la mesure d'HDT est de droit lorsqu'elle est demandée par un psychiatre de l'établissement qui certifie que les conditions requises pour l'HDT ne sont plus réunies, lorsqu'elle est ordonnée par le préfet ou lorsqu'elle est demandée par le curateur, la famille, le demandeur de l'HDT ou la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

La transformation d'une hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office peut intervenir lors de la demande de levée de l'HDT (par la famille, le tiers demandeur ou la CDHP), si le médecin psychiatre estime que la poursuite des soins est indispensable et si la personne malade répond aux critères de l'HO ; cette transformation peut également s'opérer

⁹ Conseil d'Etat, 1ère et 2ème sous-sections réunies, du 3 décembre 2003, 244867, publié au recueil Lebon, consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

lorsque, au cours de l'hospitalisation sur demande d'un tiers, l'état de santé mentale du patient évolue vers les critères de l'HO. Dans cas, le préfet peut prendre un arrêté provisoire d'HO.

1.2.2.2. L'hospitalisation d'office (HO)

Elle peut être prononcée dès lors que les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. **L'hospitalisation, justifiée par l'état de santé du patient, a également pour objectif d'éviter que ses troubles mentaux ne nuisent à autrui ou à lui-même.**

La décision est donc prise par l'autorité administrative (le préfet et, à Paris, le préfet de police ou le maire en cas d'urgence) qui se détermine au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant être établi par un psychiatre exerçant dans l'établissement hospitalier d'accueil.

La levée de la mesure d'HO est prononcée par le préfet, sur demande d'un psychiatre (qu'il soit ou non de l'établissement).

Il existe deux cas particuliers d'hospitalisation d'office, l'une concernant les personnes détenues, l'autre les personnes dont l'irresponsabilité pénale en raison de leurs troubles mentaux a été reconnue.

- **L'HO des détenus** : actuellement, elle est prononcée par le préfet sur la base de l'article D 398 du code de procédure pénale. A l'issue de l'hospitalisation, le détenu retourne en détention. A l'avenir, les personnes détenues seront soignées pour leurs troubles mentaux au sein d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

- **L'HO des personnes ayant 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.** L'HO peut alors être soit prononcée par le préfet sur la base de l'article L. 3213-7 du CSP après information par les autorités judiciaires, soit ordonnée par la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement qui prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Cette dernière disposition résulte de la modification la plus récente de la loi du 27 juin 1990 portée par la loi n°2008-174 du 25 février 2008.

1.2.2.3. Les procédures de l'HO et de l'HDT présentent plusieurs points communs

- a) Une fréquence comparable des examens par un psychiatre et des certificats médicaux durant l'hospitalisation (premier réexamen au cours des vingt-quatre premières heures, deuxième dans les quinze jours suivant l'admission, puis au moins une fois par mois) garantit le bien-fondé de l'hospitalisation et permet d'adapter les soins à l'évolution de l'état mental du patient ;

- b) Une procédure simplifiée en cas d'urgence : pour l'HDT, en cas de péril imminent pour la santé du patient, un seul certificat d'un médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil est nécessaire et, pour l'HO, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou, à Paris, les commissaires de police sont compétents pour prendre des mesures provisoires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes. L'HO est ensuite prononcée dans les conditions de droit commun ;
- c) Une durée de validité limitée des mesures qui doivent être maintenues – par certificat médical pour l'HDT, par arrêté préfectoral pour l'HO, selon une périodicité fixée par la loi. A défaut de maintien aux échéances légales, ces mesures deviennent automatiquement caduques ;
- d) Une possibilité d'aménagement des conditions de traitement des personnes en HO ou en HDT sous la forme de sorties d'essai afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion. Celles-ci peuvent être prononcées pour une durée de trois mois éventuellement renouvelables et comportent une surveillance médicale. La personne garde son statut de personne hospitalisée. Pour l'HDT, les sorties sont accordées par le directeur de l'établissement sur avis médical. Pour l'HO, elles sont accordées par le préfet sur proposition médicale ;

Les dispositifs de recours et de contrôle

- le contrôle a posteriori du juge - judiciaire sur la nécessité de la mesure et administratif sur sa légalité et le pouvoir du juge des libertés et de la détention d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ;
- les visites des établissements de santé par les autorités judiciaires et administratives (préfet, procureur de la République, juge du tribunal d'instance, maire)
- l'examen de la situation des personnes hospitalisées sans leur consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes par les commissions départementales de l'hospitalisation psychiatriques (CDHP), instances ad hoc ;
- la veille du respect des droits de l'Homme par le contrôleur général des lieux privés de liberté.

1.2.2.4. Les droits des patients hospitalisés sans leur consentement

- a) Si le législateur a considéré que, dans certaines situations, le préjudice majeur pour la personne concernée était l'absence de soins et que, dans ce cas, le recours à la contrainte était nécessaire, il a jugé indispensable de préciser que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles d'une personne hospitalisée sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement et

qu'en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. A cet égard, la recommandation européenne du 22 septembre 2004 distingue le placement involontaire du traitement involontaire. Cette distinction existe également dans certaines législations de pays européens. C'est le cas notamment en Allemagne et aux Pays-Bas. En revanche, en France, l'hospitalisation est considérée comme une modalité de traitement et il ne serait pas concevable qu'une personne soit hospitalisée sans son consentement dans un établissement de santé sans y être soignée.

- b) La confidentialité des données médicales est également garantie pour les patients hospitalisés sans leur consentement. Les patients ont un accès direct à leur dossier médical dans le cadre d'une procédure qui peut être aménagée et les litiges en la matière sont tranchés par la CDHP.

- c) La personne hospitalisée sans son consentement doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits. Elle dispose du droit de communiquer avec toutes les autorités chargées de visiter les établissements de santé accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement. Elle est libre de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix et a le droit d'émettre ou de recevoir des courriers. Elle peut également saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Les textes actuels ne mentionnent pas la prise en compte de l'avis du patient.

- d) Afin de garantir le respect des droits des patients hospitalisés en psychiatrie, la loi du 27 juin 1990 a créé les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Cette instance est informée de toutes les hospitalisations sans consentement. Elle exerce ses missions par des visites des établissements de santé habilités à accueillir des personnes hospitalisées sans leur consentement ; elle examine les dossiers des patients à leur demande et étudie systématiquement les dossiers des personnes en HDT depuis plus de trois mois et rencontre les patients à leur demande.

1.2.3. Données européennes comparées¹⁰

Il existe une extrême diversité des critères et des modalités du soin contraint en psychiatrie d'un pays de l'Union européenne à l'autre comme le montre le tableau ci-après.

Dans les pays disposant d'une législation sur les soins contraints, celle-ci porte :

¹⁰ « Psychiatrie et santé mentale », collection "Regards sur l'actualité" de la Documentation française N°354 - Octobre 2009, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/regards-actualite/2009/sommaire354.shtml>

- sur l'ensemble des personnes dans l'incapacité ou l'impossibilité de consentir aux soins sans faire de distinction entre les différents diagnostics médicaux (les directives anticipées en Espagne),
- sur les personnes considérées comme vulnérables comme les personnes mineures ou sous tutelle (consentement par représentation en Espagne),
- ou sur les personnes présentant une pathologie psychiatrique ou un trouble mental (France, Grande-Bretagne).

12 pays dont la Belgique et la France ont une législation spécifique sur les soins contraints des personnes présentant une pathologie psychiatrique. Trois pays (Espagne, Italie et Grèce) n'ont pas de loi spécifique concernant les malades mentaux.

En cas de pathologie mentale, les situations pouvant entraîner des soins contraints pour les personnes concernées diffèrent également selon les pays. Dans certains pays, seule la dangerosité de la personne est prise en compte, dans d'autres pays seul le besoin de soin, sans référence à la dangerosité, et dans d'autres le besoin de soin et la dangerosité sont pris en compte.

Dans certains pays (Allemagne, Danemark, Irlande) les diagnostics pouvant entraîner « un soin contraint » sont précisés (psychose, démence, déficience mentale,...).

Dans 7 pays d'Europe, le professionnel sollicité pour se prononcer sur le soin contraint est obligatoirement un psychiatre « ayant une expérience particulière » et, dans 8 autres, cela peut être n'importe quel médecin.

Dans certains pays, il faut « documenter » l'absence d'alternative aux soins contraints pour une personne souffrant de pathologie mentale (Belgique). Dans d'autres pays, la loi précise, en cas de soins contraints, le protocole de soins mis en place. Le soin contraint peut être assorti ou non d'un protocole détaillé des mesures coercitives possibles ou d'une possibilité d'obligation de soins à domicile.

Il faut noter également que la législation d'un mode de soins contraint peut coexister avec une législation et un dispositif spécifique, ordonné dans le cadre pénal ou post-pénal, pour les auteurs d'infractions ou de délits souffrant d'une pathologie psychiatrique (Italie, Royaume-Uni ou Belgique).

La quasi-totalité des Etats européens reconnaissent le pouvoir judiciaire comme légitime pour décider d'une hospitalisation ou d'un soin contraint. La France fait figure d'exception en la matière.

In fine, deux options sont présentes en Europe :

- l'une maintient un régime d'exception à l'endroit du consentement des personnes atteintes de troubles mentaux pour les soins ambulatoires ou l'hospitalisation ;
- l'autre inaugure un droit commun des personnes dans l'incapacité de consentir.

Autrement dit, cela signifie que deux systèmes existent en Europe :

- ceux dans lequel le principe général pour tous les patients est la liberté de refuser les soins, excepté en cas de troubles psychiatriques ;

- et ceux dans lesquels toutes les personnes vulnérables en raison de leur état et, après décision judiciaire examinant au cas par cas la capacité à consentir à des soins (pour des raisons diverses), peuvent se voir priver de leur capacité juridique à réaliser certains actes de la vie civile.

Les admissions sans consentement en psychiatrie dans les Etats membres de l'Union européenne en 2002

Pays	Critères pour le placement sans consentement	Psychiatre mandaté pour une évaluation initiale	Autorité de décision : médicale / non médicale	Protocole détaillé des mesures coercitives	Possibilité d'obligation de soins à domicile	Représentation de l'usager par un avocat ou un professionnel apparenté	Pourcentage d'admissions contre leur gré par rapport à l'ensemble des hospitalisations	Pourcentage d'admissions contre leur gré pour 100 000 personnes de la population
Autriche	D	Oui	Non med	Oui	Non	Oui	18	175
Belgique	D	Non	Non med	Non	Oui	Oui	5.8	47
Danemark	T ou D	Non	Med	Oui	Non	Oui	4.6	34
Finlande	T ou D	Non	Med	Non	Non	Non	21.6	218
France	D	Non	Non med	Non	Non	Non	12.5	11
Allemagne	D	Non	Non med	Oui	Non	Non	15.9	175
Grèce	T ou D	Oui	Non med	Non	Non	Non	NR	NR
Irlande	T ou D	Oui	Med	Non	Non	Oui	10.9	74
Italie	T	Non	Non med	Non	Non	Non	12.1	NR
Luxembourg	D	Non	Med	Non	Oui	Non	26.4	93
Pays-Bas	D	Oui	Non med	Oui	Non	Oui	13.2	44
Portugal	T ou D	Oui	Non med	Non	Oui	Oui	3.2	6
Espagne	T	Oui	Non med	Non	Non	Non	NR	NR
Suède	T	Non	Med	Oui	Oui	Non	30	114
Royaume-uni	T ou D	Oui	Non med	Non	Non	Non	13.5	93

T : nécessité du traitement D : dangerosité

NR : non renseigné

Source : tableau établi à partir du rapport Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, Monika Peitz, « *compulsory admission and involuntary treatment of mental ill patients – legislation and practice in EU-member states, central institute of mental health, european commission, 2002* »

cf http://europa.eu/comm/health/ph_projects/2000/promotion/fp_promotion_2000_frep_08_en.pdf - Tableau publié dans "Psychiatrie et santé mentale", collection "regards sur l'actualité" n° 354 – octobre 2009 – Documentation française.

1.3. La nécessité de modifier la loi

1.3.1. L'évolution du contexte juridique

1.3.1.1. Les évolutions législatives déjà intervenues

- a) La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a apporté un certain nombre d'améliorations aux dispositions existantes :

- L'accès direct aux informations de santé recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement a été reconnu. Toutefois, dans un souci de protection de la personne concernée, à titre exceptionnel et en cas de risques d'une gravité particulière, cet accès peut être subordonné à la présence d'un médecin. En cas de refus du demandeur au sujet de cette présence, l'avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatrique s'impose (art. L. 1111-7 du CSP).
 - Les sorties de moins de douze heures accompagnées par du personnel de l'établissement de santé, qui constituaient une pratique courante, ont été légalisées. Elles sont accordées par le directeur de l'établissement sur proposition du psychiatre responsable de la structure concernée en matière d'HDT. En ce qui concerne l'HO, la sortie demandée 48 heures à l'avance est de droit sauf si le représentant de l'Etat s'y oppose (art. L. 3211-11-1 du CSP).
 - Les critères de l'HO sont redéfinis pour affirmer l'aspect sanitaire de la mesure : la rédaction résultant de la loi précise que sont visées par l'HO « les personnes dont les troubles mentaux *nécessitent des soins* ». De plus, le critère de l'atteinte à l'ordre public est restreint, cette atteinte devant désormais intervenir « *de façon grave* » pour pouvoir constituer un motif d'HO.
 - La composition de la CDHP est revue. Elle passe de quatre à six membres [un représentant d'association de malades et un médecin généraliste s'ajoutant aux deux psychiatres, au magistrat et au représentant d'associations de familles de malades mentaux (art. L. 3223-2 du CSP)].
 - En matière de protection de l'enfance, la décision de confier un mineur à un établissement recevant des malades mentaux est désormais encadrée et, par analogie avec la décision préfectorale d'HO, repose désormais sur un avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement et est soumise à des renouvellements périodiques (art. 375-3 du code civil).
- b) La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a instauré une hospitalisation sans consentement pour les personnes détenues se référant au dispositif de l'HO et créant les unités hospitalières spécialement aménagées au sein desquelles doivent être hospitalisées les personnes détenues souffrant de troubles mentaux (articles L. 3214-1 à L. 3214-5 du CSP).
- c) La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a comblé un vide juridique en donnant un cadre légal aux transports jusqu'aux établissements de santé

des personnes hospitalisées sans leur consentement. Les conditions nécessaires à ce transport y sont précisées tant en matière d'HDT que d'HO. Le transport doit être effectué par un transporteur sanitaire agréé (art. L. 3222-1-1 du CSP).

La loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 a institué un Contrôleur général des lieux de privation de liberté chargé de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Son champ d'intervention inclut les établissements de santé habilités à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement, contribuant ainsi à accroître les garanties offertes à ces personnes.

- d) La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental a apporté des changements en ce qui concerne l'hospitalisation d'office des personnes reconnues irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux. Hormis une harmonisation de la terminologie, dans le code de la santé publique, avec celle de la nouvelle procédure de déclaration d'irresponsabilité pénale, cette loi a inclus les classements sans suite pour cause d'irresponsabilité pénale dans le champ de l'article L. 3213-7 du CSP (qui prévoit que deux expertises psychiatriques concordantes sont nécessaires pour que le représentant de l'Etat puisse ordonner la levée des mesures d'HO).

La loi du 25 février 2008 a surtout créé une nouvelle procédure d'HO, à savoir l'hospitalisation d'office sur décision de justice (*communément appelée HO judiciaire*) inscrite dans le code de procédure pénale (article 706-135).

La chambre de l'instruction, le tribunal correctionnel ou la cour d'assise peuvent prendre une ordonnance d'hospitalisation d'office lorsqu'ils ont prononcé un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

A l'exception de la décision initiale d'hospitalisation d'office ordonnée par les autorités judiciaires, c'est le représentant de l'Etat qui est compétent pour assurer le suivi de la mesure dans le respect des dispositions du code de la santé publique.

1.3.1.2. Les réformes législatives intervenues nécessitant la réactualisation de la loi du 27 juin 1990

- a) **La réforme des tutelles** : la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique de majeurs, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, n'a qu'un impact limité sur les dispositions de la loi du 27 juin 1990. Pour autant, elle appelle une mise en cohérence des dispositions ayant trait à la protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux.

Elle suppose notamment la suppression du curateur à la personne ad hoc prévu par l'article L. 3211-9.

L'institution, sous le régime actuellement en vigueur, d'un curateur à la personne avait eu pour objectif de répondre à des situations dans lesquelles les organes classiques de protection des

personnes vulnérables ne pouvaient intervenir (tuteur au rôle circonscrit en principe à une fonction de tutelle aux biens).

Or, d'une part, la loi du 5 mars 2007 prévoyant désormais qu'une mission de protection de la personne peut être dévolue à la personne chargée de la protection (tuteur ou curateur), il n'est plus nécessaire de prévoir une disposition ad hoc à cet effet en cas de mesure d'hospitalisation ou de soin psychiatrique sans consentement.

D'autre part, la mesure de sauvegarde de justice, dont la nature se prête à ce qu'elle soit prise dans l'urgence et pour une durée limitée, permet de désigner un mandataire spécial auquel peut être confiée une mission de protection des biens comme de la personne (article 438 du code civil).

L'article 433 du Code civil prévoit sur ce point un tempérament au principe d'audition préalable du majeur préalablement à une décision de placement sous sauvegarde de justice, le juge des tutelles pouvant ainsi, en cas d'urgence, statuer sans délai sur la demande de sauvegarde et sur la désignation d'un mandataire spécial.

Ces dispositions s'avèrent, en tout état de cause, plus souples dans leur utilisation que la procédure actuellement prévue par l'article L. 3211-9 du CSP, laquelle implique une saisine de la chambre du conseil du tribunal de grande instance, c'est-à-dire d'une juridiction qui, depuis la loi du 12 mai 2009, n'a plus vocation à connaître de la protection des majeurs et devant laquelle la procédure est plus lourde et, partant, plus lente (constitution obligatoire d'avocat).

Les dispositions du code civil s'avèrent donc suffisamment adaptées pour assurer la protection des personnes hospitalisées sans consentement, sans qu'il y ait lieu de conserver l'institution du curateur à la personne du malade.

- b) **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 institué les agences régionales de santé. Ces dernières regroupent désormais les compétences exercées par différentes structures dont les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), et les directions départementales et régionales de l'action sanitaire et sociale (DDASS et DRASS). Les dispositions de la loi du 27 juin 1990 sont en cours de réactualisation par le biais d'une ordonnance pour tenir compte de cette nouvelle organisation.

1.3.1.3 Le contexte européen

- a) **La recommandation de 2004 et l'évolution possible vers une norme contraignante**

La réforme de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés intervenue avec la loi du 27 juin 1990 avait pris en compte la recommandation R (83) 2 du comité des ministres du Conseil de l'Europe du 22 février 1983 relative à la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires. C'est ainsi que des dispositions issues de la recommandation telles que les droits des personnes (notamment : restrictions à la liberté individuelle limitées par l'état de santé et l'efficacité du traitement, droit à communiquer avec

un avocat, révision périodique des mesures, droit d'émettre du courrier) ont été introduites dans la loi du 27 juin 1990.

Une nouvelle recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004¹¹ du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux pourrait devenir contraignante et s'imposerait alors aux Etats membres.

Cette recommandation prévoit notamment la consultation de la personne sur son placement et son traitement involontaires et la prise en considération de son avis.

Elle mentionne le droit à l'information régulière sur la situation médicale du patient et sur les voies de recours.

1.3.1.4. La jurisprudence nationale et européenne

a) Sur le tiers (CE)

Dans un arrêt du 3 décembre 2003, Centre hospitalier spécialisé de Caen (req. n° 244867¹²), le Conseil d'Etat a considéré que, en sus des membres de la famille du malade, seuls les personnes ayant des relations antérieures à l'admission avec le malade pouvaient valablement rédiger la demande d'hospitalisation.

b) Sur l'avis des patients au sujet des mesures d'HO les concernant (CE et CAA)

Le juge administratif a été amené à se prononcer sur cette question mais des arrêts divergents ont été rendus récemment par la cour administrative d'appel de Lyon, d'une part, et les cours administratives de Versailles et de Nantes, d'autre part.

La position de la cour administrative d'appel de Lyon, dans son arrêt n° 07LY02624 du 9 juillet 2009¹³, s'est fondée sur les dispositions de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations qui disposent que « *les décisions individuelles qui doivent être motivées en application des articles 1er et 2 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 n'interviennent qu'après que la personne intéressée a été mise à même de présenter ses observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, ses observations orales* ». Elle a estimé que « *les arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office, bien que soumis à l'obligation de motivation prévue par l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, n'en demeurent pas moins compris dans le champ d'application de l'article 24 précité de la loi du 12 avril 2000*. Elle en a déduit que ces arrêtés « *ne peuvent intervenir, [...] sauf urgence ou circonstances exceptionnelles, qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations, ou qu'a été constatée l'impossibilité de les recueillir* ».

¹¹[https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?Ref=Rec\(2004\)10&Language=lanFrench&Ver=original&BackColorIntern et=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864](https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?Ref=Rec(2004)10&Language=lanFrench&Ver=original&BackColorIntern et=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864)

¹² Conseil d'Etat, 1ère et 2ème sous-sections réunies, du 3 décembre 2003, 244867, publié au recueil Lebon, consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹³ Cour administrative d'appel de Lyon, 4ème chambre - formation à 3, 09/07/2009, 07LY02624 consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

La cour administrative d'appel de Versailles a estimé au contraire, dans un arrêt du 18 novembre 2008, Mme Catherine A., (req. n° 07VE00323)¹⁴, que « *en raison même de leur objet, les dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du code de la santé publique excluent l'application de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 susvisée selon lequel les décisions qui doivent être motivées, en application de la loi du 11 juillet 1979, ne peuvent intervenir qu'après que l'intéressé a été mis à même de présenter ses observations écrites et, le cas échéant, ses observations orales* ». La cour administrative d'appel de Versailles s'est inspirée de la jurisprudence du Conseil d'Etat (CE, 28 juillet 2000, M. E. A., req. n° 151068¹⁵).

La cour administrative d'appel de Nantes, dans son arrêt du 31 décembre 2009, Mme France G. (req. n° 09NT00195), a pris, pour les mêmes raisons, une position identique à celle de la cour d'appel de Versailles.

Toutefois, Mme Catherine A. s'est pourvue en cassation devant le Conseil d'Etat contre l'arrêt précité du 18 novembre 2008 de la cour administrative d'appel de Versailles, en soutenant notamment que la cour avait entaché son arrêt d'une erreur de droit en ayant exclu l'application des dispositions de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 susmentionnée à l'arrêté initial et à l'arrêté de maintien en hospitalisation d'office la concernant. La Haute Assemblée, dans son arrêt du 30 décembre 2009 (req. n° 330266), a décidé qu'il y avait lieu d'admettre les conclusions du pourvoi dirigées contre l'arrêt de ladite cour administrative d'appel en tant qu'il s'est prononcé sur l'arrêté de maintien.

c) **Sur les délais des juridictions judiciaires pour statuer sur une demande de sortie immédiate (CEDH) :**

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a conclu à plusieurs reprises à la violation de l'article 5 §4 de la Convention par la France pour non respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement¹⁶ :

¹⁴ [Cour Administrative d'Appel de Versailles, 4ème Chambre, 18/11/2008, 07VE00323, Inédit au recueil Lebon](http://www.legifrance.gouv.fr) consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁵ [Conseil d'Etat, Section, du 28 juillet 2000, 151068, publié au recueil Lebon](http://www.legifrance.gouv.fr), consultable sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

¹⁶ Ainsi, dans [un arrêt DELBEC du 18 juin 2002](#), la Cour a rappelé : « qu'en garantissant un recours aux personnes arrêtées ou détenues, l'article 5 § 4 consacre aussi leur droit à voir rendre dans un bref délai, à partir de son introduction, une décision judiciaire mettant fin à leur privation de liberté si elle se révèle illégale ». Dans cet arrêt, il a été précisé que deux semaines pour désigner un magistrat suite à une mise en cause du Président par le requérant et un mois pour désigner un expert, constituent respectivement des délais excessifs. Même si la Cour examine chaque situation au cas par cas, force est de constater que la durée globale des procédures au titre desquelles la France a été condamnée pour non respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement n'excédait pas trois à quatre mois entre la date de saisine de l'autorité judiciaire et celle à laquelle il a été statué sur la demande du requérant ([Laidin c. France, 5 novembre 2002](#) ; [Mathieu c. France, 27 octobre 2005](#)). Dans l'arrêt LAIDIN du 5 novembre 2002, la Cour avait considéré comme excessifs le délai d'un mois qui s'est écoulé entre la réception de la demande par le procureur de la République et la saisine du juge compétent et le délai d'un mois et demi entre la saisine du juge et la nomination d'un expert. Dans l'arrêt MATHIEU du 27 octobre 2005, la Cour avait notamment relevé que l'expert qui avait été désigné par le président du tribunal, 13 jours après sa saisine par la requérante, avait remis son rapport plus de trois mois après. L'arrêt GAULTIER du 28 mars 2006 a confirmé cette jurisprudence suite à la requête d'une personne internée après décision de non-lieu (article 122-1 du CPP), en l'espèce deux demandes avaient été traitées respectivement en 10 mois et 4 mois. Dans [l'arrêt MENVIELLE c/ France du 16 janvier 2007 \(requête n°97/03\)](#), le délai de traitement de l'appel interjeté par le requérant, à savoir plus de onze

- C'est au visa de l'article 5§4 de la Convention, qui prévoit 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 » que la France a été condamnée par la Cour de Strasbourg pour des durées excessives de la procédure applicable aux demandes de mainlevée d'hospitalisation d'office ;
- Quant aux champs d'application de ce texte, la Cour, revenant sur la jurisprudence de la Commission (*Benazet c France* 12 mai 1993, considère que la procédure d'appel est également soumise à cette exigence de bref délai ([Menvielle c France 16 janvier 2007](#)) ;
- Quant au point de départ du bref délai, elle pose le principe qu'il commence à courir le jour du dépôt de la demande et se termine le jour de la décision du juge et non d'une « sortie à l'essai » ([Mathieu c France 27 octobre 2005](#), revenant sur [L.R. c France 27 juin 2002](#)) ;
- S'agissant de l'appréciation de la durée, la jurisprudence de la Cour est extrêmement fluctuante ; plus que la durée totale de la procédure, elle apprécie dans le détail les diligences des différents intervenants estimant, en particulier qu' « *il faut tenir compte du déroulement général de la procédure et de la mesure dans laquelle les retards sont imputables à la conduite du requérant ou de ses conseils.* » C'est ainsi que le retard mis par un procureur à transmettre une demande ([Laidin c France du 5 novembre 2002](#) ; [L.R. c France](#)), ou des experts à rendre leur rapport peut suffire à la Cour à considérer que les obligations de « bref délai » n'ont pas été respectées ([Mathieu c France](#)). L'inaction du juge est naturellement déterminante ([Delbec c France 18 juin 2002](#)), alors que la période durant laquelle le requérant ou son avocat n'accomplissent aucune diligence n'est que déduite de la durée totale ([Menvielle c France](#)). En définitive, les durées de procédure qui ont été jugées excessives par la Cour étaient toujours supérieures à un mois, à l'exception de l'affaire *L.R c France* où la durée retenue était de 24 jours, compte tenu d'une sortie à l'essai qui était, alors, prise en compte par la Cour, (5 semaines *Laidin* ; 3 mois *Delbec* ; 1 an moins 4 mois, soit 8 mois pour une procédure d'appel *Menvielle*).

d) Sur le maintien d'une mesure d'hospitalisation sans consentement irrégulière dans sa forme

Dans un arrêt du 18 novembre 2010, *Baudoin c. France* (req. n° 35935/03), la Cour européenne des droits de l'homme, saisie d'une requête soutenant notamment que le maintien sous un régime d'hospitalisation forcée n'était pas conforme aux dispositions de l'article 5 § 4 de la CEDH (« *Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou par détention a le droit d'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* ») n'a pas remis en cause la dualité des juridictions administratives et judiciaires éen confirmant son arrêt *Delbec C. France* (n° 43125/98 du 18 juin 2002) selon lequel le recours en annulation introduit devant les

mois, était manifestement excessif. Dans ce dernier cas, quoique le requérant et de son représentant aient mis près de quatre mois pour déposer leurs conclusions, délai devant donc être imputé au manque de célérité de la part de l'autorité judiciaire, le délai imputable à l'autorité judiciaire ne peut raisonnablement selon la Cour être considéré comme lié essentiellement à la complexité des questions médicales en jeu. Enfin, dans un [arrêt VAN GLABEKE du 7 mars 2006](#), la Cour s'est fondée sur la même argumentation dans la mesure où il n'avait jamais été statué sur les demandes, la lettre de la mère de la malade ayant été égarée et celle d'une association en faveur de cette même malade ayant fait l'objet d'un classement « sans objet »...

juridictions administratives afin de contester la légalité externe d'une mesure d'internement n'est pas un recours pertinent aux fins de l'article 5 § 4 de la Convention étant donné qu'il ne donne pas au demandeur la possibilité d'être mis en liberté dans le cas où sa privation de liberté serait déclarée illégale.

