



N° 3546

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958  
TREIZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 juin 2011.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI, *modifié par le Sénat en deuxième lecture*, relatif aux **droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge**,

PAR M. Guy LEFRAND,

Député.

---

---

Voir les numéros :

*Assemblée nationale* : 1<sup>ère</sup> lecture : **2494, 3116, 3189** et T.A. **623**.  
2<sup>ème</sup> lecture : **3440, 3445** et T.A. **670**.  
3<sup>ème</sup> lecture : **3543**

*Sénat* : 1<sup>ère</sup> lecture : **361, 477, 487, 488 rect.** et T.A. **118** (2010-2011).  
2<sup>ème</sup> lecture : **566, 589, 590** et T.A. **144** (2010-2011).



## SOMMAIRE

---

|   | Pages |
|---|-------|
| <b>INTRODUCTION</b> .....   | 5     |
| <b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....   | 9     |
| <b>I.- DISCUSSION GÉNÉRALE</b> .....  | 9     |
| <b>II.- EXAMEN DES ARTICLES</b> .....   | 11    |
| <b>TITRE II SUIVI DES PATIENTS</b> .....  | 11    |
| <i>Article 3 bis</i> (article L. 3213-9-1 [nouveau] du code de la santé publique) :<br>Introduction d'un second avis psychiatrique pour le maintien en<br>hospitalisation complète sur décision du représentant de l'État ..... | 11    |
| <b>TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES</b> .....  | 15    |
| <i>Article 6</i> : Organisation de la prise en charge psychiatrique.....  | 15    |
| <b>TABLEAU COMPARATIF</b> .....   | 17    |



Mesdames, Messieurs,

Alors que nous entamons la troisième lecture du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, seuls deux articles restent encore en navette :

– **l'article 3 bis**, un nouvel article introduit en deuxième lecture au Sénat, par un amendement du Gouvernement visant à mettre le texte en conformité avec la décision QPC du Constitutionnel du 9 juin 2011 ;

– et **l'article 6**, également modifié en séance au Sénat par un amendement du groupe socialiste afin de préciser l'organisation territoriale des soins psychiatriques.

Si cette dernière disposition appelle peu de commentaires, il n'en va pas de même de l'article 3 bis et de la décision du Conseil constitutionnel qui est à l'origine de l'amendement déposé par le Gouvernement. L'exposé sommaire de celui-ci souligne, en effet, qu'il « *tire les conséquences de cette jurisprudence en prévoyant une disposition à caractère général imposant que, dans tous les cas où intervient un désaccord entre le psychiatre et le représentant de l'État et quel qu'en soit le moment, la mesure d'hospitalisation