Dans l'arrêt Baudoin, la Cour : « relève, avec le Gouvernement, 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. Toutefois, dans la présente affaire, la Cour ne peut que constater que les actes successifs fondant la privation de liberté du requérant ont été annulés par les juges administratifs, sans que jamais l'intéressé n'obtienne une décision des tribunaux judiciaires mettant fin à la mesure d'hospitalisation. Dès lors, la Cour parvient à la conclusion que, dans les circonstances très particulières de l'espèce, l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif quant aux voies de recours offertes n'a pas permis au requérant d'obtenir une décision d'un tribunal pouvant statuer « sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération si la détention est illégale ».

Il est toutefois à noter que, peu de temps avant l'arrêt Baudoin, le Conseil d'Etat, dans sa décision n° 335753 du 1er avril 2010, a, pour la première fois, considéré que le juge des référés libertés, habilité par l'article L.521-2 du code de justice administrative, à ordonner dans les 48h toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public aurait porté dans l'exercice d'un de ses pouvoirs une atteinte grave et manifestement illégale, pouvait se prononcer sur la régularité d'une mesure d'hospitalisation sans consentement, par nature privative de liberté d'aller et de venir, même si cela le conduit à examiner le bien fondé de la mesure et ainsi à exercer un office proche de celui du juge judiciaire.

e) Sur le contrôle de plein droit du juge des libertés et de la détention (JLD) en cas de prolongation de l'hospitalisation

Par sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010¹⁷, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 337 du code de la santé publique, désormais repris à son article L. 3212-7, et a fixé au 1er août 2011 la prise d'effet de cette déclaration d'inconstitutionnalité.

Si le juge constitutionnel considère que l'article 66 de la Constitution n'impose pas la judiciarisation ab initio des hospitalisations sans consentement, le Conseil a cependant considéré, en examinant la disposition qui prévoit la possibilité de renouvellement de la mesure par le directeur d'établissement au terme d'une hospitalisation d'une durée de 15 jours, qu'un contrôle de l'autorité judiciaire de plein droit s'imposait en vertu de l'article 66 de la Constitution, sans préjudice de la faculté de recours devant le JLD dont dispose actuellement le malade.

Enfin, une réserve d'interprétation a été émise selon laquelle le juge judiciaire saisi d'une demande de sortie immédiate est tenu de statuer dans les plus brefs délais (considérant 39).

¹⁷ Décision n°2010-71 QPC, Journal officiel du 27 novembre 2010, <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html>

Il résulte de la décision du Conseil constitutionnel que l'hospitalisation ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de quinze jours sans une intervention de plein droit du juge judiciaire. Le Conseil ne s'est toutefois pas prononcé, même implicitement, sur la périodicité selon laquelle ce contrôle de plein droit exercé par le juge devait ensuite être renouvelé.

1.3.2. Un dispositif perfectible

1.3.2.1. Une évolution du dispositif préconisée par les différents rapports d'évaluation de la loi de 1990 et par les rapports abordant la question des patients susceptibles de présenter un danger pour autrui.

La loi du 27 juin 1990 a posé le principe de son évaluation cinq ans après son entrée en vigueur et plusieurs rapports de l'inspection générale de différents ministères (affaires sociales, justice, intérieur) ont procédé à cette évaluation :

- a) Le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit « **Rapport STROHL** », remis en septembre 1997. Ce groupe de travail qui s'est réuni pendant deux ans, s'est appuyé sur une double évaluation de l'application de la loi menée par les DRASS et par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques. Certaines des modifications préconisées par ce rapport ont déjà inspiré des réformes, contenues dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades : restriction de l'hospitalisation d'office pour troubles à l'ordre public aux seuls troubles graves et renforcement de la composition des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.
- b) Le « **Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement** » de l'inspection générale de l'administration, de l'inspection générale de la police nationale, et de l'inspection de la gendarmerie nationale, remis en mai 2004. Ce rapport a conclu à la nécessité de réformer l'hospitalisation d'office pour remédier aux carences d'information du préfet et aux faiblesses du suivi des personnes hospitalisées d'office bénéficiant de sorties d'essai.
- c) Les **propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990** remises par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires en mai 2005. Le bilan de l'application de certaines des dispositions de la loi a constitué le socle de la réflexion menée depuis sur la réforme de la loi de 1990, en particulier sur les points suivants :
 - La révision du dispositif est nécessaire pour tenir compte de la diversification des possibilités de prise en charge en psychiatrie ;
 - Constatant l'augmentation de la proportion des hospitalisations sur demande d'un tiers prises en urgence (45 % en 2005) qui selon la loi, devraient rester exceptionnelles, la mission a estimé qu'un seul certificat médical devrait être

suffisant pour prononcer une obligation de soins, à condition de renforcer le nombre des certificats ultérieurs ;

- L'absence de tiers demandeur ou l'absence de liens familiaux ou personnels du tiers avec le patient crée une impasse juridique pour procéder à l'hospitalisation sans consentement de ce dernier, ce qui est de nature à retarder l'accès aux soins.
- Le fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques n'est pas satisfaisant dans la mesure où le travail quantitatif l'emporte trop souvent sur le travail qualitatif (ainsi la loi oblige les commissions à examiner la situation de toutes les personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois alors même que ces commissions n'ont pas relevé d'hospitalisations abusives).

d) **D'autres rapports**, dont l'objet essentiel n'était pas la loi de juin 1990, ont cependant évoqué la question des personnes souffrant de troubles mentaux sous l'angle plus particulier de la sécurité des tiers, et ont proposé des modifications de la loi du 27 juin 1990, en particulier en ce qui concerne les personnes hospitalisées d'office et déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux et ont pointé la nécessité de mieux encadrer les sorties de ces personnes :

- Le rapport de la commission Santé-Justice présidée par Monsieur Jean-François BURGELIN en juillet 2005 *,
- Le rapport sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux rendu en février 2006 par l'IGA, l'IGSJ et l'IGAS **,
- Le rapport d'information fait au nom de la Commission des lois du Sénat sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses par MM Philippe GOUJON et Charles GAUTHIER remis en juin 2006,
- Le rapport sur les réponses à la dangerosité établi par la mission parlementaire présidée par M. Jean-Paul GARRAUD, en octobre 2006 ***.

e) Enfin, **une réflexion a été menée au ministère de la santé en 2006 et 2007** avec les partenaires du monde de la santé mentale¹⁸ sur la base des conclusions du rapport de

* <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000449/0000.pdf>

** <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000745/0000.pdf>

*** <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000800/0000.pdf>

¹⁸ Les contributions écrites suivantes ont été adressées au ministère de la santé :

- Une contribution commune du Syndicat Universitaire de Psychiatrie (CASP), de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM), de la Fédération Hospitalière de France (FHF), de la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy), de la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'Etablissement des Centres Hospitaliers Spécialisés, de l'Association Française des Directeurs de Soins (AFDS), du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (IDEPP), de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des pratiques en Psychiatrie (CEFI-PSY), de l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM, du Collège de Recherche et d'Information Multidisciplinaire en Criminologie de l'Université de Poitiers (CRIMCUP), et du Syndicat des Psychiatres de Secteur (IDEPP) ;
- Une contribution du syndicat universitaire de psychiatrie ;
- Une contribution du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH),
- Une contribution de la CGT ;

l'IGAS. Ces échanges ont témoigné d'une conviction unanime quant à la nécessité de réformer la loi.

1.3.2.2. Les difficultés pour appliquer le dispositif de l'HDT et bénéficier des soins (accès et continuité des soins)

a) Les difficultés pour trouver un tiers

Dans la procédure sur demande d'un tiers, l'intervention de ce dernier est la condition sine qua non de la prise en charge du patient qui n'est pas en état de consentir aux soins : la demande d'hospitalisation sans consentement déclenche – en théorie – la procédure d'admission¹⁹.

Or, deux situations problématiques peuvent alors se rencontrer : l'impossibilité d'identifier un proche en raison de l'isolement social du patient ou le refus de l'entourage du patient d'assumer la responsabilité d'une demande d'enfermement, par crainte d'une détérioration du lien affectif avec le patient ou de la relation de confiance avec lui.

Les établissements de santé confrontés à la nécessité d'assister une personne en danger alors qu'ils ne pouvaient identifier un tiers pour entamer la procédure légale d'hospitalisation, ont recouru à leurs personnels administratifs pour présenter la demande d'HDT. Cependant, le Conseil d'Etat, dans son arrêt du 3 décembre 2003, a considéré que la qualité de tiers exigeait l'existence d'un lien de parenté ou de relations antérieures à la demande et donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient. Sans qu'il soit possible d'établir avec certitude le lien entre cette jurisprudence et le nombre des HDT, on notera qu'après son intervention, les mesures d'HDT ont connu une baisse sensible, alors que leur nombre avait toujours été à la hausse depuis 1998.

L'absence de solution à la question de l'absence de tiers a été signalée par les rapports d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 et au cours de la réflexion menée avec nos partenaires comme un défaut majeur du dispositif auquel il importait de remédier, également pour éviter des mésusages de la loi : une étude²⁰ menée en 2006 sur le rôle des maires dans l'hospitalisation d'office a constaté que l'intervention des maires permettait de palier l'absence de tiers pour formuler une demande d'HDT ou le refus des proches de signer une telle demande.

b) La levée des soins à la demande des proches ; la transformation des HDT en HO

Le dispositif actuel de l'HDT prévoit que la levée de l'hospitalisation est acquise dès lors qu'elle est demandée par certains membres de la famille ou par le tiers ayant formulé la demande d'hospitalisation, même si le psychiatre traitant est persuadé que la personne a encore besoin de soins et qu'elle n'est toujours pas apte à y consentir.

-
- Une contribution de la CFDT santé-sociaux ;
 - Une contribution du Professeur OLIE, du service hospitalo-universitaire de santé mentale et thérapeutique de l'hôpital Sainte-Anne.

¹⁹ Le rapport de l'IGAS et de l'IGSJ mentionne que dans les faits, il arrive que le patient ait déjà été conduit dans l'établissement de santé – sur signalement de voisins ou de proches ou s'il a été trouvé sur la voie publique – lorsque se pose la question de l'HDT et donc celle de l'existence d'une tierce personne susceptible de présenter la demande.

²⁰ « Usages et mésusages de l'hospitalisation provisoire prononcée en urgence par les maires préalablement à un arrêté d'hospitalisation d'office (HO) » - Etude DIV /ORSPERE- Octobre 2006 Analyse comparée de l'usage municipal de l'hospitalisation d'office dans six villes françaises sur la base d'enquête de terrain et de séminaires mensuels associant chercheurs et élus locaux (septembre 2005-janvier 2007), <http://www.orspere.fr/IMG/pdf/Rhizome24.pdf>

Face à cette situation, le droit ne laisse aujourd'hui comme alternative que la sortie du patient, ou la transformation de la procédure d'HDT en HO, si les critères de cette dernière sont remplis (sûreté des personnes compromise ou trouble grave à l'ordre public). Dans la négative, la sortie du dispositif de l'HDT risque de s'accompagner d'une interruption du traitement du fait du patient. Ces dispositions posent donc un réel problème au regard de la continuité des soins nécessaires, susceptible d'inciter les médecins à demander la poursuite des soins sous la forme d'une HO.

c) Une procédure d'HDT d'urgence banalisée : les problèmes liés à l'établissement des certificats initiaux prévus par la procédure de droit commun

Le dispositif actuel aménage une procédure d'urgence « en cas de péril imminent » pour la santé du malade. Dans ce cas, les exigences en matière de certificats médicaux fondant la mesure initiale d'hospitalisation sont simplifiées : au lieu de deux certificats émanant de deux médecins dont un n'appartenant pas à l'établissement d'accueil, la loi n'exige plus qu'un seul certificat qui peut être établi par un médecin de cet établissement.

De 12% en 1992²¹, la part des HDT urgentes est passée à 45% en 2005²². Lorsqu'ils commentent cette évolution, la quasi totalité des rapports des CDHP considèrent que le recours à la procédure d'urgence est justifié. Certains d'entre eux attribuent explicitement cette augmentation à la difficulté de satisfaire les conditions requises par l'article L. 3212-1 pour hospitaliser un patient sur demande de tiers, en matière de nombre et d'auteurs des certificats médicaux.

1.3.2.3. Les insuffisances du dispositif de l'HO pour assurer un suivi efficace des patients et garantir la sécurité des tiers

Les différents rapports évoquant la question des patients susceptibles de présenter un risque pour autrui ont essentiellement évoqué trois pistes d'amélioration dans la prise en charge psychiatrique de ces patients²³:

- la sécurisation des établissements de santé et plus particulièrement le manque d'une structure intermédiaire entre services psychiatriques « normaux » et unités pour malades difficiles (UMD) ;
- la nécessité de renforcer les avis médicaux pour les sorties d'essai des personnes admises en HO, tout particulièrement pour celles admises à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ;

²¹ Cité par le rapport IGAS IGJSJ p.18

²² Source CDHP – rapports pour l'année 2005- En 2005, les HDT effectuées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent en application des dispositions de l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, représentaient 27 017 hospitalisations, soit environ 44,8 % des HDT totales (93 départements répondants). Cette proportion est en augmentation depuis 2000 : les HDT effectuées selon la procédure d'urgence représentaient 43,2% des HDT en 2003 (96 départements répondants), 40% en 2001 (90 départements répondants) et 37,4% en 2000 (également sur 90 départements).

²³ Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement de l'IGA, l'IGPN et IGN de 2004, Rapport d'information du Sénat n° 420 annexé au PV de la séance du 22 juin 2006, Rapport de M. BURGELIN de 2005, Rapport sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux de 2006 par l'IGA, l'IGSJ et l'IGAS, Rapport sur les réponses à la dangerosité de M. GARRAUD, de 2006.

- une meilleure communication entre les autorités judiciaires, administratives et sanitaires, notamment pour les patients irresponsables pénaux.

a) Les fugues : chiffres et suivi

Le rapport d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 de l'IGAS et de l'IGSJ considérait que les fugues étaient souvent laissées sans suite, notamment pour les HDT mais parfois aussi pour les HO.

Hormis l'inscription au fichier des personnes recherchées et sauf à bénéficier de l'aide des forces de police, les établissements de santé sont en effet dépourvus de moyens pour rendre effective la contrainte de soins.

D'après une première analyse des données recueillies par le ministère de la santé (Cf. § 3.1), entre le 1er avril 2009 et le 31 décembre 2009, le nombre de fugues déclarées est de 330, dont 30% ont une durée inférieure à un jour et 90% d'entre elles ont une durée inférieure ou égale à sept jours.

b) Un encadrement insuffisant des sorties d'essai et des levées des HO

Un problème en particulier a été identifié par les différents rapports s'agissant des personnes faisant l'objet d'une HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale : il concerne l'incohérence entre les conditions requises pour fonder la levée de l'hospitalisation de ces personnes (le préfet doit disposer des avis concordants de deux experts) et celles conditionnant l'octroi des sorties d'essai (le droit commun s'applique : un simple avis médical est requis).

Depuis l'intervention de ces rapports, diverses affaires impliquant des personnes souffrant de troubles mentaux et auteurs de graves agressions ou de meurtres sont intervenues. Mises en avant par les médias, elles ont parfois suscité des interrogations précises dans la presse sur le suivi des personnes hospitalisées d'office en sortie d'essai ou sur les levées des hospitalisations d'office.

C'est à la suite de l'un de ces événements dramatiques²⁴ que le Président de la République a annoncé²⁵ la mise en œuvre d'un plan de sécurisation des établissements de santé et a fait part de sa demande à la ministre de la santé de réformer l'hospitalisation sans consentement pour trouver un meilleur équilibre entre la réinsertion des malades mentaux et la sécurité des personnes. A cet égard, il a considéré que les sorties de patients n'étaient pas suffisamment encadrées et que les informations fournies par le corps médical aux préfets devraient leur permettre de décider des sorties d'essai ou des levées d'HO en toute connaissance de cause.

Les insuffisances du dispositif actuel aboutissent donc à une prudence légitime des préfets qui se montrent de plus en plus réticents pour accorder des sorties d'essai et pour les renouveler, ou

²⁴ Le 12 novembre 2008, un homme souffrant de troubles mentaux, déjà auteur de plusieurs agressions à l'arme blanche pour lesquelles il avait été déclaré pénalement irresponsable, a poignardé en pleine rue un étudiant de 26 ans, après s'être échappé de l'hôpital psychiatrique de Saint Egrève.

²⁵ Discours prononcé le 2 décembre 2008 lors de la visite de l'établissement psychiatrique d'Antony.

pour lever les HO. Or, une limitation trop importante des sorties d'essai et des levées des HO serait susceptible d'impacter l'organisation des soins et la prise en charge adéquate des patients.

Cette situation peut donc impacter l'accès aux soins et la sécurité des personnes dans la mesure où de nouveaux patients répondant aux critères de l'HO ne pourront être hospitalisés si les patients traités qui pourraient être pris en charge en extrahospitalier dans le cadre d'une sortie d'essai demeurent en hospitalisation complète.

1.3.2.4. L'inadéquation de la loi au regard de l'évolution des modalités de prise en charge des patients

La rédaction actuelle de la loi ne prévoit, pour les personnes qui ne peuvent consentir aux soins, que le « statut » de personne hospitalisée, sur demande d'un tiers ou d'office, et le dispositif légal ne prévoit pas de modalités de soins sans consentement en dehors d'une hospitalisation complète. Seules sont prévues des sorties d'essai, limitées dans le temps et créées par la loi dans le but d'une réinsertion des patients.

Les évolutions thérapeutiques et notamment médicamenteuses et l'amélioration des connaissances sur le fonctionnement psychique humain de ces dix dernières années ont modifié la conception du soin en psychiatrie. Comme le soulignent les différentes conférences de consensus ou recommandations professionnelles publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS), le soin en psychiatrie doit, aujourd'hui, intégrer trois dimensions : biologique – psychologique et sociale. Ainsi l'adaptation de la prise en charge psychiatrique, y compris médicamenteuse, exige bien souvent une phase d'observation « hors les murs », et donc en ambulatoire. Actuellement cette prise en charge est réalisée en sortie d'essai.

Lorsqu'un praticien estime que l'état d'un patient ne nécessite plus une hospitalisation complète mais estime nécessaire le maintien d'un cadre contraignant pour les soins, ce médecin n'a pas d'autre possibilité que de recourir aux sorties d'essai.

Le cadre restrictif de la loi ne laisse pas d'autre possibilité aux praticiens que de détourner la finalité des sorties d'essai, conçues initialement pour tester la capacité du patient à se réinsérer et pour le préparer à cette réinsertion.

En tout état de cause, ce type de pratique est remis en question par la décision récente d'une cour d'appel (CA de Lyon, arrêt du 13 décembre 2007) qui revient à considérer qu'un patient en sortie d'essai - qui n'est donc pas hospitalisé à temps complet - ne peut être maintenu durablement sous le régime juridique de l'hospitalisation d'office. Ceci implique tout à la fois que les sorties d'essai n'ont pas vocation à durer et qu'il est indispensable d'aménager la loi pour permettre des prises en charge diversifiées, adaptées aux besoins de chaque patient et à l'évolution de son état mental.

Ce constat figure dans les trois rapports d'évaluation de la loi de 1990 susmentionnés.

1.3.2.5. L'effectivité relative des garanties des libertés individuelles

a) Les difficultés de fonctionnement des CDHP

Le rapport IGAS/ IGSJ de mai 2005 a relevé qu'un certain nombre de CDHP ne fonctionnaient pas, faute de pouvoir recruter ou réunir les membres de la commission.

Dans un souci d'améliorer le niveau des garanties des droits des patients, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades avait jugé nécessaire de renforcer le poids des CDHP et porté de quatre à six le nombre de leurs membres.

La CDHP comprend désormais :

- un magistrat ;
- deux psychiatres dont un ne pouvant exercer dans un établissement de santé habilité à recevoir les malades hospitalisés sans consentement ;
- un représentant d'associations de familles de malades mentaux ;
- un représentant d'associations de malades mentaux ;
- un médecin généraliste.

Cette nouvelle composition a engendré des problèmes différents selon les membres de la commission.

- Les psychiatres (voir fiche démographique en annexe I) – dont l'inégale répartition territoriale peut poser un problème de disponibilité - et les médecins libéraux considèrent que leur niveau d'indemnisation est insuffisamment attractif²⁶ ;
- La mobilité des magistrats ne leur permet pas toujours de participer aux séances de travail de la CDHP ;
- Les associations de malades mentaux ne sont pas présentes sur l'ensemble du territoire et il est difficile de nommer des patients dans certaines régions, d'autant qu'il peut être difficile de siéger dans la CDHP d'un département où l'utilisateur a été hospitalisé ;
- Le nombre des membres (6) de la commission étant le même dans tous les départements, la visite des établissements est problématique dans les départements très peuplés qui possèdent de nombreux établissements habilités à recevoir des malades mentaux même s'il est prévu que ces visites peuvent être faites par deux membres seulement de la CDHP.

b) Les insuffisances de l'information des patients et les difficultés pour présenter un recours

La portée réelle des garanties prévues par la loi du 27 juin 1990 est parfois relative eu égard aux réalités de l'hospitalisation psychiatrique et aux pratiques tant judiciaires qu'administratives et médicales.

En matière d'information des personnes, la mission IGAS/IGSJ menée en 2005 a constaté une certaine confusion dans les livrets d'accueil entre les voies de recours devant le juge des libertés et de la détention ou devant le juge administratif et les simples réclamations administratives, alors que les caractéristiques de la population concernée exigent la délivrance d'une information claire et pratique sur les modalités de recours, voire d'orienter la personne vers une assistance pour former un recours.

²⁶ Un arrêté ministériel du 20 avril 2007 prévoit une indemnité forfaitaire de 46,04 euros par séance de travail ou par visite d'établissement (ou de 3 C psy ou 3 C par séance pour le psychiatre ou le médecin libéral).

1.3.2.6. Nécessité de modifier l'intervention du conseil de famille dans le projet de loi

La répartition générale des compétences entre le conseil de famille et le tuteur est définie par les articles 401 et 408 du code civil.

- Selon l'article 401, « *Le conseil de famille règle les conditions générales de l'entretien et de l'éducation du mineur en ayant égard à la volonté que les père et mère avaient pu exprimer. [...] Il prend les décisions et donne au tuteur les autorisations nécessaires pour la gestion des biens du mineur* ». Par ailleurs, le code civil prévoit, par des dispositions spécifiques, que le conseil de famille intervient pour certaines décisions très importantes quant à la personne de l'enfant, ce qui est cohérent par rapport à sa mission. Il en va ainsi du mariage (article 160), de l'émancipation, (article 413-3), et de l'autorisation du tuteur à agir pour des actions extra-patrimoniales (article 408). De même, selon le code de la santé publique, le conseil de famille n'intervient que pour des actes particulièrement graves. Ainsi l'article L.1122-2 l'introduit-il à l'alinéa 7 pour autoriser une recherche biomédicale sur un mineur sous tutelle, si le comité d'experts considère que celle-ci comporte un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain.
- Selon l'article 408, « *Le tuteur prend soin de la personne du mineur et le représente dans tous les actes de la vie civile, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise le mineur à agir lui-même* ». Le code de la santé publique prévoit quant à lui l'intervention du tuteur en l'absence de titulaires de l'autorité parentale (cf. article L. 1111-2).

Il découle de ces dispositions qu'une décision relative à des soins, qu'elle mette ou non en jeu une hospitalisation du mineur, relève des pouvoirs du tuteur. Les soins sont liés à la personne de l'enfant et ne s'inscrivent pas, en principe, dans les conditions *générales* de son éducation.

En conséquence, les demandes de mesures d'hospitalisation psychiatriques sans consentement ou, à l'avenir, de soins de cette nature relèvent, en l'absence des titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, du tuteur, sans que le conseil de famille ait à donner son autorisation. Pour ces raisons, la formule « en l'absence du conseil de famille » ne se justifie pas et doit être supprimée.

De même, le juge des tutelles ne peut autoriser le tuteur à prendre une décision relative à la personne du mineur, son intervention n'étant pas prévue dans le code civil. Le juge des tutelles n'examinera ces questions qu'en sa qualité de membre du conseil de famille pour les actes mentionnés plus haut (mariage, émancipation, recherche biomédicale comportant un risque sérieux d'atteinte à la vie privée ou à l'intégrité du corps humain, etc....).

1.4. Les actions déjà menées ou en cours ne relevant pas du domaine législatif

1.4.1. Le plan de santé mentale (2005-2008)

Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » a permis d'assurer, au cours des quatre dernières années, un renforcement significatif des moyens accordés à la psychiatrie et à la santé mentale, dans le cadre d'une politique globale répondant aux enjeux d'amélioration de la prévention des troubles, des conditions de prise en charge et de réinsertion des patients. A l'appui de ces actions, une délégation pluriannuelle de **287 millions de crédits de**

fonctionnement et de 188 millions d'euros de subventions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés a été réalisée.

Les évaluations annuelles du plan, et en particulier le bilan final réalisé à mi année 2009, montrent que le plan a permis d'impulser et de soutenir un nombre important d'évolutions dans le champ de la santé mentale.

Dans le champ sanitaire tout d'abord, la dotation annuelle de fonctionnement des établissements publics et participant au service public hospitalier a, tout d'abord, connu une augmentation proche, voire supérieure à 2% au cours de la période de mise en œuvre du plan (1,82 % entre 2004 et 2005, 2,93 % entre 2005 et 2006, et 2,19 % entre 2006 et 2007 et 2,28 % entre 2007 et 2008), en dépit des plans d'économie qui ont touché au cours de cette période l'ensemble des établissements hospitaliers. Une relance de l'investissement en psychiatrie a par ailleurs été opérée à la faveur du programme d'investissement d'une ampleur sans précédent, apportant un soutien financier de 750 millions d'euros à la mise en œuvre de 342 opérations. Ce programme permettra, à l'échéance 2010, de générer un investissement total d'1,5 milliards d'euros.

Grâce à ces financements, un certain nombre d'évolutions marquantes dans le champ de la psychiatrie ont pu être engagées:

- l'amélioration des conditions d'exercice des personnels : il s'est opéré aussi bien par la création de postes (au total, **2787 postes supplémentaires** ont été financés, dont 319 de médecins et 2466 postes de personnels non médicaux) que par la mise en place de formations (**25,1 millions d'euros** ont été engagés pour les formations d'adaptation à l'emploi et au tutorat des infirmiers) ;
- le rééquilibrage des crédits en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile, d'une part, et des activités ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation, d'autre part (la part de ces dernières ayant totalisé 40% des financements, alors que l'hospitalisation complète n'a mobilisé que 28% des crédits du plan).
- le financement d'équipes mobiles de psychiatrie accompagnant vers les soins les personnes en situation de précarité : **92 équipes** ont été financées sur les quatre années du plan à la faveur de la délégation de **10,75 millions** d'euros de crédits.
- la mise en œuvre de centres ressources visant à améliorer la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, appuyée sur la délégation, au titre du plan, d'un financement de **5 millions** d'euros.
- le lancement d'une réflexion sur les relations entre les acteurs des domaines sanitaire, social et médico-social, sur la base d'une expérimentation menée dans deux régions et d'un questionnement adressé à l'ensemble des commissions consultatives régionales de santé mentale.

Une impulsion forte a par ailleurs été donnée par le plan à la constitution d'une offre médico-sociale permettant l'accompagnement et l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les capacités d'accueil en établissements médico-sociaux pour adultes (maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé) ont tout d'abord bénéficié d'un développement soutenu. De 2005 à 2008, plus de **1750 places nouvelles** de maisons d'accueil spécialisé (MAS) et de foyers d'accueil médicalisé (FAM) dédiées à l'accueil de personnes ayant un handicap d'origine psychique ont été effectivement autorisées et financées. Les financements du plan ont par ailleurs permis de réaliser une montée en charge progressive des services

d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), avec la création de **1639 places** de SAMSAH au cours de la période.

Le soutien financier aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé a été soutenu tout au long de la période. Ainsi sur les 4 années du plan les subventions aux associations d'usagers de la santé mentale et leurs familles s'élèvent à plus de 3 M€. Ces subventions sont essentielles pour ces associations « tête de réseau » (FNAPSY, France Dépression, UNAFAM, Croix Marine....). Outre leur mission de représentation au sein des institutions (CDHP...), leurs actions sont essentielles en matière d'accueil et de soutien des familles et d'information sur la maladie mentale. Par ailleurs, ces associations promeuvent des modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes souffrant de pathologies mentales plus performantes (GEM, logements adaptés, etc.) ou novatrices (pairs- aidants, usager- professionnel etc.).

Par ailleurs des actions visant à favoriser la qualité des pratiques et la recherche en psychiatrie et en santé mentale ont été menées au travers du financement d'actions de formation, d'organisation de journées professionnelles, de travaux sur l'évaluation des pratiques professionnelles, de soutien à des études et recherches.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à disposition des professionnels depuis 2005 des recommandations professionnelles sur l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement puis sur la prise en charge des pathologies mentales les plus souvent rencontrées en milieu hospitalier spécialisé.

1.4.2. Les instructions pour limiter les contentieux (la motivation des décisions préfectorales)

Un certain nombre d'arrêtés préfectoraux ayant été annulés par le juge administratif, le ministère chargé de la santé a été amené à donner des instructions par note d'information DGS n° 97/817 du 24 décembre 1997 relative à la motivation et à la notification des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office.

Un revirement de jurisprudence en matière de motivation des arrêtés d'hospitalisation d'office étant intervenu notamment par l'arrêt DESLANDES du Conseil d'Etat en date du 9 novembre 2001 (req. n° 235247²⁷), une circulaire DGS/SD6C n° 603 du 10 décembre 2001 relative à la motivation des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office a été adressée aux services déconcentrés.

Ces instructions ont été complétées par une circulaire du 3 décembre 2007 du ministère chargé de l'intérieur, élaborée en concertation avec le ministère chargé de la santé.

Ces recommandations se sont traduites par des progrès sensibles en matière de motivation des arrêtés préfectoraux initiaux ou de maintien des mesures d'hospitalisation d'office, les préfets joignant désormais à leurs arrêtés les certificats médicaux au vu desquels ils ont pris leur

²⁷ Cet arrêt précise que « l'autorité administrative, lorsqu'elle prononce ou maintient l'hospitalisation d'office d'un aliéné, doit indiquer dans sa décision les éléments de droit et de fait qui justifient cette mesure : que si elle peut satisfaire à cette exigence de motivation en se référant au certificat médical circonstancié qui doit être nécessairement établi avant la décision préfectorale, c'est à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre ce certificat à la décision ».

décision, en s'en appropriant le contenu ou reproduisant le contenu de ces certificats dans le corps même de leurs arrêtés.

1.4.3. Le suivi des HSC et l'aide à l'instruction des dossiers pour les décisions préfectorales (HOPSY)

La gestion des dossiers des personnes hospitalisées d'office et le suivi des mesures (admissions, maintiens, sorties, transferts, clôtures) sont actuellement assurés par les Agences régionales de santé (ARS) et l'étaient auparavant par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Les DDASS préparaient et mettaient à la signature des préfets les arrêtés initiaux, de maintien et de levée d'hospitalisation d'office (HO) ainsi que les arrêtés de sortie d'essai et de transfert.

Pour aider les DDASS dans leur tâche de gestion et pour leur permettre d'assurer le secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et d'établir des statistiques départementales relatives aux hospitalisations sans consentement, un traitement automatisé d'informations nominatives, HOPSY, créé par arrêté ministériel du 19 avril 1994, a été mis à leur disposition.

Récemment modernisé, il est obligatoire depuis 2007 (en application de la circulaire DGS du 23 novembre 2006) et fait l'objet de mises à jour en fonction des modifications législatives (création d'une procédure d'hospitalisation d'office sur décision de justice par la loi du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté et la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental).

HOPSY permet d'harmoniser les pratiques des ARS, de mieux gérer les délais (la sanction en cas de dépassement des échéances légales prévues pour la prise des arrêtés préfectoraux de maintien en hospitalisation d'office est la caducité des mesures) et d'éviter la condamnation de l'Etat en cas de contentieux (une attention particulière a été apportée à la rédaction des modèles types d'arrêtés préfectoraux proposés dans l'application notamment dans un souci de motivation suffisante de ces arrêtés).

HOPSY permet également le suivi des mesures d'HDT.

La gestion de ce logiciel est confiée depuis le 1^{er} avril 2010 aux agences régionales de santé (ARS).

Afin d'améliorer la qualité des statistiques nationales, en évitant les doubles comptes et pour disposer de données portant sur les personnes hospitalisées sans consentement et pas seulement sur les mesures les concernant, un logiciel d'anonymisation des données recueillies dans HOPSY va être intégré dans cette application.

1.4.4. Un décret pour se mettre en conformité avec la jurisprudence de la CEDH sur l'examen à brefs délais des demandes de sortie immédiate

L'intervention du décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement prévue à l'article L. 3211-12 du code de la

santé publique, pris en application de l'article L. 3211-12 du CSP dans sa version actuelle a essentiellement pour but de limiter les condamnations de l'Etat français par la Cour européenne des droits de l'homme. Celle-ci estime actuellement que les juridictions judiciaires ne respectent pas les obligations qui découlent de l'article 5 en cela que le délai pour se prononcer sur les demandes de sortie immédiate est souvent trop long et non justifié par les diligences accomplies. Ce texte constitue une avancée dans la protection des droits des malades en précisant les points suivants :

- le patient voit sa demande examinée par le juge des libertés et de la détention (ou, en cas d'appel, par le premier président de la cour d'appel) dans de courts délais (douze jours à compter de l'enregistrement de la requête au greffe ou vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée) ;
- la requête peut être déposée à l'établissement de santé d'accueil ;
- le juge entend la personne hospitalisée sauf si son audition est de nature à porter préjudice à sa santé ;
- la décision du juge est exécutoire de plein droit même en cas d'appel.

1.4.5. Le dispositif de suivi des fugues

Le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) du département des urgences sanitaires du ministère de la santé et des sports, a mis en œuvre, depuis avril 2009, un dispositif de recueil de données sur les fugues concernant les patients hospitalisés d'office.

Afin de mieux appréhender le volume et les circonstances des fugues, la déclaration de l'événement est opérée par l'ARS via une fiche type permettant d'assurer la normalisation des signalements. Ce document est transmis au CORRUSS, point d'entrée unique des alertes sanitaires et sociales.

La fugue est définie dans son acception large, c'est-à-dire la sortie non autorisée d'un patient placé en hospitalisation sans consentement ou, lors d'une sortie d'essai, les « perdus de vue » (patients ne se rendant pas aux consultations prévues).

Une première analyse des données recueillies par les fiches a été réalisée fin 2009.

Entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 décembre 2009, le nombre de fugues déclarées au CORRUSS est de 330, dont 30% sont inférieures à 1 jour. 90% d'entre elles ont une durée inférieure ou égale à 7 jours.

1.4.6. Les actions pour la sécurisation des établissements

L'amélioration de la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques, qui est l'un des enjeux prioritaires du ministère chargé de la santé, a été déclinée dans plusieurs dispositifs, dont le plan de sécurisation des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie, annoncé par le Président de la République dans son discours prononcé le 2 décembre dernier au centre hospitalier Erasme à Antony.

Ce plan est abondé par des crédits à hauteur de 70M€ dans le cadre du plan de relance gouvernemental, dont 30M€ pour financer des équipements et des dispositifs de sécurisation et 40M€ pour la création de quatre nouvelles unités pour malades difficiles.

Ce dispositif confortera la qualité de la prise en charge des patients dans des structures mieux adaptées à leurs besoins et contribuera au renforcement de la sécurité des patients et des personnels.

Les travaux réalisés en application de ce dispositif se déclinent en quatre types de mesures dont ont bénéficié 315 établissements de santé :

- l'amélioration de la sécurité des enceintes hospitalières réalisée par les moyens les mieux adaptés à la configuration et au fonctionnement du site, tels que des barrières d'entrée, des dispositifs de vidéosurveillance notamment,
- la création d'unités ou des espaces fermés ou susceptibles d'être fermés pour accueillir notamment les personnes hospitalisées sans consentement,
- la création de 200 chambres d'isolement supplémentaires,
- la mise en place de systèmes et dispositifs de surveillance, permettant au patient, dans le cadre d'un projet thérapeutique et sur prescription médicale, de circuler sans sortir de l'enceinte hospitalière.

Le second volet du dispositif porte sur la création de quatre nouvelles unités pour malades difficiles (U.M.D.). Ces unités sont destinées aux patients qui présentent pour autrui, en raison de leur état psychiatrique, un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement adaptée à cet effet. Les patients admis dans ces unités relèvent d'une hospitalisation d'office. Il peut s'agir de patients adressés par leur secteur d'origine en raison de leur état de dangerosité pour autrui, jugé incompatible avec le maintien en unité d'hospitalisation classique fermée, ou de patients en situation d'irresponsabilité pénale, ou de patients incarcérés adressés en psychiatrie.

Les unités nouvelles, situées en Champagne Ardenne (établissement public de santé départemental de la Marne à Châlons-en-Champagne), en Haute Normandie (centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen), en Midi Pyrénées (centre hospitalier Pierre Jamet à Albi - Tarn) et en Limousin (centre hospitalier du pays d'Eygurande à Monestier-Merlines-Corrèze) compléteront, avec l'unité en cours de réalisation au centre hospitalier du Vinatier dans le département du Rhône, l'offre déjà existante localisée dans les régions d'Aquitaine (Cadillac), Bretagne (Plouguernevel), Ile de France (Villejuif), Lorraine (Sarreguemines) et Provence Alpes Côte d'Azur (Montfavet).

Afin d'assurer une répartition équilibrée de l'offre sur l'ensemble du territoire national, la détermination des sites s'est faite selon des critères d'accessibilité et de cohérence par rapport aux implantations existantes.

L'augmentation de la capacité globale des unités pour malades difficiles passera de 456 actuellement à 656 lits à l'ouverture des nouvelles UMD.

II - OBJECTIFS DE LA LOI

Le présent projet de loi ne remet pas en cause les fondements du dispositif à savoir l'hospitalisation d'office (HO) et l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT).

Il a pour principal objectif de remédier aux carences du dispositif légal actuel pour garantir l'accès et la continuité des soins des personnes présentant un trouble mental qui ne ressentent pas la nécessité de ces soins.

Cette réforme adapte la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques disponibles actuellement qui permettent aujourd'hui à de nombreux patients d'être pris en charge selon d'autres modalités qu'en hospitalisation à temps plein.

Cependant, consacrer la pratique des soins en dehors de l'hôpital exige d'aménager un suivi attentif des patients, pour leur sécurité et pour celle des tiers. Une vigilance accrue des professionnels et des pouvoirs publics vis-à-vis des malades atteints de troubles mentaux qui sont susceptibles d'actes graves de violence doit contribuer à changer le regard de la société sur la maladie mentale.

Les assouplissements apportés par le présent projet en faveur de l'accès aux soins exigent en contrepartie un renforcement des droits des personnes malades et des garanties du respect de leurs libertés individuelles. Il s'agit également d'adapter le droit français aux recommandations européennes.

Enfin, le projet de loi tire les conséquences de la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel sur le dispositif de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement (HSC), en prévoyant le contrôle systématique par le juge des mesures d'hospitalisation dont la durée excède quinze jours.

III – PRINCIPALES OPTIONS

3.1. Les trois rapports des inspections générales de différents ministères²⁸ sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 aboutissent parfois à des conclusions différentes, y compris sur des points fondamentaux.

- Sur la question du maintien de la dualité des procédures d'hospitalisation sans consentement (hospitalisation sur demande d'un tiers et hospitalisation d'office), le rapport STROHL, à la différence des deux autres rapports, recommandait la création d'une

²⁸ - Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit « rapport STROHL » de Septembre 1997 (n°97081) ;

- Rapport de l'Inspection générale de l'administration, de l'Inspection générale de la police nationale, et de l'Inspection de la gendarmerie nationale de mai 2004, « Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000271/0000.pdf>

- Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des services judiciaires de Mai 2005, « 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 » <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000110/0000.pdf>

procédure unique, dépendant du juge, dans un souci de simplification et d'alignement sur les recommandations européennes. En outre, ce rapport proposait de supprimer le trouble à l'ordre public comme motif d'hospitalisation.

- Sur le principe d'une dissociation entre l'obligation de soins et les modalités du soin, proposition commune aux rapports de l'IGAS et de l'IGA, le second limite cette possibilité aux seules hospitalisations sur demande d'un tiers.
- Si les rapports s'accordent à reconnaître la nécessité d'instaurer une période obligatoire d'observation pouvant durer jusqu'à soixante-douze heures, ils ne l'articulent pas de la même manière avec la procédure d'hospitalisation sans consentement.

3.2. Les options législatives non retenues

Elles sont trop nombreuses et souvent trop techniques pour pouvoir être citées et décrites exhaustivement. C'est pourquoi il est proposé de n'examiner que les grandes options évoquées par les rapports d'évaluation.

3.2.1. L'unification du dispositif : la fusion de l'HO et de l'HDT

- Consacrer le caractère uniquement sanitaire de l'hospitalisation sans consentement

Le groupe national d'évaluation de la loi de 1990 souhaitait faire de la loi du 27 juin 1990 un dispositif exclusivement sanitaire en supprimant le trouble à l'ordre public des critères d'hospitalisation.

Il était logique dans ces conditions d'envisager la fusion des procédures d'HO et d'HDT. D'autres arguments en faveur de l'unicité du dispositif étaient invoqués tels que la différence parfois peu claire entre danger pour soi et danger pour autrui et la similitude des pathologies conduisant à l'HO et à l'HDT, le groupe de travail considérant que l'entrée dans les soins par l'HDT ou par l'HO tenait davantage au contexte de la personne (isolement social, personnes sans domicile fixe, etc.) qu'à des manifestations particulières des troubles mentaux.

Il était proposé de confier au préfet le soin de prendre la mesure et aux médecins, via le directeur d'établissement, le pouvoir de la lever.

En revanche, le groupe était opposé à la suppression des deux régimes s'il impliquait un alignement des procédures sur celle de l'HO.

Aucun des autres rapports n'a préconisé la fusion des deux régimes. Le rapport de l'IGAS/IGSJ a exclu cette hypothèse en estimant que, l'unification ne pouvant se faire que sous l'égide du préfet, d'une part, les tiers et donc la famille seraient exclus du dispositif alors que l'investissement des proches du patient dans sa prise en charge est essentielle et, d'autre part, l'ingérence de l'autorité publique dans un domaine ne relevant pas actuellement de sa compétence était contestable.

Outre ces inconvénients, rappelons que les HDT représentent plus de 60 000 mesures par an, soit 84% des hospitalisations sans consentement, alors que les préfets ne gèrent actuellement qu'environ 11 000 mesures d'HO. Confier aux préfets la gestion de la totalité des

hospitalisations sans consentement poserait un réel problème de faisabilité et générerait un coût important.

- La judiciarisation des mesures de soins sans consentement

Elle impliquerait la fusion des procédures d'HDT et d'HO dès lors que le juge judiciaire prononcerait toutes les mesures d'hospitalisation sans consentement.

L'argument le plus favorable à la judiciarisation tient aux compétences du juge judiciaire, garant des libertés individuelles. Cette solution aurait la préférence des associations de malades même si elles la jugent actuellement peu réaliste. Le rapport IGAS/IGSJ voyait également un avantage à la judiciarisation dans la mesure où, grâce au respect du principe du contradictoire, la personne malade pourrait être entendue en présence, le cas échéant, d'un avocat.

Le groupe national, opposé à la judiciarisation, considérait d'une part que, faute de moyens suffisants, les autorités judiciaires pourraient difficilement faire face à l'urgence et que, d'autre part, le juge, tout comme le préfet, ne pourrait que fonder sa décision sur la proposition médicale. Le groupe soulignait aussi qu'il n'est pas bon que la même autorité (en l'occurrence judiciaire) prenne la décision d'hospitalisation sans consentement et assure le recours contre cette décision. A tout prendre, il lui a paru préférable que l'autorité administrative prenne la décision et que le juge judiciaire intervienne *a posteriori*.

Le rapport IGAS/IGSJ, également opposé à la judiciarisation, redoutait, si elle était retenue, un allongement de la procédure.

En tout état de cause, la décision judiciaire ne s'impose pas au regard du droit européen. : l'article 2 de la recommandation Rec (2004) 10 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe impose que l'instance compétente pour prendre la décision soit distincte de l'instance qui propose la mesure.

Enfin, une telle option serait contestable au vu de la conception française du rôle du juge, conçu comme exerçant un contrôle *a posteriori* et non *a priori*.

3.2.2. La suppression du tiers

Le groupe national d'évaluation s'est interrogé sur la question de la suppression du tiers. A titre personnel, Mme STROHL, sa présidente, y était favorable. Le groupe a fait valoir que la suppression de la demande ne signifiait pas que la famille était mise à l'écart mais il a insisté sur le fait qu'hospitaliser quelqu'un contre son gré était lui faire violence et que les proches pouvaient hésiter à le faire. Le groupe a donc jugé nécessaire de libérer les proches "de l'injonction paradoxale de devoir faire violence à celui qu'ils veulent protéger".

Cependant, le projet gouvernemental a préféré l'option consistant à maintenir le tiers dans la procédure d'hospitalisation en aménageant les dispositions y ayant trait pour remédier à la question de l'absence de tiers et à celle du nécessaire recentrage de son rôle, conçu désormais comme celui d'un demandeur de soins.

3.2.3. Le curateur à la personne pour suppléer l'absence de tiers

Le rapport IGAS/IGSJ préconise, en l'absence de tiers ou en cas de réticence de ce dernier à signer la demande, de recourir, après admission à titre conservatoire de la personne par le directeur, à un curateur à la personne.

Cette proposition, jugée trop complexe à mettre en œuvre, n'a pas été retenue. A preuve, le recours au curateur à la personne est déjà prévu par la loi de 1990 mais l'article concerné n'a pas été appliqué.

3.2.4. L'extension des missions des CDHP

Le rapport IGAS/IGSJ propose notamment un élargissement des missions des CDHP à l'ensemble des situations portant atteinte à la liberté des malades (mise en chambre d'isolement, contention, placement en service fermé pour les personnes en hospitalisation libre, entrave à la liberté d'aller et venir dans des établissements sanitaires et médico-sociaux) et en modifiant sa composition en ajoutant un avocat et des membres suppléants.

Les difficultés de constitution et de fonctionnement des CDHP, décrites par ailleurs, rendent irréalistes tout alourdissement des charges des CDHP, a fortiori lorsqu'il suppose que ces instances siègent de façon permanente. Le constat établi conduit au contraire à envisager un recentrage des activités de la commission sur des tâches essentielles.

3.3. Les mesures législatives inscrites dans le projet gouvernemental

Les principales évolutions sont les suivantes

1. Le remplacement de la notion d'hospitalisation par celle de « soins », ouvrant la possibilité d'une prise en charge en hospitalisation complète ou en hospitalisation partielle et en soins ambulatoires selon l'avis médical. Dans ces conditions et afin de simplifier l'application du dispositif, il est proposé de supprimer la notion de sortie d'essai. L'admission en hospitalisation à la demande d'un tiers devient l'admission en soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et l'hospitalisation d'office est remplacée par les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

Le projet de loi initial prévoyait la simplification de l'entrée dans le dispositif de soins sans consentement à la demande d'un tiers en supprimant l'exigence de deux certificats. En effet, d'une part, cette exigence pouvait limiter l'entrée dans les soins dans des situations de démographie médicale basse et, d'autre part, ne constituait pas toujours, dans les faits, une garantie supplémentaire. Sur ce point, les différents rapports d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 s'accordaient à reconnaître que, au vu de l'augmentation de la proportion des hospitalisations sur demande d'un tiers prises en urgence (48 % des HDT en 2007) qu'un seul certificat médical devrait être suffisant pour prononcer une obligation de soins, à condition de renforcer le nombre des certificats ultérieurs.

Cependant, dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel semble avoir accordé une place importante, au regard des garanties des droits des patients, à l'exigence de deux certificats pour l'entrée dans le dispositif de soins.

Ainsi, s'il a estimé que, s'agissant de l'admission en hospitalisation sans consentement, les « conditions de fond et des garanties de procédure [sont] propres à assurer que l'hospitalisation sans consentement, à la demande d'un tiers (HDT), ne soit mise en œuvre que dans les cas où elle est adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade » (considérant 19), il a fondé cette appréciation notamment sur le fait que la demande d'HDT « doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés, datés de moins de quinze jours, attestant que les conditions rappelées au considérant précédent sont remplies ; que le septième alinéa de l'article L. 333 [art. L. 3212-1] fixe des garanties dans le choix des médecins rédacteurs de ces certificats ; que le premier certificat ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; que la possibilité d'une admission au vu d'un seul certificat médical est réservée, à titre exceptionnel, au cas de « péril imminent pour la santé du malade » ; que, dans les vingt-quatre heures de l'admission, la nécessité de celle-ci doit être confirmée par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil » (considérant 18).

Il est certes difficile d'apprécier l'importance relative qu'il convient d'accorder à chacune des garanties offertes. Cependant, en jugeant nécessaire de rappeler que, dans le dispositif applicable aujourd'hui, la dérogation à l'exigence de deux certificats était exceptionnelle et n'était justifiée que par l'urgence, la décision du Conseil constitutionnel conduit à douter de la conformité à la Constitution d'une généralisation de cette procédure simplifiée.

Dans ces conditions, il a paru souhaitable, dans le projet modifié par la présente lettre rectificative, de revenir sur la simplification initialement proposée.

2. L'instauration d'un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention du bien-fondé des hospitalisations complètes sans consentement dès lors que la durée de l'hospitalisation initiale excède quinze jours, conformément à la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel, puis selon une périodicité de 6 mois.

Si le Conseil Constitutionnel a fixé à quinze jours la durée de l'hospitalisation au-delà de laquelle celle-ci ne peut se poursuivre sans une intervention du juge judiciaire, il ne s'est pas prononcé sur la réitération d'une telle intervention ni a fortiori sur la périodicité avec laquelle ce contrôle de plein droit exercé par le juge devait se renouveler. Cependant, les motifs de la décision du juge constitutionnel, et notamment ceux relatifs à l'insuffisance du recours actuel devant le juge, eu égard à son caractère facultatif, donnent à penser qu'un renouvellement de l'intervention de plein droit du juge judiciaire s'impose dès lors qu'une mesure d'hospitalisation contraignante est mise en œuvre dans la moyenne ou dans la longue durée.

Le Gouvernement a fait le choix de prévoir un renouvellement du contrôle de plein droit exercé par le juge tous les six mois, à compter de la première décision du juge intervenue au plus tard le quinzième jour de l'hospitalisation ou de la dernière décision judiciaire rendue. Cette solution est apparue suffisamment protectrice de la liberté individuelle, dans la mesure où, d'une part, la nécessité de la prolongation de la mesure demeure, dans les intervalles entre les contrôles du juge, soumise au contrôle et aux décisions de l'autorité administrative qui l'a initialement

prononcée et où, d'autre part, l'accès de la personne hospitalisée au recours facultatif prévu par l'article L . 3211-12 du code de la santé publique demeure ouvert à tout moment.

Par ailleurs, le Conseil constitutionnel ne s'est pas estimé saisi de la conformité à la Constitution du régime de l'hospitalisation d'office, qui ne lui avait pas été renvoyé par le Conseil d'Etat statuant sur la question prioritaire de constitutionnalité. Il n'en demeure pas moins que les spécificités des mesures d'hospitalisation d'office ne semblent pas permettre de considérer qu'elles échapperaient aux griefs ayant justifié la déclaration d'inconstitutionnalité dans le cas de l'hospitalisation à la demande d'un tiers. La nécessité d'une intervention du juge, en cas de prolongation de l'hospitalisation au-delà de 15 jours puis de 6 mois, doit donc trouver également application aux mesures d'hospitalisation d'office.

Une question spécifique était posée par les mesures d'hospitalisation d'office concernant les personnes déclarées irresponsables pénalement, mesures qui se trouvent directement prononcées par une juridiction d'instruction ou par une juridiction pénale de jugement en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale. Cet article n'a en effet prescrit aucun réexamen à terme de la situation du malade, seul restant ouvert à celui-ci le recours devant le juge des libertés et de la détention propre au régime actuel. Dans une telle hypothèse, il a été estimé que l'intervention du juge dans les quinze jours de la décision initiale était inutile, puisque celle-ci a été prononcée par l'autorité judiciaire. En revanche, eu égard à l'exigence d'une cohérence entre les garanties de la liberté individuelle assurées pour les différents modes d'hospitalisation d'office, il a été prévu un contrôle du juge au terme d'un délai de six mois à compter de la décision initiale de placement, puis de six mois en six mois, conformément au droit commun prévu pour les autres catégories de mesures d'hospitalisation sans consentement.

3. L'introduction d'une période « d'observation » et de soins initiale en hospitalisation complète de soixante-douze heures après le prononcé de la mesure sur demande d'un tiers (ex-HDT) ou en cas de péril imminent ou de la mesure sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO) avec la création d'un certificat à 72 heures.

4. La création d'une procédure de suivi des patients pris en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète sur la base d'un protocole de soins précisant le type de la prise en charges, les lieux de traitement et la périodicité des soins, transmis au directeur de l'établissement pour les soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et au préfet pour les soins sur demande de l'autorité publique.

5. La création d'un collège de soignants (deux psychiatres et un cadre soignant) ayant notamment pour missions de fournir un avis aux préfets sur les sorties de l'hôpital pour les patients mis ou ayant été mis en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale et les patients ayant été hospitalisés en UMD (unité de malades difficiles).

6. La création d'une procédure permettant, dans le seul cas de péril imminent pour la santé du patient, de prendre celui-ci en charge en l'absence de tiers déclarés formalisant

une demande. Cette nouvelle procédure permettra au directeur de l'établissement de prononcer l'admission du patient bien qu'aucun tiers ne se soit présenté, garantissant ainsi la prise en charge du patient.

7. L'amélioration de l'information et de la prise en compte de l'avis des patients sur ces soins faisant l'objet d'une mesure de « soins sans consentement » s'inscrivant dans le cadre de la demande du Conseil de l'Europe. D'une part, le projet de loi complète les actuelles dispositions sur les modalités de délivrance au patient des informations sur ses droits et sur les soins qui lui sont prodigués notamment. D'autre part, il reconnaît le droit du patient à exprimer ses observations sur les mesures de tous ordres le concernant, à l'exception de la décision initiale.

8. La révision des règles d'intervention des tuteurs et des curateurs pour tenir compte des dispositions de la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs.

9. Le recentrage des missions des actuelles CDHP sur les situations mettant le plus en jeu les garanties individuelles

IV. L'ANALYSE DE L'IMPACT DES OPTIONS RETENUES

4.1. Impact sur les patients et leurs proches

L'impact attendu de la loi sur les patients, leurs proches (et les institutions les prenant en charge) est évalué, d'un point de vue quantitatif, dans la mesure des données disponibles.

Présentés en introduction, les systèmes d'information existants permettent d'ores et déjà d'établir les estimations suivantes (tableau ci-dessous). On rappelle que les chiffres recueillis à cette occasion ne concernent que le nombre de mesures prises et non pas le nombre de patients concernés par l'hospitalisation sans consentement et sont estimatifs. Ils serviront entre autres de base aux éléments d'impact chiffrés (cf. § 4.2.2.2).

Les systèmes d'informations sur la prise en charge ou le parcours du patient, présentés en introduction, sont amenés à évoluer et permettront à court terme, soit du fait de leur montée en puissance (RIM-psy) soit des évolutions techniques déjà prévues (système d'anonymisation des données sur le logiciel HOPSY en vue d'exploitation et de suivi au niveau national) de disposer d'un système de suivi de la mise en œuvre de certaines dispositions de la loi.

Ce suivi pourra être effectué à partir d'analyses régulières, s'agissant notamment des mesures et modalités d'application des mesures de soins sans consentement (nombre, hospitalisation ou

soins ambulatoires, durée de la mesure, nombre de mesures dérogatoires...), permettant notamment une analyse basée sur les patients.

Ce système d'information permettra donc une évaluation précise de l'impact des nouvelles dispositions sur le nombre de personnes concernées par les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement.

Des études complémentaires seront néanmoins nécessaires pour apprécier de façon plus qualitative l'impact attendu du nouveau dispositif sur les soins apportés aux patients ou son impact réel sur les institutions.

Une étude portant sur les hospitalisations sans consentement vient de débuter. Menée dans 4 régions françaises (Nord-Pas-de-Calais, Ile de France, Aquitaine et Provence Alpes Côte d'Azur), elle a pour objectif de mieux connaître les pratiques cliniques (psychiatriques), institutionnelles (hospitalières) et administratives concernant les hospitalisations sous contrainte et particulièrement les hospitalisations d'office. Elle devrait également apporter un éclairage sur le parcours de soins des personnes concernées par ce mode d'hospitalisation. Les premiers résultats sont attendus pour le courant de l'année 2013.

Mesures d'hospitalisation sans consentement.

Estimation au niveau national, une année donnée et pour 90 départements.

Mesures d'hospitalisation sans consentement	Estimation de mesures estimées au niveau national sur 90 départements	Remarques
HDT		
Décision initiale	61 000	134 mesures HDT pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans (variation de 1 à 5 selon le département) 50% en procédure d'urgence (10% à 80% selon les départements)
Sortie d'essai	61 000	Grande variabilité selon les départements, entre 5 fois moins fréquent à 5 fois plus fréquent que le nombre de HDT Sortie d'essai de moins de 15 jours pour 16% de malades en HDT (estimé sur 4 départements)
HO		
HO de droit commun	11 000	25 mesures HO pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans (variation de 1 à 9 selon les départements) 68% selon procédure de danger imminent
Levée	11 000	Nombre de mesures estimé équivalent au nombre de mesures de HO dans presque tous les départements
Sortie d'essai	30 000	Grande variabilité selon les départements, entre 3 fois moins fréquent à 3 fois plus fréquent que le nombre de HO Grande variabilité d'une année sur l'autre pour un même département. Sortie d'essai de moins de 15 jours pour 31% de malades en HO (estimé sur 4 départements)
HO D 398	2 000	Grande variabilité selon les départements, 0 à 110.
HO L 3213-7	200	Grande variabilité selon les départements, 0 à 15.

4.1.1. Un dispositif d'accès aux soins sans consentement mieux adapté à la diversité des situations tout en garantissant les droits des patients

Chaque mesure d'hospitalisation sans consentement reflète une histoire individuelle dans un contexte particulier. Les mesures proposées pour faciliter l'accès aux soins psychiatriques cherchent à apporter des réponses dans des situations diverses. Elles visent d'une façon générale à mieux répondre aux besoins des patients atteints de troubles mentaux qui sont souvent dans le déni de leur pathologie, justifiant d'améliorer les dispositifs existants dans le sens d'une facilitation de l'accès aux soins sans consentement.

Une situation est particulièrement signalée, soit dans le cadre des rapports, soit par les partenaires, comme étant susceptible de limiter l'accès aux soins : la difficulté pour trouver un tiers demandeur de soins.

En conséquence, une nouvelle procédure d'admission en soins sans consentement est créée.

La difficulté de certaines familles à demander l'hospitalisation sans consentement alors qu'elles la savent nécessaire est souvent soulignée par les professionnels et les associations de famille. Dans certaines situations, la famille craint de rompre la relation de confiance instaurée entre elle et le patient par une demande de soins contraints. Dans d'autres situations, aucun tiers n'est présent. Il s'agit de personnes très isolées socialement ou vivant dans des conditions de vie très particulières (sans domicile fixe par exemple). Ces personnes n'accèdent pas ou plus aux soins, tant qu'il n'y a pas d'atteinte à la sûreté des personnes ou de trouble grave à l'ordre public.

Dans les cas les plus graves, en l'absence de tiers, le patient pourra désormais être admis dans un établissement de santé dans le cadre d'une disposition spécifique visant les seules situations de péril imminent.

L'admission en soins sans consentement se fera sur la base de deux certificats médicaux, dont l'un émanant d'un praticien extérieur à l'établissement d'accueil, et datant de moins de quinze jours. Le premier de ces certificats ne peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil : dans la pratique, ce médecin (qui intervient le plus souvent à la demande de la famille ou des proches) peut être médecin généraliste ou spécialiste. Il peut s'agir du médecin de famille, du médecin (psychiatre ou non) traitant du patient ou d'un médecin participant à des interventions en urgence (type « SOS médecin »), ou d'un médecin d'un service d'urgence, intervenant ou non à domicile, dès lors que le médecin intervenant est rattaché à un autre établissement de santé que l'établissement d'accueil. Le deuxième certificat peut être établi par tout médecin. Dans la pratique, il l'est le plus souvent par un médecin de l'établissement d'accueil, soit du service des urgences, soit du service de psychiatrie. Dans ce dernier cas, le certificat qui devra être établi dans les 24 premières heures de l'hospitalisation ne pourra être rédigé par le même praticien.

Concernant la procédure dérogatoire d'urgence, prévue à l'article L. 3212-3 et permettant « à titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade » de prononcer l'admission sur la base d'un seul certificat qui peut émaner de tout médecin, y compris un psychiatre de l'établissement d'accueil, le certificat émane le plus souvent d'un urgentiste ou d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Par ailleurs, concernant les patients entrant dans le dispositif en l'absence de tiers, les certificats des 24 premières heures puis des soixante-douze premières heures ne pourront être établis par le même psychiatre. Les directeurs d'établissement informeront dans les vingt-quatre premières

heures toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Cette démarche se fera dans le respect du secret médical et devra prendre en compte l'impact, le cas échéant négatif, que ces contacts pourraient avoir ultérieurement pour le patient. Dans le cas de la procédure dérogatoire d'urgence prévue à l'article L.3212-3, le certificat qui devra être établi dans les 24 premières heures de l'hospitalisation ne pourra être rédigé par le même praticien.

Il est par ailleurs prévu, concernant les personnes relevant d'une procédure sans tiers, que la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP, ex-CDHP) est informée du recours à cette procédure exceptionnelle.

Cette mesure doit également éviter que certaines mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers, prises actuellement, ne s'écartent de la jurisprudence.

Enfin, le fait de passer de la qualité de « demandeur d'hospitalisation » à « demandeur de soins », est estimé, dans le rapport de l'IGAS/IGSJ, comme susceptible d'être de nature à lever les réticences des proches à se constituer tiers demandeur, la modalité de mise en œuvre de ces soins relevant de la seule responsabilité médicale.

Le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation est garanti par deux dispositions :

- La révision du rythme de production des certificats médicaux en début de procédure. Ainsi est prévue, outre les deux certificats émanant de deux médecins différents à l'admission (article L. 3212-1) et le certificat établi dans les vingt-quatre heures (article L. 3212-4), la création d'un nouveau certificat qui doit être établi dans les soixante-douze heures suivant l'admission en soins (article L. 3212-4).
- Le contrôle systématique par le juge de toutes les mesures d'hospitalisation complète de plus de quinze jours, signalées par un certificat médical établi huit jours après l'admission en établissement. Les décisions du juge seront fondées sur l'avis de deux psychiatres auquel pourront s'ajouter des expertises complémentaires.

4.1.2. Des modalités de soins adaptées aux pratiques actuelles de prise en charge en psychiatrie

Les praticiens pourront dorénavant organiser des soins sans consentement autre qu'hospitalisation complète (hospitalisation à temps partiel ou prise en charge en ambulatoire), le cas échéant pour une adaptation du traitement, tout en maintenant la contrainte aux soins le temps nécessaire avant la décision de levée de la mesure.

Cette disposition, qui ne devrait pas modifier le nombre de patients faisant l'objet d'une mesure de soins contraints en dehors de l'hôpital, donne une base légale à des pratiques déjà mises en place dans le cadre des sorties d'essai.

L'entrée dans le dispositif de soins sans consentement se fera en hospitalisation complète, comme précédemment. Mais, elle est assortie d'une période d'observation et de soins de 72 heures qui permettra aux médecins d'évaluer l'état du patient et la modalité de soins la mieux adaptée à son état qu'il conviendra ensuite de mettre en œuvre.

L'évolution du mode de prise en charge hors hospitalisation complète, qui sera décrite, ainsi que les lieux de soins et la périodicité des soins, dans un protocole de soins, est possible à tout moment.

De même, la réhospitalisation complète du malade pris en charge selon une autre modalité de soins est possible à tout moment, dès lors que psychiatre traitant se rend compte que la modalité de soins n'est plus adaptée à l'état du patient et pour garantir la continuité de soins.

4.1.3. Un circuit de l'information sur le déroulé de la mesure de soins sans consentement adapté à l'évolution des modalités de prise en charge

L'introduction de soins en ambulatoire ou en hospitalisation à temps partiel pose dans d'autres termes la question de l'information soit du tiers, soit des autorités publiques. En effet, dans le cadre des nouvelles procédures, ce n'est plus seulement le statut du patient qui importe mais également la modalité de soins qui peut se traduire par une prise en charge en hospitalisation à temps partiel ou ambulatoire et partant un retour dans la cité.

Dans ces conditions, une information des personnes concernées est prévue dès lors que la modalité d'exécution du soin est décidée, et ultérieurement modifiée, dans le sens d'une sortie d'hospitalisation complète ou d'une admission en hospitalisation complète.

Lorsque le patient en soins sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent passe d'une hospitalisation complète à une autre modalité de prise en charge, tous les certificats établis par le psychiatre traitant sont adressés au représentant de l'Etat, au procureur de la République et à la CDSP. Le tiers éventuel et le procureur de la République sont avisés de la levée de la mesure et des prises en charge extrahospitalières.

Pour les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat, le préfet informera les autorités judiciaires, les maires et la famille du malade des décisions concernant l'admission, le renouvellement et la levée des soins sans consentement, ainsi que les modalités de prise en charge extrahospitalière.

4.1.4. Des dispositions pour assurer la continuité du traitement et apportant une aide aux familles

Le patient devra respecter le rythme des soins qui lui est proposé dans le cadre des soins en hospitalisation à temps partiel ou en ambulatoire. Par ailleurs, le directeur d'établissement devra intervenir si le psychiatre prenant en charge le patient l'informe que la continuité des soins est incompatible avec une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète.

Impliqués dans la démarche de soins du patient, les tiers, souvent représentés par les familles, seront informés de tout changement de modalités de sa prise en charge dès lors qu'elle n'intervient plus en hospitalisation complète. Les garanties apportées par l'organisation explicite des soins lors des prises en charges hors hospitalisation complète, d'une part, et par le rôle confié au directeur d'agir en cas de rupture de soins, d'autre part, devraient sécuriser et appuyer ces familles associées dans les faits aux projets de soins.

4.1.5. Un meilleur encadrement de la sortie des établissements de santé pour les soins ambulatoires ou pour les levées des mesures de soins sans consentement, tant pour la sécurité des malades que pour l'entourage

Pour les patients en soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent

A l'heure actuelle, lorsqu'un tiers ou un proche demande la levée de l'HDT, celle-ci est de droit même si le psychiatre traitant estime que la personne a encore besoin de soins et qu'elle n'est toujours pas apte à y consentir. Il pourra désormais s'opposer à la levée de la mesure de soins sans consentement lorsqu'elle est formulée par un tiers ou un proche.

En contrepartie, la liste des personnes ou des organismes dont la demande peut entraîner la levée des soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en raison d'un péril imminent est élargie pour y inclure toutes les personnes répondant aux critères requis pour être tiers. Par ailleurs la levée demeurera acquise lorsqu'elle sera demandée par la commission départementale des soins psychiatriques (ex-CDHP), dont le rôle de garante des droits est confirmé.

Pour les patients relevant de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO)

Les dispositions de la loi sont de nature à faciliter la prise de décision du préfet pour autoriser une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète ou la levée des soins sans consentement et ce, dans un objectif de sécurité publique.

Pour tous les patients, les certificats proposant des prises en charges extrahospitalières ou des levées devront être établis par le médecin qui suit le patient et devront être accompagnés du protocole de soins précisant les modalités concrètes de prise en charge.

Des exigences supplémentaires sont prévues pour les patients dont le comportement, à un moment de leur parcours, a témoigné d'une dangerosité. Les patients concernés seront, d'une part, ceux qui ont fait l'objet d'une hospitalisation en application des articles L. 3213-7 et 706-135 du code de procédure pénale (soit les personnes ayant été déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux), et, d'autre part, les personnes qui, au cours d'une hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat, auront séjourné dans une unité pour malades difficiles. Un avis collégial qui associe le psychiatre traitant du patient, un psychiatre de l'établissement et un cadre soignant est requis pour toute demande de prise en charge autre qu'en hospitalisation complète ou pour la levée de la mesure de ces patients. Cet avis confortera l'examen du psychiatre traitant. L'ensemble de ces avis sera transmis au préfet pour étayer sa décision. En cas de désaccord entre soit les membres du collège, soit le collège et les experts, il appartiendra au préfet de suivre ou non l'avis du psychiatre suivant le patient, le cas échéant en sollicitant une ou des expertises supplémentaires.

Pour ces mêmes patients, en cas de demande de sortie accompagnée (sortie de moins de 12 heures) le préfet devra désormais émettre une autorisation explicite.

Dans un souci de cohérence, l'exigence de l'avis concordant de deux experts choisis par le procureur de la République pour la levée de la mesure de soins sans consentement est étendue au patient ayant été en UMD ou ayant fait l'objet d'une hospitalisation d'office prononcée à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.

4.1.6. Mais une évolution de la loi qui ne modifie pas les dispositions applicables à certaines populations

Concernant les détenus, le projet de loi n'a pas comme objectif d'apporter des changements majeurs en matière de prise en charge psychiatrique des détenus. Dans la pratique, tant que toutes les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ne seront pas mises en place, certains détenus continueront d'être hospitalisés sans leur consentement par le préfet en établissement de santé sur le fondement des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

En matière d'hospitalisation psychiatrique des détenus ne consentant pas aux soins qui sont obligatoirement pris en charge dans le cadre de l'HO, lorsque l'ensemble des UHSA sera opérationnelle, subsistera la possibilité d'adresser un détenu, sur indication médicale, dans une unité pour malades difficiles qui est définie légalement.

Concernant les mineurs, le projet de loi n'apporte pas de modifications particulières en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique des mineurs. S'agissant des mineurs détenus, lorsque toutes les UHSA seront en place, les mineurs pourront toujours en sus des UHSA, lorsque leur intérêt le justifie, être adressés à des établissements de santé désignés par les ARS pour accueillir des personnes hospitalisées sans consentement.

4.1.7. Les droits des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement seront renforcés

Les personnes hospitalisées seront informées de leurs droits et des soins qui leur sont prodigués afin qu'elles puissent émettre leurs observations dont il conviendra de tenir compte dans la mesure du possible. Les modifications législatives proposées contribueront à formaliser le cadre dans lequel doit s'inscrire l'établissement de santé pour informer les patients de sa situation juridique, de ses droits et des voies de recours qui lui sont ouvertes.

La qualité des personnes pouvant se porter tiers est précisée dans la loi apportant ainsi une garantie supplémentaire sur la légitimité de ce dernier à agir dans l'intérêt du patient.

Un contrôle systématique du juge est instauré pour les mesures d'hospitalisation complète de plus de 15 jours et le renouvellement de ces mesures au bout de six mois.

Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)

Les modifications législatives proposées ont pour objet de remédier aux critiques émises à l'encontre des CDHP en ce qui concerne leur fonctionnement et leur efficacité.

Le recentrage des missions des CDHP sur l'examen des cas pouvant présenter le plus de risques en matière d'atteinte éventuelle aux droits et à la liberté des patients permettra à ces commissions de mieux remplir leur rôle. Cela concernera les personnes soignées sans leur consentement dans le cadre de la procédure applicable en l'absence de tiers en cas de péril imminent ainsi que les personnes dont les soins sans consentement, sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, se prolongeront au-delà d'un an. La procédure de soins sans consentement d'office présente d'ores et déjà des garanties suffisantes puisque la personne voit sa situation reconsidérée par le préfet à des échéances régulières.

L'amélioration du fonctionnement des CDSP sera également poursuivie dans la mise en place d'un secrétariat permanent, assuré par les ARS, permettant un lien permanent pour les usagers et en facilitant l'organisation de la commission.

4.2. L'impact sur les administrations publiques

4.2.1. Représentants de l'Etat :

L'instruction des demandes et la préparation des arrêtés d'hospitalisation sans consentement ou de levée d'hospitalisation sans consentement étaient réalisées par les DDASS pour le compte des préfets. Les dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires conduisent à ce que les ARS réalisent ces mêmes missions.

Dès lors, s'agissant de l'ensemble des départements, exception faite de Paris, ce projet de loi impacte peu l'activité des préfetures.

S'agissant de la situation spécifique de Paris, c'est un service propre de la Préfecture de Police qui assure l'instruction des mesures de placement en "HO".

Sur le maintien des mesures provisoires :

A Paris, en raison des pouvoirs de police municipale dévolus au préfet de police, ce sont les commissaires de police, et non les maires, qui sont habilités à prendre les mesures provisoires, maintenues par le projet de loi.

La personne est conduite à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) pour y être examinée par un psychiatre.

La capacité de l'IPPP (16 lits) a permis en 2009 l'accueil de 2061 personnes pour examen médical approfondi, soulageant d'autant les services d'urgence des hôpitaux parisiens. Le maintien des mesures provisoires devrait permettre de constater une activité comparable. La décision éventuelle de l'hospitalisation d'office est prononcée par arrêté du préfet de police dans le même délai que partout ailleurs mais elle offre, en plus, la garantie d'une prise en charge immédiate par des spécialistes reconnus.

De ce fait, les hospitalisations d'office prononcées après un passage à l'IPPP, au nombre de 921 en 2009 n'ont concerné à Paris que moins de la moitié des personnes conduites à l'IPPP (4°/°).

Au total, 961 arrêtés d'hospitalisation d'office ont été signés par le préfet de police (transformation de mesures d'HDT en HO et HO judiciaires principalement).

Sur le mode de soins (article L 3213-3 du code de la santé publique)

La suppression des sorties d'essais, remplacées par un régime de soins sans consentement en hospitalisation à temps partiel ou ambulatoire ne devrait pas modifier sensiblement les nombres d'actes administratifs pris antérieurement. Au cours des années 2008 et 2009, le nombre d'autorisation de sorties d'essai a été respectivement de 4843 et 5236 au titre de la sectorisation parisienne.

En revanche, le projet de loi introduit une disposition qui impliquera davantage les préfets dans le suivi des patients. En effet, le texte prévoit, pour les patients en soins sur décision du représentant de l'Etat qui seront pris en charge selon une forme différente de l'hospitalisation complète, qu'un protocole de soins est adressé au préfet. Ce protocole, qui sera établi par le psychiatre prenant en charge le patient, précisera les formes de la prise en charge, le(s) lieu(x) des soins et leur périodicité. En cas de modification substantielle de ce protocole, le représentant de l'Etat se prononcera pour savoir s'il autorise la modification de la forme de la prise en charge du patient.

Sur la levée de la mesure provisoire (article L3213-2, 2ème alinéa du code de la santé publique).

A l'heure actuelle, seules les décisions d'hospitalisation d'office font l'objet d'arrêtés. La nécessité de se prononcer sur les levées de mesures provisoires intervenant avant le délai de 48h devra donner lieu à formalisation. C'est donc un **doublément possible des arrêtés préfectoraux** qui est à prévoir, compte tenu des 961 arrêtés précités et des 2000 conduites annuelles à l'IPPP.

4.2.2. Les établissements de santé

1°) Le collège est saisi, d'une part, pour la levée et les prises en charge extrahospitalières des patients hospitalisés d'office s'ils ont été ou sont déclarés irresponsables pénaux (article L 3213-10 CSP et 706-35 CPP), ou s'ils ont séjourné en unités pour malades difficiles et d'autre part, pour les patients en soins sans consentement à la demande de tiers depuis plus d'un an.

Les modalités de désignation des membres et de fonctionnement du collège seront définies par décret en Conseil d'Etat.

2°) La saisine du juge pour le contrôle des hospitalisations de plus de quinze jours

Les établissements de santé devront transmettre aux préfets les dossiers concernant les patients relevant d'une décision de l'autorité publique, chacun de ces dossiers comportant l'avis de deux psychiatres

Par ailleurs, il leur faudra transmettre directement au juge les dossiers concernant des mesures prises sur demande d'un tiers.

4.2.2.1. Evaluation de la charge pour le collège

Le nombre d'heures passées par les professionnels membres du collège peut être évalué, pour chaque saisine, à 3 heures pour chaque membre dont une heure de réunion et de rédaction du compte-rendu et deux heures consacrées à l'étude du dossier médical, à la rencontre avec les soignants et le patient.

4.2.2.2. Evaluation du nombre de patients susceptibles d'être vus par le collège

Les patients irresponsables pénaux ne sont pas intégrés dans l'évaluation. En effet, leur faible nombre (300 personnes environ) rapporté aux 271 établissements accueillant des patients sans consentement, n'accroîtra pas de façon sensible la charge par établissement.

Les patients concernés sont ceux ayant déjà séjourné en unités pour malades difficiles. La file active de ces patients est évaluée à 2000 personnes depuis dix ans et, actuellement, à 700 par an. S'y ajoute l'examen des patients hospitalisés à la demande de tiers en soins depuis plus d'un an, évalués à 6000 personnes par an sur la base des données RIM-Psy.

Au total, les 271 établissements habilités à recevoir des patients sans consentement devraient examiner 8000 dossiers par an, soit en moyenne 30 dossiers par an et par établissement.

Cette charge de travail sera répartie sur l'année et absorbée par l'ensemble des établissements concernés.

4.2.2.3 Impact budgétaire de la mesure mettant en place une audience par le juge des libertés et de la détention

L'impact budgétaire de la mesure mettant en place une audience par le juge des libertés et de la détention à partir de 15 jours d'hospitalisation sans consentement pour un patient et au-delà de 6 mois peut être estimé de la manière suivante.

Selon les données de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), dans les 271 établissements recevant des patients en hospitalisation sans consentement, on comptait en 2009 près de 61 000 patients hospitalisés sans leur consentement (hospitalisation d'office ou hospitalisation à la demande d'un tiers) durant au moins 15 jours et de 11 500 à 17 500 patients

hospitalisés sans leur consentement durant au moins 6 mois²⁹. Le total annuel des audiences peut être estimé entre 72500 (61.000 + 11500) et 78500 (61.000 + 17500).

L'audience du juge des libertés et de la détention peut s'effectuer selon deux modalités :

- Comparution du patient au Tribunal de Grande Instance (TGI) ;
- Audience par visioconférence, le patient se trouvant dans une salle spécifique de l'établissement de santé, ladite salle devant être « spécialement aménagée » pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement ceci en compagnie d'un greffier (personnel hospitalier assermenté le cas échéant) et le cas échéant d'un personnel soignant.

L'impact de la mesure pour les établissements de santé varie selon que l'on privilégie l'option visioconférence (a priori moins coûteuse) ou l'option comparution au TGI. En effet, l'audition par visioconférence est moins consommatrice de ressources dans la mesure où elle ne nécessite pas de transport du patient et qu'au total le personnel soignant est mobilisé sur une durée moindre.

En conclusion, l'évaluation du coût des deux modalités – comparution au TGI ou audience par visioconférence – peut être estimée à :

- 148€ pour l'audience par visioconférence (40 € consultation de psychiatre + 108€ de ressources humaines mobilisables et d'équipements techniques). (cf. données explicatives du calcul de coût en annexe III).
- 304€ pour la comparution au TGI (40 € consultation de psychiatre + 264€ de ressources humaines mobilisables de transport). (cf. données explicatives du calcul de coût en annexe).

Le coût d'une audience par visioconférence est environ inférieur de moitié à celui d'une audience au TGI.

Modalités de réalisation des audiences	Estimation du coût unitaire de l'audience	Estimation du coût total annuel (hypothèse basse : 72 500 audiences)	Estimation du coût total annuel (hypothèse haute : 78 500 audiences)
comparution au TGI	304€	22,0 M€	23,9 M€
Audience par visioconférence	148 €	10,7 M€	11,6 M€

Les hypothèses ci-dessus sont établies en considérant que les audiences se déroulent soit toutes en visioconférence, soit toutes en comparution au TGI. Or, le panachage de ces dispositifs selon l'état du patient et la situation de l'établissement de santé notamment, est sans doute le cas de figure le plus probable.

²⁹ Ces données sont issues de l'exploitation du recueil RIM-Psy. Les évolutions récentes du nombre de patients hospitalisés révélait une augmentation de leur nombre, en même temps qu'une augmentation de la couverture du recueil. Une relative incertitude marque le nombre de patients en HSC durant 6 mois au moins, en raison des difficultés à concaténer les éléments concernant un même patient.

Une estimation annuelle du coût est faite sur la base d'une part d'audiences au TGI de 25%, 50% ou 75% :

Modalités de répartition des audiences (au TGI ou par visioconférence)	Estimation du coût total annuel (hypothèse basse : 72 500 audiences)	Estimation du coût total annuel (hypothèse haute : 78 500 audiences)
25% visio/ 75% TGI	19,51M€	21,10M€
50% visio /50% TGI	16,67M€	18,03M€
75% visio/ 25% TGI	13,84M€	14,96M€

4.2.3 Les Agences régionales de santé

Le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations entre le représentant de l'Etat dans le département et l'agence régionale de santé mentionne l'établissement dans chaque département d'un protocole établi d'un commun accord entre le préfet et le directeur général de l'agence régionale de santé afin de préciser les modalités de leur coopération notamment dans le domaine de l'hospitalisation sans consentement.

Pour pérenniser l'aide à la gestion des mesures de soins sans consentement apporté par le logiciel HOPSY pour les services sanitaires en charge de l'instruction des dossiers, un processus d'évolution du logiciel HOPSY est prévu sur deux axes :

- Evolution d'architecture, en lien avec le passage des DDASS aux ARS, et les réglementations autour de la sécurité et la confidentialité des données médicales nominatives à caractère personnel,
- Evolutions fonctionnelles impactées par l'axe précédent liées à de nouveaux besoins prioritaires (ergonomiques, statistiques, territoires d'Outre Mer sans ARS...), liées à des évolutions législatives et réglementaires (modification des procédures existantes d'hospitalisation sans consentement, nouvelles procédures...)

Les aspects de confidentialité et de sécurité ont un impact important sur la conception de l'application. Des modifications réglementaires seront également à envisager pour permettre à chaque région ou territoire d'Outre Mer d'utiliser le logiciel HOPSY.

Cette réécriture informatique se fera sous forme de maintenance corrective et évolutive et devra s'accompagner de la révision, en particulier sur le plan terminologique, de plus de 280 modèles types (arrêtés, lettres, notes...) actuellement proposés et de la création de nouveaux modèles types liée notamment aux nouvelles autorisations préfectorales de soins ambulatoires.

Au-delà, l'évolution de ce système prévoit la mise en place de l'anonymisation des données se rapportant à l'hospitalisation sans consentement en vue de leur exploitation statistique nationale qui permettra une amélioration du système d'information, en ajoutant aux données actuelles, des données se rapportant aux personnes, permettant ainsi une analyse de la population concernée et de la mise en œuvre des dispositions de la loi.

4.2.4. Impact sur les services de la justice

Le projet de loi relatif aux soins psychiatriques étend la compétence du juge des libertés et de la détention en matière d'internement aux demandes liées aux soins sans consentement (nouvel article L 3211-12 du code de la santé publique).

Les droits de la personne relatifs à son information sont réaffirmés (articles L 3211-3, L 3212-3), ce qui peut entraîner l'augmentation de la saisine du juge des libertés et de la détention du fait de la multiplication de requêtes déposées par un même patient ou le dépôt de demandes mal orientées.

Le projet de texte aura également pour impact une saisine plus importante du juge des libertés et de la détention en donnant la possibilité aux membres de la famille du malade ou à toute autre personne ayant avec le malade des relations personnelles antérieures à la demande de soins et susceptible d'agir dans son intérêt de contester l'avis du psychiatre lorsque l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. (article L 3212-9 du code de la santé publique).

Il harmonise les textes en transférant au juge des libertés et de la détention le contentieux lié à l'internement des personnes (actuellement compétence du président du tribunal de grande instance pour statuer sur les demandes de sortie immédiate de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques) – article L 3223-1 du code de la santé publique.

Il convient de prévoir un examen plus approfondi du dossier par le magistrat et la désignation d'expert ce qui aura une incidence sur les frais de justice. L'avis du collège prévu au nouvel article L 3211-9 doit être joint au dossier lorsque le juge des libertés et de la détention est saisi en vertu de l'article L 3211-12

L'activité du parquet augmente, elle est élargie aux mesures de soins sans consentement. Le procureur de la République peut saisir le juge des libertés et de la détention (article L. 3211-12).

Le projet de texte élargit également la compétence du juge aux affaires familiales au contentieux lié aux soins psychiatriques ou à la fin de ces soins concernant un mineur entre les titulaires et l'exercice de l'autorité parentale (article L 3211-10 du code de la santé publique) auparavant seuls les cas d'hospitalisation ou de sortie étaient visés.

Les missions du parquet sont les suivantes : réception des déclarations liées aux hospitalisations et soins sans consentement, classement, enregistrement des demandes de mainlevée, demande de renseignements sur la situation de l'intéressé, transmission au juge des libertés et de la détention.

Elles sont évaluées à 60 minutes pour le magistrat (20 minutes pour l'examen du dossier et 40 minutes pour la durée de l'audience) et 15 minutes pour le secrétariat.

L'examen du dossier par le juge des libertés et de la détention et la durée de l'audience sont évalués à 60 minutes (20 minutes pour l'examen du dossier et 40 minutes pour la durée de l'audience).

Les missions du greffe du juge des libertés et de la détention, enregistrement informatique de la demande, convocations, assistance du magistrat à l'audience, notifications, sont évaluées à 75 minutes.

4.2.4.1. Impact sur les effectifs

L'étude est effectuée sur la base de 80 488 entrées d'hospitalisation³⁰

- 63 158 entrées d'hospitalisation à la demande d'un tiers,
- 17 330 entrées d'hospitalisation d'office.

Les nouvelles dispositions prévoient le contrôle des hospitalisations par le juge des libertés et de la détention dans les cas suivants :

- lorsque la durée de l'hospitalisation d'office (HO) et de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) est supérieure à 15 jours.

Le JLD devra statuer dans le délai fixé à l'article L 3211-12 du code de la Santé publique (le cas échéant 3 jours) à compter de sa saisine par le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat.

- lorsque l'hospitalisation se prolonge au-delà de six mois et 15 jours.

- lorsque les mesures de prolongation excèdent six mois.

Le juge des libertés et de la détention statue après l'organisation d'un **débat contradictoire** qui peut s'effectuer par visioconférence, en l'absence d'opposition du patient ou sur proposition du directeur de l'établissement.

Si l'audition du patient est de nature à porter préjudice à son état de santé, le patient doit être représenté par un avocat, le cas échéant commis d'office.

Selon les données extraites du RIM-PSY, en 2009, la part des hospitalisations à la demande d'un tiers et d'office dont la durée a été supérieure à 15 jours serait respectivement de 57.70 % et de 64.7 %. Elles devraient donc faire l'objet d'une saisine du juge des libertés et de la détention.

³⁰ Sources données DREES SAE 2009 (statistiques annuelles des établissements – données administratives non corrigées)

DUREE DE SEJOUR	Hospitalisations à la demande d'un tiers	Hospitalisations d'office
1 à 3 jours	8,31%	7,56%
3 à 8 jours	16,16%	14,93%
8 à 15 jours	17,84%	12,86%
15 à 30 jours	20,47%	15,83%
30 à 90 jours	22,67%	21,39%
90 à 365 jours	11,48%	19,12%
Plus de 365 jours	3,06%	8,31%

Source : Données Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) 2009 extraites du RIM-PSY (recueil d'informations médicalisées en psychiatrie)

La durée de traitement des dossiers est calculée à partir d'une analyse de l'applicatif outilgref.

Les missions du parquet sont les suivantes : réception et enregistrement de la requête, le cas échéant demande de renseignements, transmission au juge des libertés et de la détention, réquisitions

Elles sont évaluées à 60 minutes pour le magistrat (20 minutes pour l'examen du dossier et 40 minutes pour la durée de l'audience) et 15 minutes pour le secrétariat.

L'examen du dossier par le **juge des libertés et de la détention** et la durée de l'audience sont évalués à 60 minutes (20 minutes pour l'examen du dossier et 40 minutes pour la durée de l'audience).

Les missions du greffe du juge des libertés et de la détention, enregistrement informatique de la demande, convocations, demande d'avocat d'office au Bâtonnier, assistance du magistrat à l'audience, notifications, sont évaluées à 75 minutes.

L'organisation d'un débat par le biais de moyens audiovisuels nécessitera un temps de préparation à la charge du greffe estimé à 10 minutes : contact avec le centre hospitalier, fixation d'un rendez-vous, vérification du matériel, rédaction d'un procès-verbal des opérations.

En l'absence de moyens audiovisuels, le patient sera accompagné devant le juge des libertés et de la détention. Les délais pour l'organisation de l'audience sont courts. Il n'y a pas de déplacement du magistrat avec le greffier à l'extérieur.

Pour le contrôle des hospitalisations sans consentement sur demande de tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision de l'autorité publique d'une durée supérieure à 15 jours, les besoins en effectifs sont évalués à 56, 73 ETPT magistrats et 49,10 ETPT fonctionnaires (voir calculs en annexe V)

Pour les prolongations au-delà de six mois et 15 jours les besoins en effectifs sont évalués à 12,58 ETPT magistrats et 10,88 ETPT fonctionnaires (annexe IV)

Pour procéder aux prolongations au-delà d'1an pour 6 mois les besoins en effectifs sont évalués à 4,2 ETPT magistrats et 3,44 ETPT fonctionnaires (calculs en annexe)

Pour traiter les recours, les besoins en effectifs sont compris entre 0,96 ETPT et 1,34 ETPT magistrats et entre 0,81 ETPT et 1,17 ETPT fonctionnaires (calculs en annexe)

Appels des décisions du JLD devant le premier président de la cour d'appel

En 2009 le pourcentage des recours des ordonnances du JLD devant la cour d'appel est de 6 % soit 100 recours pour 1618 décisions.

La réforme prévoit un recours contre les décisions du JLD ; il y aura donc également un impact sur l'activité des cours d'appel qui peut être évalué à 50 ou 70 recours supplémentaires sur la base de l'article L 3211-12.

Enfin, lorsque le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure de contrainte, en cas de recours le premier président de la cour d'appel est compétent pour statuer sur les demandes présentées par le représentant de l'Etat pour déclarer le recours suspensif

L'appel est formé dans un délai de six heures. Le premier président statue, contradictoirement, sans délai par ordonnance.

On peut considérer que tous les recours du représentant de l'Etat feront l'objet d'une saisine pour déclarer le recours suspensif.

La durée de traitement d'un dossier peut être évaluée de la manière suivante :

Pour le magistrat du parquet : 60 minutes (deux audiences)

Pour le premier président ou son délégué : 80 minutes (40 minutes pour examiner la demande de recours suspensif + 40 minutes pour statuer au fond), sachant que deux audiences sont prévues.

La durée de traitement du dossier par le greffe de la cour d'appel est estimée à 80 minutes (40 pour le traitement de la demande du recours + 40 minutes) (méthodologie outilgreff référé détention devant le premier Président).

Les besoins en effectif sont évalués entre 5,12 ETPT et 2,2 ETPT magistrats et entre 3,80 ETPT et 1,88 ETPT fonctionnaires

Evaluation de la charge de travail pour traiter les expertises

L'article L 3211-12-2 du code de la Santé prévoit à **titre exceptionnel** la possibilité pour le juge des libertés et de la détention de recourir à une expertise.

De ce fait, l'étude porte sur 2 % des saisines du JLD soit 1231 décisions ordonnant une expertise, sur la base d'un débat contradictoire supplémentaire.

La durée de traitement de cette instruction comprend un débat contradictoire, l'établissement de la mission de l'expert pour le magistrat évaluée à 60 minutes

L'avis du magistrat du parquet est évalué à 10 minutes, le secrétariat du parquet n'est pas impacté.

Pour le greffe, l'assistance du magistrat à l'audience, l'édition de la décision d'expertise, l'envoi de la mission, le suivi de la mesure d'expertise sont évalués à 75 minutes.

Les besoins en effectif pour cette mission sont évalués à 0,85 ETPT magistrats et 1,04 ETPT fonctionnaires

Synthèse :

Les besoins globaux en effectif sont donc évalués à :

-magistrats : entre 77,71 et 80,63 ETPT

-fonctionnaires catégorie B : entre 59,53 et 61,61 ETPT

-fonctionnaires catégorie C : entre 7,62 et 7,82 ETPT

Le texte prévoit une **période transitoire** permettant le contrôle de plein droit par le juge des hospitalisations sans consentement prononcées antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi.

Le juge des libertés et de la détention sera donc saisi, outre le flux normal des requêtes déposées par le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat, dans les six mois de l'entrée en application de la loi de demandes concernant les hospitalisations sans consentement intervenues avant le 23 juillet 2011. La préparation de cette opération nécessitera des contacts avec les centres hospitaliers pour étaler dans le temps la saisine du JLD.

Cette réforme nécessitera la localisation de postes de magistrats et de fonctionnaires en fonction des centres hospitaliers qui accueillent ces patients.

Elle aura également **un impact sur l'aide juridictionnelle et les frais de justice** si l'indemnisation des experts et le cas échéant des interprètes est prise en charge par le Ministère de la Justice.

4.2.4.2. Impact en matière immobilière

La création de postes de magistrats et de fonctionnaires au sein des juridictions engendrerait des coûts (aménagement de ces nouveaux postes de travail et des espaces associés - circulations, salles d'audience, salles de réunions, salles d'attente...), dépenses de structure, informatique et déménagement) qui dépasseraient 10 millions d'euros. (voir annexes)

4.2.4.3. Impact en matière d'aide juridictionnelle

Le nouvel article L 3211-12 -1 du code de la santé publique prévoit le contrôle de plein droit du JLD saisi par le directeur de l'établissement hospitalier ou le préfet, lorsqu'il envisage de prolonger l'hospitalisation sans consentement au-delà de 15 jours, ainsi que le renouvellement du contrôle du JLD dès lors que la ou les prolongations de cette mesure de contrainte excèdent un délai de 6 mois.

- **Nombre de saisines nouvelles du JLD**

Nombre d'hospitalisations psychiatriques 2009³¹

Hospitalisation à la demande d'un tiers : 63.158 dont 36.436 supérieures à 15 jours, 9.183 supérieures à 3 mois et 1.933 supérieures à 1 an.

Hospitalisation d'office : 17.330 dont 11.204 supérieures à 15 jours, 4.754 supérieures à 3 mois et 1.440 supérieures à 1 an.

Estimation du nombre de saisines nouvelles du JLD

Nombre d'hospitalisations sans consentement	Premier contrôle pour une durée de séjour supérieure à 15 jours	Renouvellement du contrôle pour une durée de séjour supérieure à 6 mois (*)	Renouvellement du contrôle pour une durée de séjour supérieure à 1 an (**)	Nombre total de saisines du JLD
A la demande d'un tiers	36 436	9 183	1 933	47 552
D'office	11 204	4 754	1 440	17 398
Total	47 640	13 937	3 373	64 950

(*) par défaut l'étude tient compte des pourcentages de durée de séjour de 90 à 365 jours

(**) par défaut l'étude tient compte des pourcentages de durée de séjour de plus de 365 jours

- **Taux d'aide juridictionnelle**

La représentation n'est pas obligatoire, sauf dans le cas visé à l'article L 3211-12-2 (audition impossible pour des raisons médicales). Ce texte prévoit une représentation par avocat uniquement, le cas échéant commis d'office. Dans les autres cas, la représentation par avocat ne sera pas obligatoire.

En revanche, la personne hospitalisée ne peut être assistée ou représentée que par un avocat et non par un proche ou un membre de sa famille. Ce principe se justifie en premier lieu par la matière dont il est question puisqu'il s'agit de procédures relatives à une privation de liberté. En

³¹ Source : Données DREES SAE 2009 (statistiques annuelles des établissements)

outre, la représentation ou l'assistance par un tiers n'apparaît pas du tout adaptée aux hypothèses d'hospitalisation à la demande de tiers, ceux-ci étant en général membres de la famille ou proches du patient.

Les personnes hospitalisées sont le plus souvent démunies, leur état de santé les empêchant souvent d'avoir un emploi stable. Elles sont donc éligibles à l'aide juridictionnelle.

De plus, la part des procédures pour lesquelles l'audition sera impossible pour des raisons médicales ou bien pour lesquelles ces personnes souhaiteront être représentées sera sans doute importante. L'avocat désigné d'office par le JLD pourra déposer une demande d'aide juridictionnelle au lieu et place de la personne hospitalisée qu'il a assistée³².

Deux hypothèses ont été envisagées : une hypothèse basse avec un taux d'aide juridictionnelle de 50 % et une hypothèse haute avec un taux de 80%.

Le coût en année pleine est évalué entre 3,760 M€ et 6,86 M€

4.2.4.4. Impact en matière de frais de justice

Aux termes du 2^e alinéa de l'article R. 93 du code de procédure pénale, **sont assimilées aux frais de justice les dépenses qui résultent de l'application de la législation sur le régime des aliénés**. L'augmentation du nombre des saisines du JLD conduira à un développement du nombre d'expertises prononcées par le JLD

En outre, ces frais d'expertise peuvent, le cas échéant, être augmentés par des frais d'interprétariat.

En l'état, il est difficile de quantifier précisément ces coûts dans la mesure où les statistiques sur les pratiques actuelles et où la nomenclature du plan comptable de l'Etat ne permettent pas d'identifier le coût des expertises prononcées par le JLD dans le cadre de la législation sur le régime des aliénés

4.2.4.5. Impact relatif à l'utilisation et à la généralisation des moyens de télécommunication audiovisuelle (visioconférence)

- **Le recueil du consentement ou l'absence d'opposition :**

En matière de droit des étrangers, il a pu être admis que, même en l'absence du consentement de la personne, l'atteinte aux règles du procès équitable résultant de l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle était possible, soit qu'elle recueille l'accord de l'intéressé soit qu'elle apparaisse nécessaire au regard, notamment, des principes de protection de la sécurité publique ou de bonne administration de la justice. Le projet modifié par la lettre rectificative a fait le choix de prévoir l'absence d'opposition de l'intéressé

³² Article 19 de la loi du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique : « L'avocat commis ou désigné d'office dans les cas prévus par la loi peut saisir le bureau d'aide juridictionnelle compétent au lieu et place de la personne qu'il assiste ou qu'il a assistée. »

- **L'aménagement d'une salle pour la tenue des audiences :**

Le code de l'organisation judiciaire et l'article L222-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers font référence à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle entre deux salles d'audience. Une salle spécialement aménagée au sein des locaux de l'établissement psychiatrique devrait donc être dédiée à ce type d'audience. Le Conseil constitutionnel, dans une décision n° 2003-484 du 20 novembre 2003 (loi relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité) a ainsi estimé que « *la tenue d'une audience dans une salle à proximité immédiate d'un lieu de rétention n'est contraire à aucun principe constitutionnel* après avoir constaté que le législateur avait *expressément prévu que ladite salle devra être « spécialement aménagée » pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement* ».

- **La présence d'un greffier :**

Un agent assermenté de l'hôpital pourrait effectuer les missions de l'agent du greffe.

4.2.5. Le rôle des maires

Le rôle des maires est peu modifié par le projet de loi. Toutefois, des améliorations sous forme de précisions utiles et de garanties des droits des personnes sont apportées dans le nouveau texte qui donne un fondement juridique à des pratiques courantes. Les mesures provisoires, valables quarante-huit heures, ordonnées par le maire sont désormais précisées puisqu'il peut s'agir notamment d'une mesure provisoire d'hospitalisation. Le maire pourra également s'appuyer sur un certificat médical (et pas seulement sur un simple avis médical) pour prendre ses mesures provisoires. Cela présente l'avantage d'améliorer la description de l'état mental dans l'arrêté du maire, décision administrative individuelle restreignant les libertés publiques qui, à ce titre, doit être motivée en application de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs.

4.3. L'impact juridique

4.3.1. L'impact des modifications apportées au regard du droit européen

Le projet de loi prend en compte un certain nombre de dispositions figurant dans la recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004 du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

- 1) La recommandation REC (2004) fait une distinction entre placement involontaire et traitement involontaire. La loi du 27 juin 1990 ne mentionnait que l'hospitalisation sans consentement.

Le projet de loi, en remplaçant la notion d'hospitalisation sans consentement par celle de soins sans consentement et en précisant que la prise en charge débutant par une hospitalisation peut se poursuivre à l'extérieur des établissements de santé, reprend une telle distinction.

2) La recommandation REC (2004) prévoit notamment la consultation de la personne sur son placement et son traitement involontaire et la prise en considération de son avis. Elle mentionne le droit à l'information régulière sur la situation médicale du patient et sur les voies de recours.

Conformément à cette recommandation, le projet de loi mentionne le droit du patient à exprimer ses observations sur les mesures de tous ordres le concernant et l'obligation de tenir compte de cet avis dans la mesure du possible. Il complète les actuelles dispositions sur les modalités de délivrance au patient des informations sur ses droits (dès l'admission ou aussitôt que son état le permet) et mentionne l'information sur les voies de recours qui lui sont ouvertes et sur les soins qui lui sont prodigués. A cet égard, il pose le principe d'une information et d'une consultation des personnes concernées avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou en définissant la forme.

3) La recommandation prévoit en son article 21 relatif aux procédures de décision sur le placement et/ou le traitement involontaires dans les situations d'urgence que « si la mesure devait être poursuivie au-delà de la situation d'urgence, un tribunal ou une autre instance compétente devrait prendre les décisions relatives à cette mesure ». Le dispositif d'HDT en urgence (actuel L. 3212-3) n'était pas conforme à cette exigence.

La suppression de cette disposition prévue par le projet de loi, qui fusionne procédure d'urgence et procédure normale, règle cette question.

4.3.2. Liste prévisionnelle des textes d'application

Le présent projet de loi respecte le niveau des normes voulues par le législateur en 1990 et propose donc, comme c'est aujourd'hui le cas, un dispositif précisé par la loi dans sa quasi-totalité.

De surcroît, dans un souci de lisibilité de la réforme, le présent projet respecte l'architecture actuelle du code de la santé publique.

Même si le projet de loi respecte le niveau des normes voulues par le législateur en 1990, avec un dispositif précisé par la loi dans sa quasi-totalité, plusieurs dispositions voient leurs modalités d'application renvoyées à un décret en Conseil d'Etat ou un décret simple.

Il existe d'ores et déjà des **dispositions réglementaires** figurant dans le code de la santé publique (article R. 32231 à R. 3223-10) issues du décret en Conseil d'Etat n° 91-981 du 25 septembre 1991 modifié par le décret en Conseil d'Etat n° 2006- 904 du 19 juillet 2006. Ces dispositions portent sur l'organisation et le fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Des modifications de forme seront nécessaires pour adapter

la partie réglementaire aux changements apportés dans la partie législative. Le décret n°2010-526 du 20 mai 2010 a également inséré au code de la santé publique les dispositions relatives à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement prévue à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique (Articles R.3211-1 à R.3211-18 CSP).

Par ailleurs, le projet renvoie explicitement à des décrets en Conseil d'Etat le soin de préciser des mesures nouvelles :

- L'article L. 3211-2-1 dispose qu'un protocole de soins précisera les types et les lieux de soins ainsi que leur périodicité. Le contenu de ce protocole, qui constituera le cadre des soins sans consentement, sera fixé par décret en Conseil d'Etat.

- L'article L. 3211-9 renvoie à un décret le soin de déterminer les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège de soignants qui donnera au préfet un avis sur les mesures concernant les patients ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou ayant fait l'objet de soins sans consentement à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale.

- L'article L. 3211-12 prévoit l'intervention de deux décrets, l'un qui devra fixer la durée de séjour en unité pour malades difficiles conditionnant l'exigence de deux expertises pour que le juge puisse lever la mesure de soins sans consentement, l'autre qui fixera le délai maximum imparti au collège de soignants et aux experts pour communiquer au juge leur avis ou expertise.

- L'article L.3211-12-1 renvoie à un décret le soin de fixer le délai dans lequel le juge des libertés et de la détention doit être saisi.

- Les dispositions de l'article L. 3212-1 relatives à la forme de la demande présentée par le tiers ont été déclassées et sont renvoyées à un décret.

- L'article L. 3213-8 dispose qu'un décret précisera les conditions de recueil de l'avis du collège et des deux psychiatres requis pour lever les soins sans consentement des patients ayant séjourné en UMD ou ayant été déclarés irresponsables pénalement.

- L'article L.3222-3 renvoie à un décret en Conseil d'Etat la détermination des conditions d'admission en unité pour malades difficiles.

- Le décret d'application relatif au fonctionnement des CDSP sera modifié.

- Par ailleurs, le décret du 20 mai 2010 relatif à la procédure des sorties immédiates des personnes hospitalisées sans leur consentement prévue à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique sera modifié et complété.

Dispositions applicables outre-mer

L'ordonnance n° 2008-858 du 28 août 2008 portant diverses dispositions d'adaptation du droit de l'outre-mer a étendu en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, avec un certain nombre d'adaptations, les dispositions du livre II de la troisième partie de la partie législative du code de la santé publique relative à la lutte contre les maladies mentales.

En modifiant ou supprimant plusieurs articles de cette troisième partie, le projet de modification de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation appelle de nouvelles adaptations des dispositions applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française et donc une réécriture des articles L3844-1 et L3844-2 du code de la santé publique, qui avaient été créés par l'ordonnance du 28 août 2008.

De plus, le projet de loi prévoit les adaptations en ce qui concerne St-Martin, St-Barthélemy et Mayotte.

Dans la mesure où il s'agit uniquement d'étendre les dispositions métropolitaines, sans introduire de disposition d'adaptation spécifique au sens de l'article 74 de la Constitution, les dispositions n'ont pas à être soumises à la consultation des autorités compétentes des collectivités concernées.

Les adaptations ont principalement pour objet de tenir compte des compétences locales des deux collectivités en matière d'établissement de santé.

Il convient de souligner que, dans les faits, le contrôle systématique du juge sur les mesures d'hospitalisation sans consentement ne s'effectuera pas à Saint-Barthélemy et à Wallis-et-Futuna, puisque la loi prévoit le transfert des patients vers Saint-Martin, la Guadeloupe ou la Martinique, d'une part, et vers la Nouvelle-Calédonie ou la Polynésie française, d'autre part, pour leur hospitalisation.

4.3.3. La nécessité d'aménager une montée en charge progressive du dispositif de contrôle par le JLD :

Le Conseil Constitutionnel a imposé la mise en place du contrôle systématique du juge à partir du 1^{er} août 2011.

L'ensemble de la réforme entrera donc en vigueur à cette date.

Toutefois, les dispositions transitoires aménagent la montée en charge du dispositif afin d'échelonner l'examen par le juge des libertés et de la détention de situations de patients en soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète au 1^{er} août 2011.

Ainsi, les dispositions transitoires prévoient :

- pour les patients hospitalisés sans leur consentement à compter du 23 juillet 2011, soit depuis 8 jours au 1^{er} août, la mise en place du contrôle systématique du JLD à 15 jours. Pour les patients hospitalisés depuis le 23 juillet, le JLD devra donc contrôler la situation de ces patients à partir du 7 août ;
- pour les patients dont l'admission en hospitalisation sans consentement est intervenue avant le 23 juillet, l'examen du juge s'effectuera sur la forme du contrôle à 6 mois de la mesure.

Toutefois, il est prévu pour les patients dont l'admission en hospitalisation sans consentement est intervenue avant le 23 juillet 2010 et ayant fait l'objet d'une décision du JLD dans le cadre

du recours de droit commun, que cette décision du JLD fait courir le délai du contrôle de la mesure par le JLD de 6 mois.

Par ailleurs, concernant les patients en sortie d'essai au moment de l'entrée en vigueur de ces dispositions, leurs modalités de prise en charge seront réputées être différentes de celles d'une hospitalisation complète. Les lois n'ayant pas de caractère rétroactif, les mesures d'HO et d'HDT se poursuivront au moment de l'entrée en vigueur du projet de loi. Il en est de même des sorties d'essai. Lorsque les sorties d'essai arriveront à échéance (elles doivent être renouvelées tous les trois mois pour pouvoir se poursuivre), si aucune précision n'est apportée dans le projet de loi, les nouvelles dispositions s'appliqueront dans leur totalité et les sorties d'essai ne pourront être converties en soins ambulatoires sans que le patient ne soit ré-hospitalisé pour respecter la nouvelle règle d'admission sans consentement. La ré-hospitalisation systématique de tous les patients en sortie d'essai n'est pas justifiée et une telle mesure pourrait avoir des conséquences sur l'état de santé des personnes concernées, la réintégration dans l'établissement de santé n'étant pas motivée par une aggravation de l'état de santé. Pour éviter de telles difficultés, il apparaît préférable, dans le projet de loi, de prévoir des dispositions transitoires permettant au psychiatre de l'établissement d'accueil (dans le cas d'une mesure de soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) ou au préfet (dans le cas d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat) de prolonger la prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète et notamment à domicile sans qu'il soit nécessaire d'hospitaliser préalablement le patient.

4.3.4. L'harmonisation des infractions pénales

Depuis quelques années, un travail d'harmonisation, de mise en cohérence et de simplification du droit a été amorcé. A ce titre, dans chaque texte examiné, la rigueur et le souci de sécurité juridique conduisent le Gouvernement à veiller à instaurer notamment des sanctions pénales dont les montants et les régimes sont conformes aux nomenclatures érigées par le code pénal, droit commun en la matière.

Aussi, est-il proposé dans le présent projet de loi de fixer une amende délictuelle encourue de 7.500 euros lorsqu'une peine d'un an d'emprisonnement est encourue et une amende de 15 000 euros lorsqu'une peine de deux ans d'emprisonnement est encourue.

Il faut rappeler que ces taux restent des maximums légaux et que le juge pénal peut toujours prononcer une amende comprise entre zéro et le maximum encourue. Cette importante latitude lui offrira la possibilité d'adapter correctement sa sanction à la gravité des faits, à la particularité de l'infraction et à la personnalité de son auteur."

4.4. L'impact budgétaire

L'impact budgétaire pour les services de la justice et pour les établissements de santé est consécutif à la mise en place du contrôle systématique du juge, dont le coût a été estimé dans les paragraphes précédents.

V- CONSULTATIONS ET CONCERTATIONS

5.1. Consultations obligatoires

Si les dispositions du projet de loi initial ne relevaient d'aucune procédure de consultation obligatoire, les dispositions modifiant ce projet de texte déposé le 5 mai 2010 imposent la consultation des caisses d'assurance maladie, à raison, notamment, des frais de transfèrement des patients des établissements de santé vers les tribunaux, qui se feront par le moyen d'ambulances.

Le projet de loi initial avait toutefois été adressé pour avis à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA).

Les membres du conseil d'administration de la CNAMTS avaient alors majoritairement pris acte et ceux de la CCMSA avaient voté favorablement.

Sur la lettre rectificative, les membres du Conseil d'administration de la CNAMTS ont à l'unanimité pris acte. Le Conseil d'administration de la CCMSA a voté favorablement et demandé de préciser les délais d'information du tiers ayant demandé les soins, lorsque le patient fait l'objet d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ou lorsque la mesure de soins sans consentement est levée.

5.2. Les partenaires concertés

5.2.1. Concertations des dispositions du projet de loi initial

Les dispositions du projet de loi initial avaient largement été concertées :

- Les organismes nationaux :

- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Comité consultatif National d'Ethique (CCNE)

- Les représentants des usagers :

- la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy)
- l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)

- Les fédérations hospitalières :

- La Fédération Hospitalière de France (FHF)
- la Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne (FEHAP, établissements privés non lucratif)
- la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP- UNCPSY)

- Les conférences des établissements de santé :

- la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'établissement (CME) des Centres hospitaliers spécialisés (CHS),
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) de Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement de Centres Hospitaliers (CH)
- la conférence des directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires
- la conférence des directeurs de Centres Hospitaliers
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement des établissements de santé privés à but non lucratif
- la conférence des présidents de Commission Médicale d'Etablissement des établissements de santé privés à but lucratif
- la Conférence des doyens

- Les syndicats :

- le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH),
- l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM),
- le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP-IDEPP)
- le Syndicat de la Fonction Publique Hospitalière (SFPH)
- CFDT Santé Sociaux
- FO
- le syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH)
- UNSA
- CGT
- CFTC
- CFE-CGC
- SUD Santé
- Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
- Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)
- SNAM-HP (Syndicat National des Médecins, Chirurgiens Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux Publics)
- Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH)
- Intersyndicale des Psychiatres Publics (IPP)

Certains des partenaires concertés ont fait part publiquement, par communiqué de presse, de leur avis sur le projet de loi³³.

5.2.2. Concertations des dispositions de la lettre rectificative

Une concertation plus resserrée a été menée :

- Les représentants des usagers :

- la Fédération Nationale des Associations d'(Ex) Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy)
- l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques (UNAFAM)

- Les fédérations hospitalières :

- La Fédération Hospitalière de France (FHF)
- la Fédération des Etablissements Hospitalier et d'Aide à la Personne (FEHAP, établissements privés non lucratif)
- la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP- UNCPSY)

- Les conférences des établissements de santé :

- la Conférence des Présidents des Commissions Médicales d'établissement (CME) des Centres hospitaliers spécialisés (CHS),

- Les syndicats :

- l'Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM),
- Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH)
- Intersyndicale des Psychiatres Publics (IPP)

Pour le ministère de la justice, les dispositions du projet de loi initial ne relevaient d'aucune procédure de consultation obligatoire, et il n'a pas été possible d'organiser une consultation informelle dans les délais très brefs d'élaboration de ce texte dans les derniers jours de l'année dernière.

³³ Communiqué commun UNAFAM, FNAPSY, Fehap, FHF, Conférence des présidents de CME de CHS, ADESM et syndicats de psychiatres (SUP, IPP, SPH, FFP, IDEPP...) du 15 avril 2010
<http://www.unafam.org/actualites/communiqués/38.html>

Les juridictions seront néanmoins largement informées de ces dispositions. La présentation du dispositif, qui incombe à la direction des affaires civiles et du sceau, a déjà été engagée. Lors d'une session de formation à l'ENM, les grandes lignes de la réforme ont été présentées, et il a été souligné la nécessité d'anticiper sa mise en œuvre, en prévoyant lors de l'élaboration des tableaux de roulement, cette activité supplémentaire pour le JLD à compter du 1er août. Une information de tous les procureurs généraux est également prévue : ils seront réunis par le directeur des affaires civiles et du sceau au début du mois de février.

ANNEXE I

Données statistiques et épidémiologiques

↳ Les mesures d'hospitalisation sans consentement

Une circulaire annuelle de la DGS, adressée dans les départements aux préfets et aux directions départementales des affaires sanitaires et sociales, rappelle à ceux-ci le format du rapport d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques tel qu'il a été prévu dans l'arrêté du 22 novembre 1991 relatif au rapport de cette commission. Une annexe statistique accompagne cette circulaire et renseigne sur :

- les hospitalisations à la demande d'un tiers (nombre de mesures, nombre de sorties d'essai, nombre de levées de la mesure),
- les hospitalisations d'office (nombre de mesures, nombre de sorties d'essai, nombre de levées de la mesure)

Les chiffres recueillis à cette occasion ne concernent que le nombre de mesures prises et pas le nombre de patients concernés par l'hospitalisation sans consentement.

Une rétro-information portant sur l'année N-2 est adressée à l'ensemble des départements à l'occasion de l'envoi de la circulaire annuelle précitée. Ces statistiques sont également disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé.

La qualité de ces données est variable d'une année sur l'autre et d'un département à l'autre. Elles constituent néanmoins une série historique qui permet de suivre les évolutions temporelles du nombre de mesures prises.

Ainsi la DREES a réalisé en janvier 2010 une analyse des rapports d'activité des CDHP de 1998 à 2007

1 - Une décroissance récente du nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement (données corrigées de la non-réponse).

En 2007, près de **73 000 mesures d'hospitalisations sans consentement** ont été prises dans les 100 départements français, contre 75 000 en 2005.

Entre 1998 et 2007, le nombre total de mesures d'hospitalisation sans consentement a connu une hausse de 14 % mais cette évolution résulte de deux mouvements de sens opposés : très forte croissance de 1998 à 2003 (+22 %) et baisse entre 2003 et 2007 (-7 %).

En 2007, tout comme en 2005, les hospitalisations sans consentement ont été faites à la demande d'un tiers (HDT) dans 84 % des cas. Les 16 % restants correspondent à des hospitalisations d'office (HO).

→ La part des HO parmi les hospitalisations sans consentement a tendance à augmenter depuis 2000. Elle est très variable d'un département à l'autre, allant de moins de 10 % à plus de 30 %.

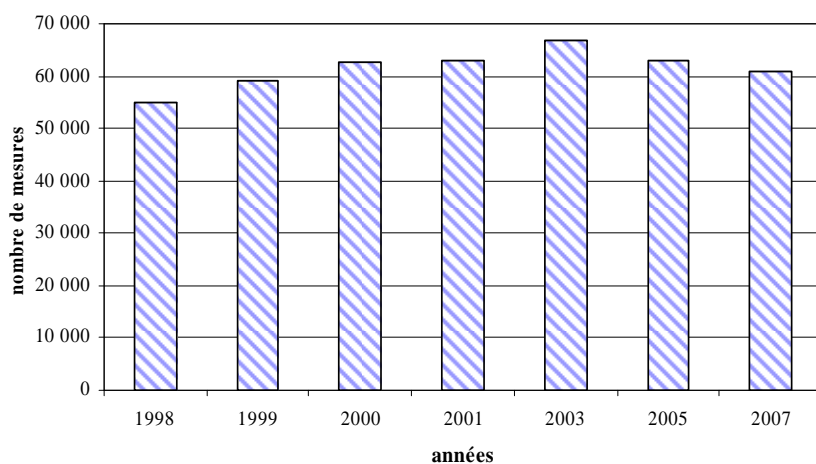
Dans les 100 départements français, **61000 mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)** ont été décidées en 2007.

→ Alors que le nombre d'HDT avait toujours été en hausse entre 1998 et 2003, il baisse régulièrement depuis (-9% entre 2003 et 2007).

Il est à noter qu'en décembre 2003 un arrêt en Conseil d'Etat intervient en ne permettant plus aux directeurs d'établissement de se porter tiers demandeur de l'hospitalisation dès lors qu'ils ne connaissent pas la personne concernée avant son hospitalisation.

Les mesures d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

source: rapports d'activité des CDHP



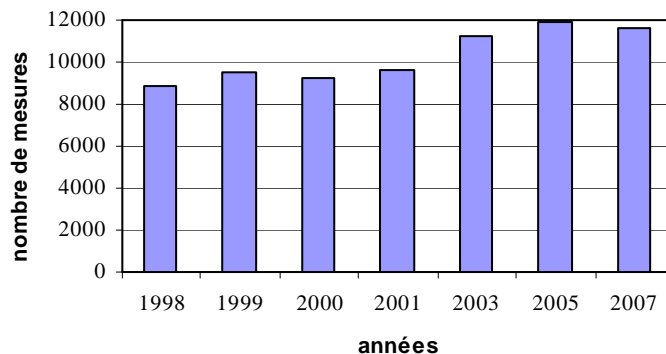
En 2007, 11 600 mesures d'hospitalisation d'office (HO) ont été arrêtées par les préfets et, à Paris, par le préfet de police.

✓. Les HO prononcées pour les personnes bénéficiaires d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement pour irresponsabilité pénale et celles prononcées pour les personnes détenues sont exclues de ce décompte.

→ Sur la période 1998-2007, le nombre d'HO enregistre une hausse de plus de 30 %. Toutefois, ce nombre a baissé de 3% entre 2005 et 2007.

Les mesures d'hospitalisation d'office (HO)

source: rapports d'activité des CDHP



➤ Il faut toutefois remarquer que la part des hospitalisations sans consentement sur l'ensemble des hospitalisations reste particulièrement stable au cours de la période d'étude, 1998-2007 puisqu'elle varie entre 11% et 13%.

Évolutions des mesures d'hospitalisation sans consentement de 1998 à 2007

	1998	1999	2000	2001	2003	2005	2007
Hospitalisation d'office (HO)	8817	9487	9208	9632	11211	11939	11579
Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	55097	58986	62708	62894	66915	62880	61019
Hospitalisations sans consentement (HSC)	63914	68473	71916	72526	78126	74819	72598
Nombre d'entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale (H)	580543	610381	610815	610156	615244	618288	606040
HO/HSC	14%	14%	13%	13%	14%	16%	16%
HSC/H	11%	11%	12%	12%	13%	12%	12%

Sources : DGS, Rapports d'activité des CDHP 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, données administratives non corrigées de la non réponse ;

DREES, SAE 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2005, 2007, données statistiques.

Champ : France métropolitaine et DOM

2- Une forte disparité départementale des mesures d'hospitalisation sans consentement (données corrigées de la non réponse).

Si cette part des HSC dans l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie est stable dans le temps, on observe de grande variabilité dans le temps et pour un même département.

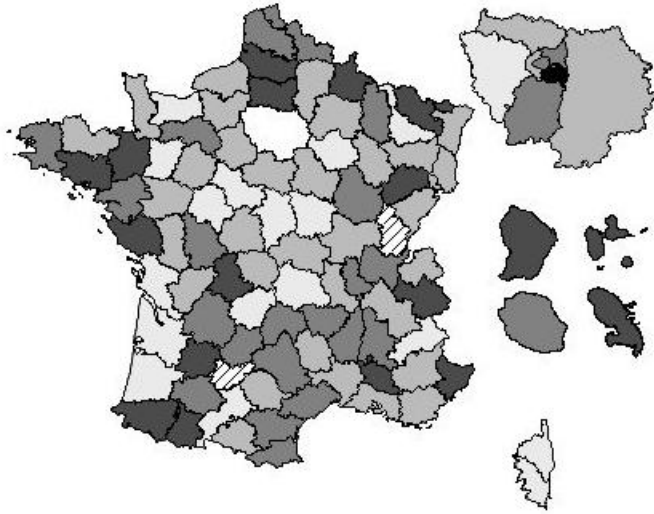
En effet, en 2007 dans 15 d'entre eux, les hospitalisations sans consentement représentaient plus de 20% des hospitalisations complètes totales en psychiatrie générale sur le département alors que cette proportion était inférieure à 10 % dans 28 départements.

En 2007, au niveau national, 159 mesures d'hospitalisation sans consentement pour 100 000 habitants âgés de plus de 20 ans sont dénombrées. Cette proportion varie dans un rapport de 1 à 5 au niveau départemental.

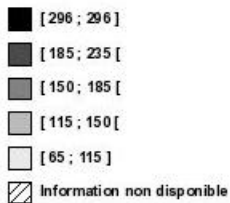
Plus précisément, **134 mesures d'hospitalisations à la demande d'un tiers et 25 mesures d'hospitalisation d'office** sont dénombrées **pour 100 000 habitants de plus de 20 ans au niveau national.**

→ Ces taux varient respectivement dans des écarts de 1 à 5 et de 1 à 9.

Nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus en 2007



Nombre d'HSC pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus



Champ : France métropolitaine et DOM

Sources : DGS, Rapports d'activité des CDHP 2007, données statistiques ;
INSEE, Estimations de population au 1er janvier 2007.

Ainsi le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté au nombre d'entrées en hospitalisation complète atteint son maximum dans le Finistère (56%) et la Côte d'or (44%).

Ces deux départements se caractérisent par un nombre particulièrement peu élevé d'hospitalisation complète en psychiatrie générale rapporté au nombre d'habitants de plus de 20 ans du département, et un nombre de mesures d'hospitalisations sans consentement rapporté à la population légèrement supérieur à la moyenne.

Au contraire, peu de mesures sans consentement et un nombre élevé d'entrées en hospitalisation complète, relativement aux populations départementales, sont comptabilisées dans les deux départements corses. La Haute-Corse et la Corse-du-Sud ont le taux le plus faible (2%) de mesures d'hospitalisation sans consentement rapportées aux entrées en hospitalisation complète en psychiatrie générale.

3 – La procédure d'urgence pour les hospitalisations sans consentement (données non corrigées).

Les HDT effectuées en 2007 selon la **procédure d'urgence** en raison d'un péril imminent (en application de l'article L.3212-3 du code de la santé publique), représentaient **48 % des HDT** totales dans 90 départements répondants.

→ Cette proportion est en augmentation depuis 1998 où elle était de 32%.

Le taux départemental d'HDT prononcées en urgence est très variable : il va de moins de 10 % dans 5 départements à plus de 80 % dans 6 autres départements. Plus de la moitié des départements ont un taux d'HDT prononcées en urgence inférieur à 50%.

La part des HO prises à la suite d'une mesure provisoire du maire ou, à Paris, des commissaires de police (L.3213-2 du code de la santé publique) sur l'ensemble des hospitalisations d'office *semble être relativement stable au cours du temps*.

Elle est de **68 % en 2007** dans 90 départements répondants.

Le taux départemental est variable mais moins que dans le cas des HDT. La part des procédures d'urgence dans le nombre d'HO est supérieure ou égale à 70 % dans 60 départements.

4- Les mesures d'hospitalisation portant sur des populations en situation particulière (données non corrigées).

Les mesures de HO prononcées en application de l'article D.398 du CPP dans les rapports d'activité des CDHP.

En 2005, 1805 mesures de HO ont concerné des détenus sur 92 départements répondants, le nombre de mesures par département allant de 0 à 126 (Ille et Vilaine).

En 2007, 2051 mesures d'HO ont concerné des détenus sur 94 départements répondants, le nombre de mesures par département allant de 0 à 113 (Nord).

Une analyse de l'évolution du nombre de ces mesures sur la période 1998 à 2007, à partir des rapports d'activité des CDHP n'est pas possible en raison de la fréquence des non réponses des départements et du faible nombre de mesures par département.

Les mesures de HO prononcées en application de l'article L 3213-7 du CPP dans les rapports d'activité des CDHP.

En 2005, 173 mesures de HO ont été prononcées en application de cet article sur 88 départements répondants, le nombre de mesures par département allant de 0 à 20 (Bouches-du-Rhône).

En 2007, 206 mesures d'HO ont été prononcées en application de cet article sur 90 départements répondants, le nombre de détenus concernés par département allant de 0 à 15 (Bouches-du-Rhône) et 16 (Seine Maritime).

Une analyse de l'évolution du nombre de ces mesures sur la période 1998 à 2007, à partir des rapports d'activité des CDHP n'est pas possible en raison de la fréquence des non réponses des départements et du faible nombre de mesures par département.

5- Les levées d'HO (données non corrigées de la non-réponse).

En 2005, sur 92 départements répondants et pour 10 074 mesures d'HO prononcées, 10 851 mesures de levée d'HO ont été prises.

En 2007, sur 94 départements répondants et pour 12 223 mesures de HO prononcées, 10 446 mesures de levées de HO ont été prises.

Selon les rapports d'activité des CDHP, on peut estimer, qu'une année donnée, le nombre de mesures de levée d'HO est du même ordre de grandeur que le nombre de mesures de HO prononcées.

Cette hypothèse est vérifiée sur les années 2005 et 2007 pour la quasi-totalité des départements répondants.

6- Les mesures de sorties d'essai (données non corrigées de la non-réponse).

Les remontées d'informations des CDHP, souvent incertaines et incomplètes, peuvent toutefois donner un ordre de grandeur concernant les mesures initiales³⁴ de sorties d'essai.

Les mesures initiales de sorties d'essai dans les HDT.

En 2007, tous les départements ont renseigné le nombre de mesures de HDT prononcées dans l'année mais seuls 34 départements (un tiers) ont renseigné le nombre de mesures initiales de sorties d'essai prononcées dans l'année. Dans ces 34 départements, 20 949 mesures d'HDT et 20 465 mesures initiales de sorties d'essai ont été prises en 2007.

Le nombre de mesures initiales de sortie d'essai va de 6 dans le Lot à 3020 dans la Drôme.

En 2005, 22 088 mesures initiales de sorties d'essai de personnes en HDT ont été prononcées dans 44 départements.

Le nombre de mesures de HDT prononcées dans l'année 2005 pour ces 44 départements était de 26 840.

On peut estimer que le volume des mesures initiales de sorties d'essai est du même ordre de grandeur que le volume des mesures de HDT prononcées la même année.

→ Mais, pour un même volume de mesures de HDT prononcées dans l'année, le nombre de mesures initiales de sortie d'essai peut être très **variable d'un département à l'autre**.

A titre d'exemple, 2 départements ont déclaré en 2005 et 2007 un nombre presque équivalent de mesures de HDT prises dans l'année, l'un 564 et 576, l'autre 686 et 680. Le premier a déclaré 3545 et 3020 mesures initiales de sorties d'essai prononcées en 2005 et 2007, soit 5.5 fois plus de mesures de sorties d'essai que de mesures de HDT et l'autre a déclaré 112 et 131 mesures initiales de sorties d'essai, soit environ 5 fois moins.

Il est probable que certains départements pratiquent des sorties d'essai de durée courte, mais répétées, avec retour dans l'intervalle en hospitalisation complète de la personne concernée. **Peut-on faire l'hypothèse, dans ce cas, de « mesure de sortie non accompagnée de durée courte » ?**

D'autres départements prononceraient peu de mesures de sorties d'essai mais celles-ci seraient de durée plus longues.

³⁴ Les renouvellements de sorties d'essai ne sont pas comptabilisés dans les rapports d'activité des CDHP.

→ En l'absence de remontée d'informations sur la durée des mesures et compte tenu du faible taux de réponse, il n'est pas possible de conclure sur les pratiques relatives aux mesures de sorties d'essai dans les HDT à partir des rapports d'activité des CDHP.

Les mesures initiales de sorties d'essai dans les HO.

En 2007, tous les départements ont renseigné le nombre de mesures de HO prononcées dans l'année mais seuls 69 départements (2/3) ont renseigné le nombre de mesures initiales de sorties d'essai prononcées dans l'année. Dans ces 69 départements, 7 528 mesures d'HO et 19 531 mesures initiales de sorties d'essai ont été prises en 2007. Le nombre de mesures initiales de sortie d'essai va de 2 213 en Isère à 2 dans les Landes.

En 2005, 21 702 mesures initiales de sorties d'essai de personnes en HO ont été prononcées dans 69 autres départements. Le nombre de mesures de HO prononcées dans l'année pour ces 69 départements était de 7 942.

On peut estimer que le volume des mesures initiales de sorties d'essai est égal au triple du volume des mesures de HO prononcées la même année.

→ Mais, pour un même volume de mesures de HO prononcées dans l'année, le nombre de mesures initiales de sortie d'essai peut être très **variable d'un département à l'autre (et d'une année sur l'autre)**.

A titre d'exemple, 2 départements ont déclaré en 2005 et 2007 un nombre presque équivalent de mesures de HO prises dans l'année, l'un 188 et 139, l'autre 161 et 114. Le premier a déclaré 557 et 589 mesures initiales de sorties d'essai prononcées en 2005 et 2007, soit 3 à 4 fois plus de mesures de sorties initiales d'essai que de mesures de HO et l'autre a déclaré 35 et 46 mesures initiales de sorties d'essai, soit environ 3 à 5 fois moins.

Il n'existe pas au niveau national de données exhaustives sur le nombre de personnes hospitalisées sous le régime des HDT ou des HO bénéficiant de mesures de sorties d'essai.

Mais une enquête réalisée dans 4 départements par l'IGAS en 2004 à l'occasion de la rédaction de propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 apporte quelques éléments d'information, la période d'observation étant de 10 mois :

- concernant les HDT et selon la source d'information, entre 15% et 25% des patients ont bénéficié d'une sortie d'essai dont la durée moyenne était de 75 jours, 16% de ces personnes ont bénéficié d'une sortie d'essai de moins de 15 jours ;
- concernant les HO et selon la source d'information, entre 24% et 34% des patients ont bénéficié d'une sortie d'essai dont la durée moyenne était de 79 jours, 31% de ces personnes ont bénéficié d'une sortie d'essai de moins de 15 jours ;
- concernant les HO, 15% des malades ont été hospitalisés sous ce régime plus d'une fois sur les 10 mois d'observation ; cette proportion est identique pour les malades hospitalisés sous le régime des HDT.

↳ **Les personnes concernées par les mesures d'hospitalisation sans consentement**

1- Les sources d'information disponibles au niveau national.

Au niveau national, il existe 2 sources d'information potentielles susceptibles de nous renseigner sur les patients hospitalisés selon une modalité d'hospitalisation sans consentement : la statistique d'activité des établissements de santé (SAE) et les résumés d'information médicale en psychiatrie (RIM-psy), équivalent du PMSI pour l'hospitalisation des maladies somatiques.

Avant 2003, il existait une coupe transversale un jour donné dans les services de psychiatrie qui apportait quelques éléments d'information sur les patients hospitalisés.

SAE

La SAE, exploitée par la DREES, recueille des informations sur les capacités hospitalières en lits et places, sur l'activité (entrées, nombres de journées et de venues, nombre de patients ou file active) et sur les effectifs en personnel hospitalier. Ces informations sont publiées annuellement pour l'année N-2.

Depuis 2006, une rubrique de la SAE prévoit de recueillir le nombre de patients, le nombre d'entrées et le nombre de journées selon les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie : libre, à la demande d'un tiers, d'office, selon l'article 122.1 du CPP et selon l'article L312-7 du CSP, par ordonnance provisoire de placement ou selon l'article D. 398 du CPP.

La qualité de ces données est très relative (le taux de réponse de certains établissements est insuffisant).

Hospitalisations sans consentement

Statistiques annuelles d'activité des établissements (SAE) – 2006/2007

	Nombre de patients		Nombre d'entrées		Nombre de journées		File active (F.A) psychiatrie générale hospit. complète	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Hospitalisation libre	292 722	309 055	350 997	412 248	10 790 408	13 027 646	333 194	294 088
Hospitalisation sans consentement	56 104	69 613	67 242	75 755	2 493 600	3 195 484	56 104	69 613
<i>HSC/Hosp.libre</i>	<i>19,2%</i>	<i>22,5%</i>	<i>19,2%</i>	<i>18,4%</i>	<i>23,1%</i>	<i>24,5%</i>	<i>17%</i>	<i>24%</i>
Hospitalisation à la demande d'un tiers	43 957	53 788	52 744	58 849	1 638 929	2 167 195	13% des patients sont en HDT	18% en HDT
Hospitalisation d'office	10 578	13 783	12 010	14 331	756 120	910 127	3% des patients sont HO	4,7% en HO
Art.122.1 du CPP et art. L312.7 du CSP	221	353	146	303	56 477	59 844		
Ordonnance provisoire de Placement	518	654	1 295	1 083	22 929	31 629		
Art. D 398 du CPP	830	1 035	1 047	1 189	19 145	26 689		

RIM-psy

Le RIM-Psy, exploitée par l'agence technique de l'information médicale (ATIH), provient d'un recueil d'information médicale étendu depuis juillet 2006 à l'ensemble des établissements de santé, privés ou publics, ayant une activité en psychiatrie. Un accès en ligne aux statistiques issues de cette base nationale de l'information médicale en psychiatrie est possible pour les données de l'année N-1. Les informations recueillies concernent :

- le patient et ses caractéristiques sociodémographiques, et ses scores de dépendance physique et relationnelle
- les diagnostics portés pour chaque patient et à chaque séjour (diagnostics principaux et associés codés selon la classification internationale des maladies)
- les séjours hospitaliers (durée moyenne, nombre de séjours selon les différents modes d'hospitalisation, les séjours avec isolement thérapeutique, etc.)
- les actes ambulatoires réalisés (le nombre et la nature de ces actes),
- les scores de dépendance physique ou relationnelle **est (?)** étendue depuis juillet 2006.

Du fait encore du faible recul (3 ans) et de la complexité des informations recueillies, les statistiques issues des données recueillies dans cette base nationale de l'information en psychiatrie ne sont pas encore toutes disponibles en routine et certaines nécessitent un travail de validation qui est en cours. C'est le cas notamment des données concernant les patients hospitalisés sous le régime des hospitalisations sous contrainte. Aussi les chiffres suivants sont donnés à titre indicatif et sous toutes réserves.

En 2008, sur 600 établissements concernés, 519 avaient transmis leurs données et celles-ci étaient validées par la tutelle pour 513 établissements concernés ; le taux de participation au recueil serait donc de 85%.

En 2008, tous âges confondus, il y a eu 1 708 521 patients distincts pris en charge en psychiatrie (hospitalisation +ambulatoire) et 1 493 423 personnes ont bénéficié dans l'année d'une prise en charge ambulatoire en psychiatrie.

Les hospitalisations sans consentement ou sous contrainte en 2008

Source : ATIH – statistiques issues de l'interrogation en ligne le 7-01-2010

2008 - HSC	N. patients	Age moyen (ans)	% homme	N.séjours *	N séquences * avec sortie d'essai	%séjours terminés *
HDT	54 899	42.2	54.4	66 111	38 048	58.5
HO	14 278	39.5	80	16 668	13 954	47.6
HO L3213-7	299	35.6	92.1	372	406	46.6
OPP	192	15.7	63.2	267	26	82.4
D398	774	32.3	92.2	910	15	85.7
Total	68 602	41.4	59.9	83 431	52 449	56.7

- Quelques définitions.

Le séjour. Le séjour débute le 1^{er} jour de la prise en charge (à temps complet ou à temps partiel) par une équipe soignante dans le champ de la psychiatrie et se termine le dernier jour de la prise en charge par l'équipe soignante de psychiatrie. **Le séjour est terminé quand :**

- le patient sort de l'établissement,
- le patient est muté dans un service d'un autre champ que la psychiatrie (MCO, SSR, etc.) de l'établissement,
- il y a changement de la nature de prise en charge (passage d'une hospitalisation à temps complet vers une hospitalisation à temps partiel ou à en ambulatoire).

La séquence. La séquence de soins correspond à une période du séjour bénéficiant d'une prise en charge homogène en termes d'activité, dans un trimestre donné. La séquence de soins se termine notamment quand :

- le patient change de mode légal de séjour pendant une prise en charge à temps plein
- il y a sortie d'essai d'une durée supérieure à 48 heures
- il y a changement de trimestre civil (par convention, clôture de toutes les séquences le dernier jour du trimestre).

Hospitalisation sans consentement ou sous contrainte,

Liste des pathologies mentales limitées aux plus fréquentes en 2008

Source : ATIH – statistiques issues de l'interrogation en ligne le 7-01-2010

Code CIM-10	Libellé du code diagnostic	Nombre de patients
F20	Schizophrénies	17 389
F30 à F 39	Troubles de l'humeur (affectifs)	12 043
F 60 et F69	Troubles spécifiques de la personnalité	8 675
F10 à F 19	Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives.	7639
F22	Troubles délirants persistants	4846
F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires	2997
F 25	Troubles schizo-affectifs	2378
F 28 – F 29	Autres troubles psychotiques non organiques et psychose non organique sans précision	1288

2 – Autres études publiées.

↳ Dans l'ouvrage « la prise en charge de la santé mentale » publié en 2009 par la DREES, il est fait mention d'une étude réalisée par des chercheurs de l'IRDES à partir des données de l'enquête « un jour donné » recueillies en 2003 auprès des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie. Cette étude apporte **des compléments d'information sur les facteurs associés à une hospitalisation sans consentement.**

En 2003, les facteurs environnementaux ne sont pas fondamentalement différents selon le mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement). Dans les 2 cas les facteurs les plus cités par les équipes soignantes sont les difficultés liées à l'entourage immédiat (conjoint, parents, divorce etc.) et à l'environnement social (solitude, exclusion etc.).

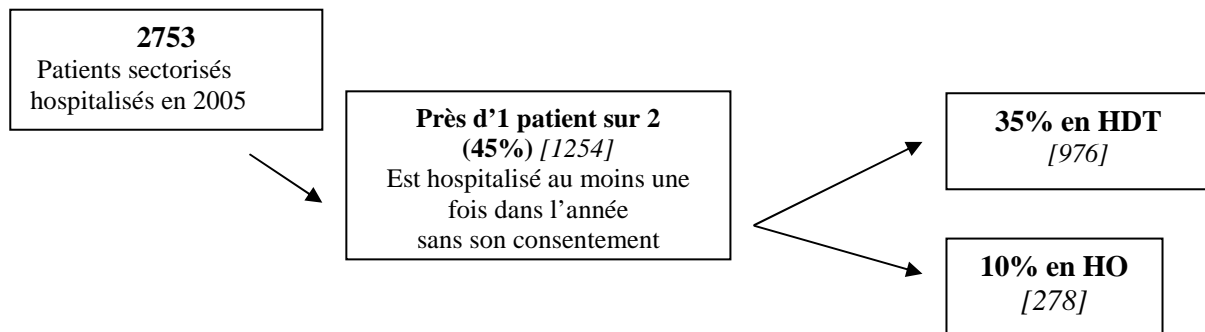
On trouve cependant davantage de difficultés psychosociales lors des hospitalisations sans consentement et ce sont surtout des patients hospitalisés d'office.

Inversement les difficultés liées à l'entourage immédiat concernent un peu plus souvent les patients hospitalisés à la demande d'un tiers (12% contre 9% en hospitalisation libre et 7% des patients en hospitalisation d'office).

Cette étude concluait également que contrairement à ce qui est parfois avancé, la fréquence des problèmes liés à l'utilisation de substances psycho-actives lors des hospitalisations sans consentement n'était pas plus importante en 2003 que lors des hospitalisations libres.

↳ Une autre étude menée au centre hospitalier du Vinatier (Lyon) en 2005, apporte **des éléments d'information sur le parcours de soin des personnes hospitalisées sans leur consentement.**

2753 patients sectorisés hospitalisés au CH du Vinatier en 2005 (file active).



➔ **5 patients sur 10 sont hospitalisés sans leur consentement au moins une fois dans l'année, 4 à la demande d'un tiers et 1 d'office**

➔ **L'HDT constitue le plus souvent le mode d'entrée dans le soin.**

Les patients en HDT le sont le plus souvent dans leur première année de prise en charge en psychiatrie (public + libéral+ privée) ;

➔ **Les personnes en HO, en comparaison avec les autres modes d'hospitalisation, sont plus souvent déjà connues de la psychiatrie**

Les personnes en HO sont moins souvent que les HDT et les hospitalisations libres dans leur première année de prise en charge par la psychiatrie ;

➔ **L'âge est un facteur de risque d'HSC avant 30 ans.**

L'hospitalisation sans consentement est plus fréquente que l'hospitalisation libre avant 30 ans, aussi fréquente entre 30 et 60 ans et moins fréquente après 60 ans.

Mais la fréquence relative de l'hospitalisation d'office diminue avec l'âge alors que celle de l'hospitalisation à la demande d'un tiers varie peu.

➔ **Le sexe masculin est un facteur de risque HSC avant 30 ans et d'HO à tous les âges.**

➔ **L'absence de domicile fixe est un facteur de risque d'hospitalisation d'office**

Un quart (25%) des patients hospitalisés au CH du Vinatier sans domicile fixe sont hospitalisés au moins une fois dans l'année sur le mode de l'hospitalisation d'office.

ANNEXE II

PSYCHIATRES

DÉMOGRAPHIE, DÉLÉGATIONS DE TÂCHES

1. Données de cadrage sur la démographie des psychiatres :

- La psychiatrie est après la médecine générale la spécialité médicale la plus représentée. **Au 1er janvier 2007** il y avait **13 676 psychiatres en activité** soit une augmentation des effectifs de 3,2% par rapport au 1er janvier 2000³⁵ (13 254 psychiatres en activité à cette date). **La densité** est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants au 1er janvier 2007 (Cf. Figure 1).

Entre 2000 et 2007 **l'âge moyen** de l'ensemble de la profession est passé de 48,2 ans à 51,6 ans³⁶. En ce qui concerne les libéraux (et mixtes donc avec une activité salariée exercée en plus de l'activité libérale) qui sont en moyenne plus âgés, l'âge moyen est passé de 49,5 ans à 53,9 ans. Cet âge moyen élevé en fait une des spécialités les plus « vieilles » en exercice libéral ou mixte.

La proportion de femmes est de 44% dans l'ensemble de la spécialité, elle était de 31% en 1984. Les femmes sont plus nombreuses à l'hôpital public (elles sont près de 50%) que chez les libéraux et mixtes (38%).

- Les densités régionales de psychiatres varient selon la DREES de 1 à 3, mais les densités départementales varient elles de 1 à 10 (cf. Figure 2). Les inégalités entre le Nord et le Sud masquent donc souvent des disparités départementales plus amples encore. Ces disparités sont plus marquées pour l'offre libérale de la psychiatrie. Il y a de fortes corrélations entre les densités régionales de psychiatres et celles des spécialistes et généralistes libéraux.
- Les effectifs de libéraux et mixtes ont cru de 2,4% au cours de cette période 2000/2007 alors que pour les salariés la croissance a été de 4,6%. Les psychiatres libéraux exercent plus souvent que les autres spécialistes une activité salariée parallèle. Ils ont par ailleurs les plus faibles revenus parmi les spécialistes, comme les généralistes.

Entre 2000 et 2007 la proportion de 60 ans et plus a presque doublé chez les libéraux : ils sont près de 22% au 1^{er} janvier 2007 (cf. Tableau 1). Chez les salariés on compte en 2007 16% de 60 ans et plus, contre 10% au 1^{er} janvier 2000.

- Avec une densité de psychiatres et neuropsychiatres de 0,2 pour 1 000 habitants, la démographie des psychiatres français se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE³⁷ (cf. Tableau 2). En revanche, la croissance de ses effectifs entre 1995 et 2005 semble assez faible, notamment par rapport à l'Autriche et l'Allemagne.

2. La répartition par secteur d'activité et selon le type de commune au 1er janvier 2007 :

³⁵ On observe une augmentation de 7,3% pour les effectifs de médecins entre le 1^{er} janvier 2000 et le 1^{er} janvier 2007, passant ainsi de 194 000 à 208 191 médecins en activité.

³⁶ L'âge moyen des psychiatres croît.

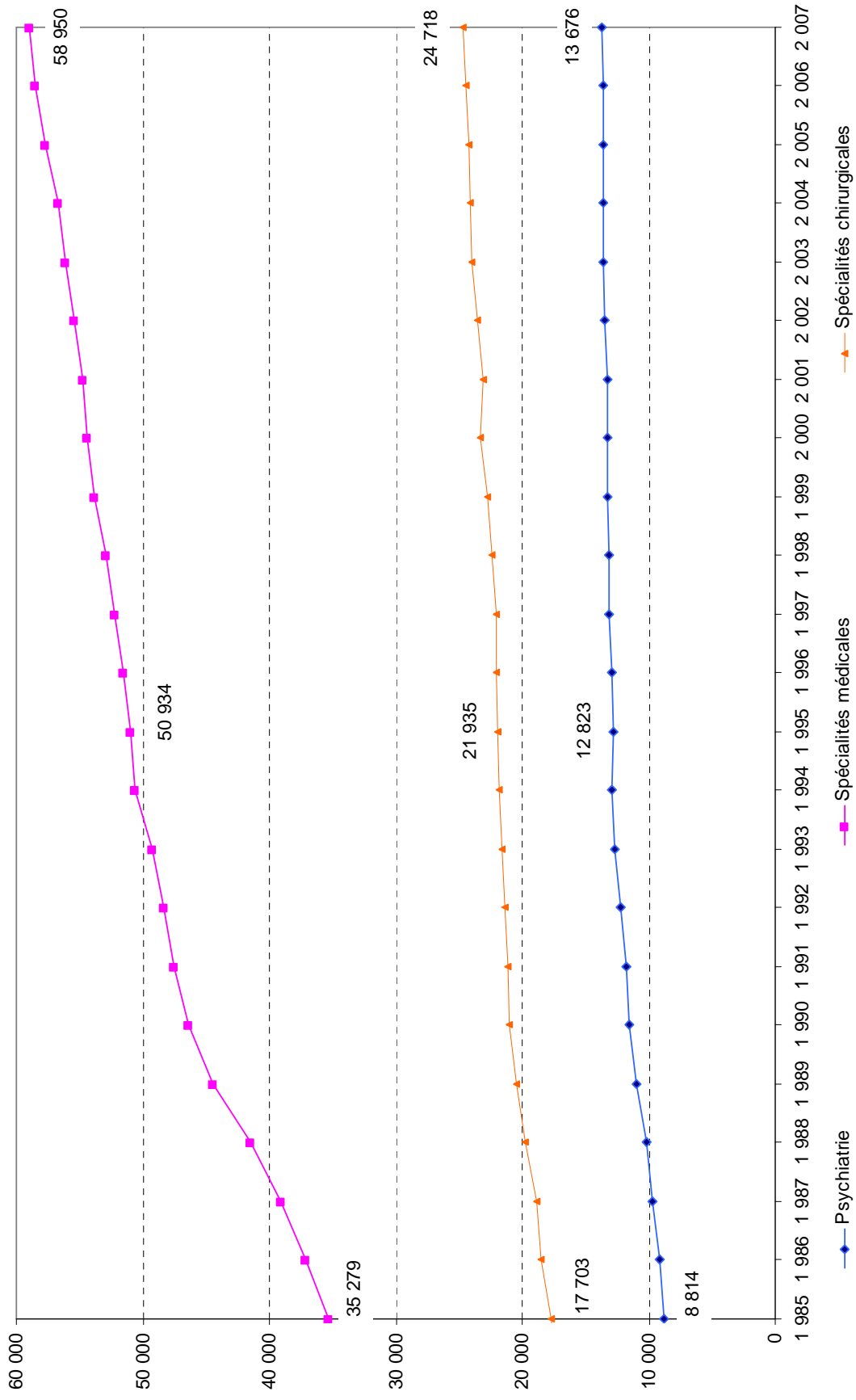
³⁷ Il s'agit de médecins en activité spécialistes en psychiatrie, neuropsychiatrie et pédopsychiatrie ; données sous réserve de l'organisation des soins de chaque pays et notamment du partage de la prise en charge des patients entre les professionnels de santé.

- Sur les 13 676 psychiatres en exercice, 5 641 exercent dans les hôpitaux publics, 5 027 en cabinet individuel et 1 217 en cabinet de groupe ; ces derniers sont en moyenne plus jeunes (52 ans) qu'en cabinet individuel 55 ans. La répartition des psychiatres par secteur d'activité n'a pas évolué entre 2000 et 2007 (cf. Tableau 3).
- L'exercice est de façon très majoritaire un exercice de ville. L'agglomération parisienne compte 3 955 psychiatres, les villes de plus de 200 000 habitants hors région parisienne en compte 4 751. Les villes de 50 000 habitants à 100 000 habitants en compte 1 268 et celles de 100 000 à 200 000 habitants 1 032. **Plus de 80 % des psychiatres exercent donc dans des villes de 50 000 habitants et plus.**
- Les communes rurales de petite taille sont avec les périphéries des villes particulièrement isolées au regard de l'offre de psychiatrie libérale. **Les comportements d'installation des psychiatres libéraux vers les zones sous dotées évoluent peu, mais plus que ceux des autres médecins.**

Sources

- [1.] Les médecins. Estimations au 1er janvier 2007, DREES, document de travail, Série Statistiques n° 115, août-septembre 2007
- [2.] Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007, DREES, Etudes et Résultats n° 616, décembre 2007
- [3.] La prise en charge de la santé mentale, chapitres Les psychiatres Démographie des psychiatres état des lieux, Les disparités géographiques d'implantation des psychiatres, L'évolution des revenus libéraux des psychiatres entre 1993 et 2003, DREES, Recueil d'études statistiques, janvier 2008
- [4.] Données DHOS /bureau M2

Figure 1: Evolution des effectifs de médecins 1984-2007



Source : DREES

Tableau 1 : Répartition par âge des psychiatres au 1er janvier 2000 et au 1er janvier 2007

Effectifs par classe d'âge	Moins de 40 ans	40 à 59 ans	60 à 64 ans	65 ans et plus
Au 01 janvier 2000				
Libéraux ou mixtes	8,5	80,5	6,5	4,6
Salariés	24,7	64,9	6,2	4,2
Total	17	72,3	6,4	4,4
Au 01 janvier 2007				
Libéraux ou mixtes	6,3	72	13,1	8,7
Salariés	18,9	65	10,4	5,6
Total	12,9	68,3	11,7	7,1

Source : DREES

Tableau 2 : Comparaisons avec les pays de l'OCDE

Pays	Effectifs	Densité pour 1 000 habitants	Croissance 1995 / 2005
Allemagne	11 247	0,1	+ 214%
Autriche	1 747	0,2	+ 68%
Belgique	2 047	0,2	nc
Canada	4 701	0,1	+ 13%
Etats-Unis	38 453	0,1	+ 11%
France	13 594	0,2	+ 6%
Irlande	336	0,1	nc
Pays-Bas	2 487	0,2	+ 16%
Portugal	1 014	0,1	+ 6%
Royaume-Uni	10 783	0,2	nc

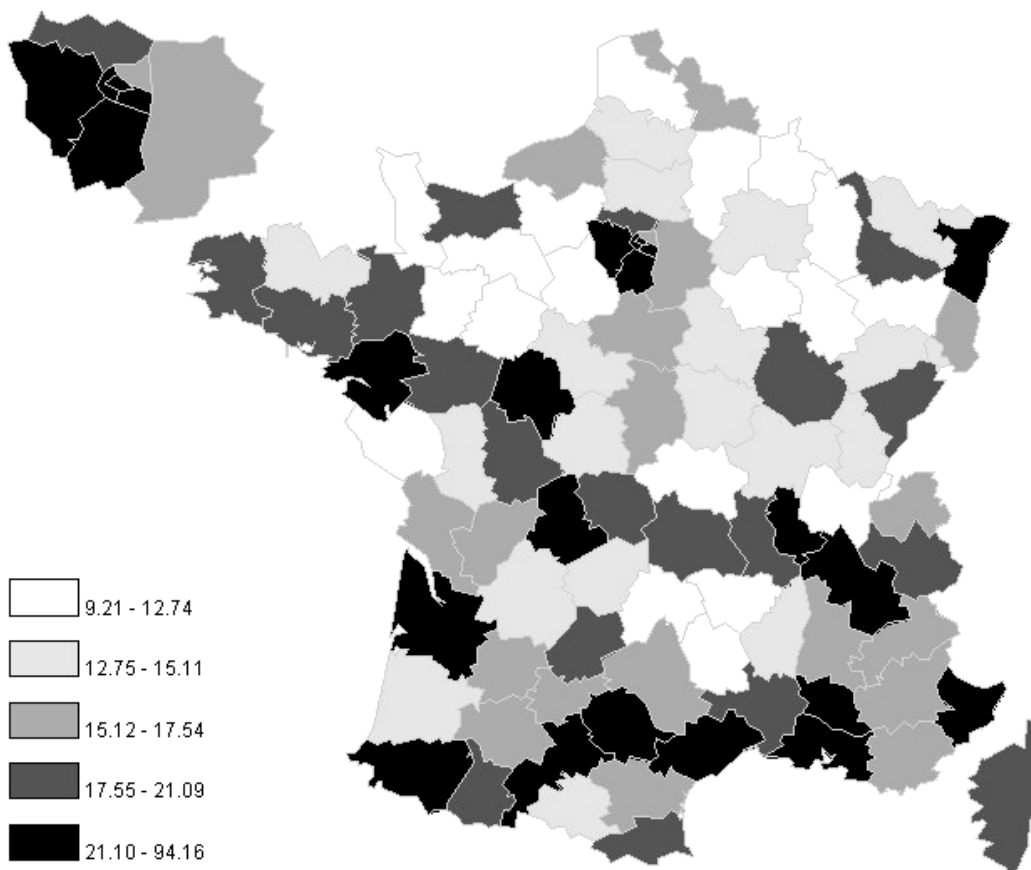
Source : Eco-Santé OCDE 2007 - Version : octobre 2007

Tableau 3 : Psychiatres travaillant à l'hôpital public

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hopital public	5 379	5 343	5 377	5 462	5 512	5 562	5 555	5 641
Libéraux et mixtes	44	46	48	41	54	46	43	46
Salariés exclusifs	5 335	5 297	5 329	5 421	5 458	5 516	5 512	5 595
% par rapport à l'ensemble des psychiatres	41%	40%	40%	40%	41%	41%	41%	41%

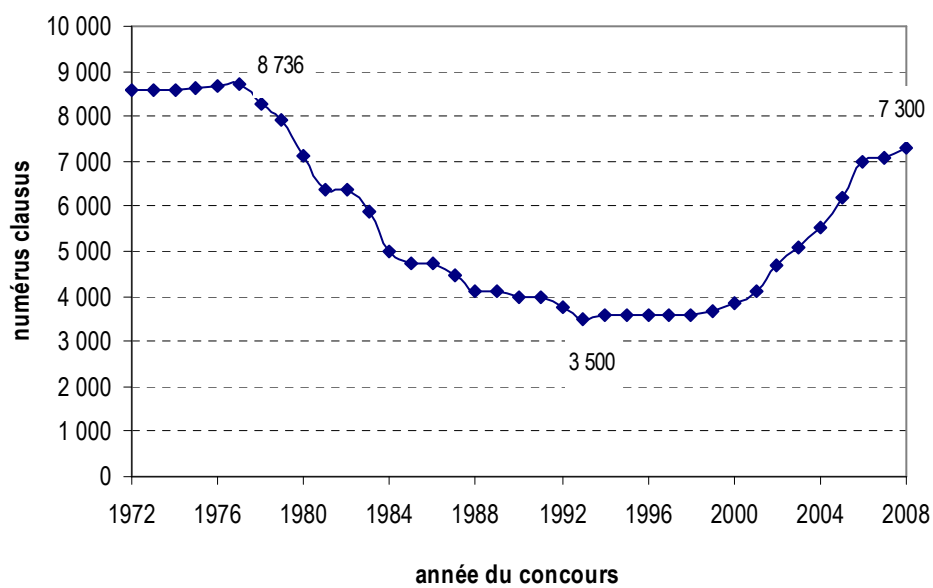
Source : DREES

Figure 2 : Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants en 2006



Source : Eco-Santé Régions & Départements 2008

Figure 3 : Numerus clausus des médecins, 1972-2008



ANNEXE III

Modalités de calcul de l'impact sur les établissements de santé

Description des éléments de coûts intégrés dans le calcul de la télé audience et de l'audience au TGI.

Le coût de l'audition par visioconférence comprend :

- Le coût de la consultation de psychiatre ;
- Le coût moyen, en investissement, de l'installation et la mise en place d'un système de visioconférence dans un établissement ;
- Le coût de fonctionnement du dispositif ;
- Le coût lié à la mobilisation des personnels soignants pour l'audience par visioconférence.

Le coût de la comparution au TGI comprend :

- Le coût de la consultation de psychiatre ;
- Le coût du transport ;
- Le coût lié à la mobilisation des personnels soignants durant le transport et l'audience.

Ces différents éléments de coûts ont été estimés de la façon suivante.

Audition par visioconférence :

Le coût d'une consultation spécifique de psychiatre de 40 € (tarif conventionnel au 1^{er} janvier 2010) : doit être pris en compte, en plus de l'intervention du psychiatre de l'établissement, le coût de la consultation du psychiatre hors établissement spécifiquement mobilisé pour ce faire.

Le coût d'investissement du dispositif de visioconférence est établi au coût moyen de l'installation et la mise en place d'un système de visioconférence dans un établissement. Il peut être estimé à environ 10 000 € (coût d'équipement moyen établi par référence à l'équipement dans quelques établissements de santé et cohérent avec le coût estimé pour l'équipement des salles de TGI) l'amortissement devant s'effectuer sur 5 années (en fonction des règles en vigueur dans les établissements de santé). Certains des 271 établissements concernés étant déjà équipés et certains établissements à proximité des TGI pouvant ne pas recourir à ce système, on supposera que 135 établissements (la moitié) pourraient nécessiter l'achat d'un tel équipement.

Soit un coût annuel pour l'ensemble des établissements de l'ordre de $135 * 2000 = 270\ 000$ €.

Ce coût est estimatif, la part d'établissements à équiper pour satisfaire aux obligations liées à la mise en place d'un dispositif d'audience par visioconférence avec un juge des libertés et de la détention devant être affinée.

Le coût de fonctionnement d'une audience par visioconférence doit être estimé en prenant en compte le coût de la séance en termes de frais de fonctionnement et de coût du personnel mobilisé pour cette séance :

- Les frais techniques associés à une séance de visioconférence peuvent être estimés à 30€ (coût estimatif comprenant les abonnements et la maintenance).

- Le coût moyen horaire pour le personnel hospitalier assermenté et le personnel, évalué à 22 €/ heure*. Pour deux agents mobilisés pendant 2 heures, le coût d'une séance s'établit à 88 €.

*Coût salarial moyen théorique annuel pour les titulaires de la FPH

Soit un coût de l'audition par visioconférence estimé à : $30 + 88 = 118$ € en fonctionnement, auquel il convient de rajouter la consultation du psychiatre, soit 148€.

Audience au TGI

Le coût de la consultation du psychiatre : 40€ (taif de consultation conventionnelle).

Le coût du transport pour une audience au TGI peut être estimé sur la base :

- d'une distance moyenne de 25 km entre l'établissement de santé accueillant un patient hospitalisé sans son consentement et le tribunal de grande instance, soit 50 km pour l'aller et le retour. Le kilométrage est une estimation établie en fonction de la localisation des établissements autorisés en psychiatrie par rapport au TGI, eu égard à leur situation géographique en périphérie des zones urbaines, voire dans des sites plus excentrés.
- d'un prix de revient kilométrique de 53 centimes du km pour une ambulance (amortissement, essence, entretien pièces et main d'œuvre) [source DGOS].
- D'un coût moyen horaire pour l'ambulancier de 22 €/heure*. Selon les cas, l'ambulancier pourra être mobilisé soit deux heures (temps de trajet uniquement), soit quatre heures (attente sur place). Le temps moyen retenu est de trois heures.
- D'un coût moyen du personnel soignant accompagnant de l'ordre de 26 €/heure* pour un infirmier et de 17 €/heure* pour un aide-soignant, avec un temps total de quatre heures par audience pour chacun de ces professionnels : deux heures pour la préparation du patient et le temps de mobilisation autour du transport (aller/retour), une heure d'attente et une heure d'audience.

*Cout salarial moyen théorique annuel pour les titulaires de la FPH

Soit un coût de l'audience estimé à $(50 * 0,53) + [(26+17)*4] + (22 * 3) = 26,5 + 172 + 66 = 264,5$ € auquel il convient de rajouter les 40 € de consultation : 304€.

Impact budgétaire annuel des mesures d'audience par visioconférence et de comparution au TGI.

L'évaluation du coût des deux modalités – comparution au TGI ou audience par visioconférence – peut être estimée à :

- 148€ pour l'audience par visioconférence (40 € consultation de psychiatre + 108€ de ressources humaines mobilisables et d'équipements techniques)
- 304€ pour la comparution au TGI (40 € consultation de psychiatre + 264€ de ressources humaines mobilisables de transport)

Ces coûts appliqués au nombre de comparutions au TGI ou de audiences par visioconférence donnent un cout global des mesures estimé à :

Modalités de réalisation des audiences	Estimation du coût unitaire de l'audience	Estimation du coût total annuel (hypothèse basse : 72 500 audiences)	Estimation du coût total annuel (hypothèse haute : 78 500 audiences)
Comparution au TGI	304€	22,0 M€	23,9 M€
Audience par visioconférence	148 €	10,7 M€	11,6 M€

Les hypothèses ci-dessus sont établies en considérant que les audiences se déroulent soit toutes en audience par visioconférence, soit toutes en comparution au TGI. Or, le panachage de ces dispositifs selon l'état du patient et la situation de l'établissement de santé notamment, est sans doute le cas de figure le plus probable.

En conséquence, une estimation de l'impact budgétaire annuel global peut être effectuée en modulant la part des comparutions au TGI et en audience par visioconférence, selon 3 séries d'hypothèses :

- (1) 25 % des audiences en visioconférence et 75 % des comparutions au TGI ;

Hypothèse basse : $72\,500 * (40 + (0,75 * 264,5) + (0,25 * 108)) + 270\,000 = 19,51\text{M€}$

Hypothèse haute : $78\,500 * (40 + (0,75 * 264,5) + (0,25 * 108)) + 270\,000 = 21,10\text{M€}$

- (2) 50 % des audiences en visioconférence et 50 % des comparutions au TGI ;

Hypothèse basse : $72\,500 * (40 + (0,5 * 264,5) + (0,5 * 108)) + 270\,000 = 16,67\text{M€}$

Hypothèse haute : $78\,500 * (40 + (0,5 * 264,5) + (0,5 * 108)) + 270\,000 = 18,03\text{M€}$

- (3) 75 % des audiences en visioconférence et 25 % des comparutions au TGI.

Hypothèse basse : $72\,500 * (40 + (0,25 * 264,5) + (0,75 * 108)) + 270\,000 = 13,84\text{M€}$

Hypothèse haute : $78\,500 * (40 + (0,25 * 264,5) + (0,75 * 108)) + 270\,000 = 14,96\text{M€}$

Modalités de répartition des audiences (comparution au TGI ou audience par visioconférence)	Estimation du coût total annuel (hypothèse basse : 72 500 audiences)	Estimation du coût total annuel (hypothèse haute : 78 500 audiences)
25% visio / 75% TGI	19,51M€	21,10M€
50% visio / 50% TGI	16,67M€	18,03M€
75% visio / 25% TGI	13,84M€	14,96M€

Traduction des mesures en termes d'ETP de personnel soignant

La traduction des mesures en nombre d'ETP des personnels soignants accompagnant les patients doit être considérée avec beaucoup de prudence, compte tenu du nombre de paramètres susceptibles d'intervenir dans le calcul.

Pour chacune des hypothèses envisagées ci-dessus : 72 500 et 78 500 interventions, le personnel soignant requis rattaché à l'établissement est un aide soignant, un infirmier.

Pour chaque personnel, il a été considéré que 4 heures de temps de présence étaient nécessaires par intervention : deux heures en moyenne de transport (aller et retour) intégrant le temps de «préparation » du patient, une heure d'audience et une heure d'attente.

Enfin pour chaque personnel, le temps de travail moyen a été estimé à 1700 heures par an.

- Hypothèse basse de 72 500 interventions:
 $(72\,500 \times 4) / 1700 = 170,6$ ETP pour chacune des deux professions concernées (aide soignant et infirmier), soit au total 340 ETP, toutes catégories confondues.
- Hypothèse haute de 78 500 interventions:
 $(78\,500 \times 4) / 1700 = 184,7$ ETP pour chacune des deux professions concernées, soit au total 370 ETP, toutes catégories confondues.

ANNEXE IV

Modalités de calcul de l'impact sur les services de la justice

A- Evaluation des effectifs

1/ Evaluation des effectifs nécessaires au contrôle des hospitalisations sans consentement d'une durée supérieure à 15 jours.

- Magistrats

Parquet : $36\,442,17 + 11\,212,51(57.70\% \text{ de } 63\,158 + 64.7\% \text{ de } 17330) * 60/60/1680 = 28.37 \text{ ETPT}$

Siège : $47\,654.68 * 60/60/1680 = 28.37 \text{ ETP}$

SOIT 56.73 ETPT MAGISTRATS

- Fonctionnaires

Parquet : $47\,654.58 * 15/60/1572 + 8\% \text{ de taux d'absentéisme} = 8.18 \text{ ETPT}$ dont 2.45B et 5.73 C

Siège : $47\,654 * 75/60/1572 + 8\% \text{ de taux d'absentéisme} = 40.92 \text{ ETPT}$ de catégorie B

SOIT 49.10 ETPT FONCTIONNAIRES

Ce résultat est obtenu hors organisation éventuelle de la visio-conférence, consommatrice d'ETPT en fonctionnaires supplémentaires.

2/ Evaluation des effectifs nécessaires pour procéder aux prolongations au-delà de six mois et 15 jours

Par défaut l'étude tient compte des pourcentages de durée de séjour de 90 à 365 jours pour les prolongations de 6 mois soit 11,48 % des HDT soit 7250 hospitalisations HDT et de 19,12 % des HO soit **3313** hospitalisations HO = 10 563 saisines du JLD pour une prolongation de six mois.

- Magistrats

Parquet : $10\,563 * 60/60/1680 = 6.29 \text{ ETPT MAGISTRATS}$

Siège : $10\,563 * 60/60/1680 = 6.29 \text{ ETPT MAGISTRATS}$

SOIT 12.58 ETPT MAGISTRATS

- Fonctionnaires

Parquet : $10\,563 * 15/60/1572 + 8\% \text{ de taux d'absentéisme} = 1.81 \text{ ETPT FONCTIONNAIRES}$ dont 0.54 B et 1.27 C

Siège : $10\,563 * 75/60/1572 + 8\% \text{ de taux d'absentéisme} = 9.07 \text{ ETPT FONCTIONNAIRES}$ de catégorie B

SOIT 10.88 ETPT FONCTIONNAIRES

Ce résultat est obtenu hors organisation éventuelle de la visioconférence consommatrice d'ETPT en fonctionnaires supplémentaires.

3/ Evaluation des effectifs nécessaires pour procéder aux prolongations au-delà d'1an pour 6 mois.

Par défaut l'étude tient compte des pourcentages de durée de séjour de plus de 365 jours pour la seconde prolongation de 6 mois soit 3.06 % des HDT soit 1933 hospitalisations HDT et de 8.31 % des HO soit 1440 hospitalisations HO = 3373 saisines du JLD pour une nouvelle prolongation de six mois.

- **Magistrats**

Parquet : $3373 * 60 / 60 / 1680 = 2.01$ ETPT MAGISTRATS

Siège : $3373 * 60 / 60 / 1680 = 2.01$ ETPT MAGISTRATS

SOIT 4.02 ETPT MAGISTRATS

- **Fonctionnaires**

Parquet : $3373 * 15 / 60 / 1572 + 8 \% \text{ de taux d'absentéisme} = 0.56$ ETPT FONCTIONNAIRES dont 0.17 B et 0.39 C

Siège : $3373 * 75 / 60 / 1572 + 8 \% \text{ de taux d'absentéisme} = 2.88$ ETPT FONCTIONNAIRES de catégorie B

SOIT 3.44 ETPT FONCTIONNAIRES

Ce résultat est obtenu hors organisation éventuelle de la visioconférence, consommatrice d'ETPT en fonctionnaires supplémentaires.

4/ Evaluation des effectifs nécessaires pour traiter les recours

Saisine du JLD conformément à l'article L 3211-12 (demande de sortie immédiate)

La réforme ne modifie pas l'accès au JLD pour les patients hospitalisés sans consentement.

En 2009, le JLD a été saisi de 1618³⁸ requêtes qui ont fait l'objet de 100 recours devant la cour d'appel.

La comparution du patient devant le JLD dans le cadre de sa nouvelle saisine obligatoire entraînera une augmentation des requêtes présentées par les particuliers.

³⁸ Statistiques 2009 SDSE code NAC 14 C

En l'absence d'élément, l'étude choisit deux hypothèses de travail 50 et 70 % de saisines supplémentaires soit 809 et 1133 saisines supplémentaires.

➤ **Sur la base de 809 saisines supplémentaires**

• **Magistrats**

Parquet : $809 * 60 / 60 / 1680 = 0.48$ ETPT MAGISTRATS

Siège : $809 * 60 / 60 / 1680 = 0.48$ ETPT MAGISTRATS

SOIT 0.96 ETPT MAGISTRATS

• **Fonctionnaires**

Parquet : $809 * 15 / 60 / 1572 + 8 \%$ de taux d'absentéisme = 0.12 ETPT FONCTIONNAIRES dont 0.03 B et 0.09 C

Siège : $809 * 75 / 60 / 1572 + 8 \%$ de taux d'absentéisme = 0.69 ETPT FONCTIONNAIRES de catégorie B

SOIT 0.81 ETPT FONCTIONNAIRES

➤ **Sur la base de 1133 saisines supplémentaires**

• **Magistrats**

Parquet : $1133 * 60 / 60 / 1680 = 0.67$ ETPT MAGISTRATS

Siège : $1133 * 60 / 60 / 1680 = 0.67$ ETPT MAGISTRATS

SOIT 1.34 ETPT MAGISTRATS

• **Fonctionnaires**

Parquet : $1133 * 15 / 60 / 1572 + 8 \%$ de taux d'absentéisme = 0.19 ETPT FONCTIONNAIRES dont 0.06 B et 0.13 C

Siège : $1133 * 75 / 60 / 1572 + 8 \%$ de taux d'absentéisme = 0.98 ETPT FONCTIONNAIRES de catégorie B

SOIT 1.17 ETPT FONCTIONNAIRES

5/ Appels des décisions du JLD devant le premier président de la cour d'appel

Deux hypothèses de travail sont envisagées : 3 % de recours du représentant de l'Etat et 6 % .

L'étude porte sur 61 589 saisines du JLD (47 654 HDT/HO 15 jours ; 7250 HDT 6 mois ; 1932 HDT 6 mois ; 3313 HO 6 mois ; 1440 HO mois)

➤ **Sur la base de 6 % recours**

• **Magistrats**

Parquet : $3695 * 60 / 60 / 1680 = 2.19$ ETPT MAGISTRATS

Siège : $3695 * 80 / 60 / 1680 = 2.93$ ETPT MAGISTRATS

SOIT 5.12 ETPT MAGISTRATS

• **Fonctionnaires**

Parquet : $3695 * 10 / 60 / 1572 + 8 \% \text{ de taux d'absentéisme} = 0.42$ ETPT FONCTIONNAIRES dont 0.12 B et 0.30 C

Siège : $3695 * 80 / 60 / 1572 + 8 \% \text{ de taux d'absentéisme} = 3.38$ ETPT FONCTIONNAIRES de catégorie B

SOIT 3.80 ETPT FONCTIONNAIRES

➤ **Sur la base de 3 % de recours**

• **Magistrats**

Parquet : $1848 * 60 / 60 / 1680 = 1.1$ ETPT MAGISTRATS

Siège : $1848 * 80 / 60 / 1680 = 1.1$ ETPT MAGISTRATS

SOIT 2.2 ETPT MAGISTRATS

• **Fonctionnaires**

Parquet : $1848 * 10 / 60 / 1572 + 8 \% \text{ de taux d'absentéisme} = 0.20$ ETPT FONCTIONNAIRES dont 0.06 B et 0.14 C

Siège : $1848 * 80 / 60 / 1572 + 8 \% \text{ de taux d'absentéisme} = 1.68$ ETPT FONCTIONNAIRES de catégorie B

SOIT 1.88 ETPT FONCTIONNAIRES

6/ Evaluation de la charge de travail pour traiter les expertises

• **Magistrats**

Parquet : $1231 * 10 / 60 / 1680 = 0.12$ ETPT MAGISTRATS

Siège : $1231 * 60 / 60 / 1680 = 0.73$ ETPT MAGISTRATS

SOIT 0.85 ETPT MAGISTRATS

- **Fonctionnaires**

$1231 * 75 / 60 / 1572 + 8 \%$ de taux d'absentéisme = **1.04** ETPT FONCTIONNAIRES de catégorie B

Tableau récapitulatif hypothèse haute

PROCEDURE	MAGISTRATS			FONCTIONNAIRES		
	Parquet	Siège	Total	B	C	Total
Saisine JLD 15 jours	28.37	28.37	56.73	43.37	5.73	49.10
Saisine JLD 6 mois	6.29	6.29	12.57	9.61	1.27	10.88
Saisine JLD 12 mois	2.01	2.01	4.02	3.05	0.39	3.44
Recours JLD hypothèse haute	0.67	0.67	1.34	1.04	0.13	1.17
Procédure cour d'appel hypothèse haute	2.19	2.93	5.12	3.5	0.30	3.80
Expertise	0.12	0.73	0.85	1.04		1.04
total	39.65	41	80.63	61.61	7.82	69.43

Tableau récapitulatif hypothèse basse

PROCEDURE	MAGISTRATS			FONCTIONNAIRES		
	Parquet	Siège	Total	B	C	Total
Saisine JLD 15 jours	28.37	28.37	56.73	43.37	5.73	49.10
Saisine JLD 6 mois	6.29	6.29	12.57	9.61	1.27	10.88
Saisine JLD 12 mois	2.01	2.01	4.02	3.05	0.39	3.44
Recours JLD hypothèse basse	0.48	0.48	0.96	0.72	0.09	0.81
Procédure cour d'appel hypothèse basse	1.1	1.46	2.56	1.74	0.14	1.88
Expertise	0.12	0.73	0.85	1.04		1.04
total	38.37	39.34	77.71	59.53	7.62	67.15

Pour mémoire le coût moyen d'un ETPT annuel :

-magistrat : 116 533 €

-fonctionnaire catégorie B : 48826 €

-fonctionnaire catégorie C : 41121 €

B- Evaluation de l'impact sur l'aide juridictionnelle

- **Montant de la rétribution de l'avocat au titre de l'aide juridictionnelle**

La rétribution de l'avocat est fixée à 4 unités de valeur, comme celle afférente à l'assistance d'un étranger à l'occasion de la prolongation de la rétention administrative ou du maintien en zone d'attente dont il fait l'objet devant le JLD et à l'occasion de l'appel de la décision du JLD. Le montant moyen de l'unité de valeur après majoration correspondant à la modulation est de 24,20 € HT. La rétribution de l'avocat sera donc de 96,80 €HT et de 115,77 € TTC (taux de TVA à 19,6%).

- **Incidence budgétaire en année pleine**

Hypothèse basse

Nombre d'admissions à l'aide juridictionnelle : 32.475

Incidence budgétaire 32.475 missions x 4 UV x 24,20 € x 1,196 = **3,760 M€**

Hypothèse haute

Nombre d'admissions à l'aide juridictionnelle : 51.959

Incidence budgétaire 51.959 missions x 4 UV x 24,20 € x 1,196 = **6,015 M€**

L'ordonnance du JLD est susceptible d'**appel** devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le taux d'appel actuel des ordonnances du JLD en matière d'hospitalisation sans consentement est de 14 % (100 contestations pour 700 décisions rendues sur le fond par le JLD).

Le coût calculé ci-dessus pourrait être majoré de 14% ; il serait alors porté à **4,29 M€** dans l'hypothèse basse et **6,86 M€** dans l'hypothèse haute.

Enfin l'extension du contrôle du JLD pourrait entraîner une augmentation de la saisine facultative du JLD par le patient ou par un tiers dès le début de l'hospitalisation. L'incidence en matière d'aide juridictionnelle est difficile à estimer et peu élevée, le nombre de saisines du JLD est de 1.618 en 2009.

C- Impact budgétaire immobilier

Hypothèse	catégorie de personnel concerné	postes de travail	hypothèse d'aménagements simples		dépendances de structure		dépendances d'activités		MOBILIER DE BUREAU (forfait)		INFORMATIQUE		DEMEMAGEMENT		COUT TOTAL	
			coût au M ²	surface de bureau M ² (SHON)	coût	total	coût	total	coût	total	coût	total	coût	total		
Hypothèse basse	magistrats	78	1500	43	5031000	63,52	213 046,08	2788	217464	2000	156000	1043	81354	900	70200	5 698 864,08
	fonctionnaires	67	1500	43	4321500	63,52	183 001,12	2788	186796	2000	134000	1043	69881	900	60300	4 895 178,12
	TOTAL	145			9352500		396 047,20		404260		290000		151235		130500	10 189 782,20
Hypothèse haute	magistrats	81	1500	43	5224500	63,52	221 240,16	2788	225828	2000	162000	1043	84483	900	72900	5 918 051,16
	fonctionnaires	69	1500	43	4450500	63,52	188 463,84	2788	192372	2000	138000	1043	71967	900	62100	5 041 302,84
	TOTAL	150			9675000		409 704,00		418200		300000		156450		135000	10 541 154,00

ANNEXE V

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

modifié par la lettre rectificative

Version consolidée (modifications apportées par la lettre rectificative signalées en gras)

TITRE I^{ER}

DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Article 1^{er}

I- Le livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le titre I^{er} est intitulé : « Titre I^{er} : Modalités de soins psychiatriques » ;

2° Le chapitre I^{er} du titre I^{er} est intitulé : « Chapitre I^{er} : Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

3° L'article L. 3211-1 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Au deuxième alinéa, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;

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 » ;

5° Il est inséré un article L. 3211-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3211-2-1.* – Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge :

« 1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 ;

« 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.

« 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. » ;

6° Il est inséré un article L. 3211-2-2 ainsi rédigé :

« *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.

« 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 ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par les alinéas suivants :

« 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.

« En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est informée :

« a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa, ainsi que des raisons qui les motivent ;

« b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet, et par la suite à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits et des voies de recours qui lui sont ouvertes ;

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

c) Au 2°, sont ajoutés les mots : « et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 » ;

d) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 ; »

e) Les 3°, 4°, 5°, 6°, et 7° deviennent respectivement les 4°, 5°, 6°, 7°, et 8°.

f) Au dernier alinéa, les mots : « 4°, 6° et 7° » sont remplacés par les mots : « 5°, 7° et 8° » ;

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. » ;

9° A 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 ;

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 ;

« 3° Un cadre de santé.

« Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

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. » ;

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.

« 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. » ;

15° L'article L. 3211-11-1 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « L'autorisation d'absence » sont remplacés par les mots : « L'autorisation de sortie accompagnée » ;

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 » ;

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. » ;

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 par requête, à tout moment, aux fins d'ordonner, **à bref délai**, la levée immédiate de la mesure de soins dont une personne fait l'objet sans son consentement, quelle qu'en soit la forme, ~~le cas échéant, en lui substituant une des formes mentionnées au 2° de l'article L. 3211-2-1.~~

« La demande peut être formée par :

« 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.

« Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A 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.

« 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 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.

~~« III. – Le juge des libertés et de la détention adresse au représentant de l'État qui a prononcé ou maintenu la mesure de soins psychiatriques dont la personne fait l'objet sans son consentement copie de l'ordonnance. »~~

« 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.

« 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.

« 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.

« 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.

« 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'Etat, 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.

« A 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.

« 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'Etat lorsque la personne est hospitalisée en application du chapitre III du présent titre 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'Etat, 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.

« 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- A 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, ».

TITRE II

SUIVI DES PATIENTS

Article 2

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 » ;

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 ;

« 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.

« 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.

« La forme et le contenu de cette demande sont fixés par décret en Conseil d'État.

« 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° et 2° du I ci-dessus sont remplies.

« Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de 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. » ;

« 2° 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 médical 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.

« 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 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. »

« 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. » ;

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 protégé 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. » ;

4° « 4° A 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 » ;

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.

« 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.

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

« 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. » ;

6° L'article L. 3212-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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.

« 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 :

« 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 ;

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

« 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. » ;

7° L'article L. 3212-6 est abrogé ;

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.

« 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 modalités prévues au présent article ; le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause.

« 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.

« 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.

« 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 selon les modalités prévues à l'article L. 3212-5. » ;

9° L'article L. 3212-8 est ainsi modifié :

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 » et les mots : « ou de l'article L. 3212-3 » sont supprimés ;

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 » ;

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. » ;

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 :

« 1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

« 2° Par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1.

« 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.

« 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. » ;

11° L'article L. 3212-10 est ainsi modifié :

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, » ;

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 1° du II de l'article L. 3212-1. » ;

12° L'article L. 3212-11 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « transcrits » sont ajoutés les mots : « ou reproduits » ;

b) Au 1°, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins sans leur consentement » ;

c) Au 2°, les mots : « l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « l'admission en soins sans consentement » ;

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 » ;

e) Le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 3211-3 ; »

f) Le 6° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ; »

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 » ;

h) Le 8° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 8° Les levées des mesures de soins sans consentement, autres que celles mentionnées au 7° ; ».

i) Au 7°, les mots : « d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « des mesures de soins sans consentement ».

Article 3

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 » ;

2° L'article L. 3213-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa :

– l'alinéa est précédé par un « I. – » ;

– 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 **ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil**, 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 » ;

– l'avant dernière phrase est supprimée ;

– il est ajouté après la dernière phrase la phrase suivante : « Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3211-2 qui assure la prise en charge de la personne malade. » ;

b) Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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.

« 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 :

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

« 2° Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnés aux troisième et quatrième alinéas du même article. » ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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.

« 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.

« Le représentant de l'État ne peut toutefois 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 :

« 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.

« 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. » ;

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.

« 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.

« 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.

« 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. » ;

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.

« Faute de décision du représentant de l'État à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de la mesure de soins est acquise.

« 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.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 3213-8. » ;

5° L'article L. 3213-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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. » ;

6° Il est inséré un article L. 3213-5-1 ainsi rédigé :

« *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. » ;

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.

« 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. » ;

8° L'article L. 3213-8 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 :

« 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 hospitalière pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3.

« Les conditions dans lesquelles l'avis du collège et des deux psychiatres est recueilli sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;

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 :

« 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 ;

« 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 ;

« 3° la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

« 4° La famille de la personne qui fait l'objet de soins sans consentement ;

« 5° Le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé.

« 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. » ;

10° L'article L. 3213-10 devient l'article L. 3213-11 ;

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

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 » ;

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.*

« *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.*

« *Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes détenues mineures peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1. » ;*

3° L'article L. 3214-2 est ainsi modifié :

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 » et la référence à l'article L. 3211-9 est supprimée 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 » ;

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 ; »

c) Le deuxième alinéa, devenu le troisième alinéa, est ainsi rédigé :

« 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'Etat visé à l'article L. 3214-5. »

4° L'article L. 3214-3 est ainsi modifié :

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 » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

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. » ;

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 ».

Article 5

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

1° L'article L. 3215-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 3215-1.* – Est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende :

« 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 police, 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 L. 3213-5 ;

« 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. »

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 :

« 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 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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 et des articles L. 3213-2 et L. 3213-3 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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. » ;

4° L'article L. 3215-3 est abrogé ;

5° L'article L. 3215-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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 des articles L. 3211-2-2, L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-4. »

Article 6

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 :

1° L'article L. 3222-1-1 est ainsi modifié :

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 » ;

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. » ;

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 ;

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.

« Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'État. » ;

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 sans leur consentement » et après la référence à l'article L. 3211-2 est insérée une référence à l'article L. 3211-2-1 ;

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 » ;

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 :

« 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 ;

« 2° Reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et examine leur situation ;

« 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 :

« *a)* Celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ;

« *b)* Celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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 ;

« 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.

« 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. » ;

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 ».

Article 7

À l'article L. 1112-3 du code de la santé publique, il est inséré après le deuxième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« 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. »

Article 8

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.

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 Ier du livre II de la présente partie sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations suivantes :

« 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 ;

« 2° Les références au tribunal d'instance et au tribunal de grande instance sont remplacées par la référence au tribunal de première instance ;

« 3° Au second alinéa de l'article L. 3211-1, les mots : « , publique ou privée, » sont supprimés ;

« 4° A 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 » ;

« 5° Le 1° de l'article L. 3211-3 est ainsi modifié :

« *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'Etat, 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 » ;

« *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'Etat, 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 » ;

« 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 ;

« 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'Etat » sont supprimés ;

« 8° A 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 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 » ;

« 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 » ;

« 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 » ;

« 11° L'article L. 3213-1 est ainsi modifié :

« 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 » ;

« 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 » ;

« 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 » ;

« 14° L'article L. 3214-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *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.*

« *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.*

« *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. » ;*

« 15° Aux articles L. 3214-2 et L. 3214-5, les mots : « en Conseil d'Etat » 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) Au deuxième alinéa, les mots : « Les arrêtés préfectoraux » sont remplacés par les mots : « Les arrêtés du haut-commissaire de la République » ;

« 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, » ;

« b) Les mots : « établissement mentionné à l’article L. 3222-1 » et les mots : « établissements mentionnés à l’article L. 3222-1 » sont remplacés, respectivement, par les mots : « établissement habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » et par les mots : « établissements habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement ».

Article 10

« L’article L. 3844-2 du même code est ainsi rédigé :

« 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 :

« 1° A 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 » ;

« 2° L'article L. 3222-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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 applicable 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 » ;

« 3° Le second alinéa de l'article L. 3222-3 est supprimé ;

« 4° L'article L. 3222-4 est ainsi modifié :

« 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 » ;

« b) Les mots : « le représentant de l'Etat 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 » ;

« 5° A l'article L. 3222-5, les mots : « dans chaque département, une commission départementale » sont remplacés par les mots : « une commission » ;

« 6° Aux articles L. 3222-6 et L. 3223-1, les mots : « en Conseil d'Etat » sont supprimés ;

« 7° Dans l'intitulé du chapitre III, le mot : « départementale » est supprimé ;

« 8° L'article L. 3223-1 est ainsi modifié :

« a) Aux 4° et 6°, les mots : « représentant de l'État dans le département » sont remplacés par les mots : « haut-commissaire de la République » ;

« 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 7° les mots : « tribunal de grande instance » sont remplacés par les mots : « tribunal de première instance » ;

« 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 ;

« 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 ;

« 4° D'un médecin désigné par le haut-commissaire de la République.

« 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.

« 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.

« La commission désigne en son sein son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Article 11

« Le chapitre IV du titre Ier du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est abrogé. »

Article 12

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 ».

II. – Les articles L. 3814-2 à L. 3814-7 du même code sont abrogés.

Article 13

I. – L'article L. 3824-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. » ;

2° Au III, le mot : « constante » sont remplacés par les mots : « constante ou régulière ».

II. – L'article L. 3824-5 du même code est ainsi modifié :

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 » ;

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 ».

III. – L'article L. 3824-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le I est remplacé par les dispositions suivantes :

« 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. » ;

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 ».

TITRE V

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 14

I. - Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur au 1^{er} août 2011 sous réserve des dispositions du présent article.

« II. - Le 1° 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.

« 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 1er août 2011, de soins sans consentement en application de décisions d'admission prises avant cette date. Il statue :

« 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 ;

« 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.

« 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'Etat 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. A 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'Etat 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'Etat dans le département ou au préfet de police sont remplacées par la référence au Haut-commissaire de la République. »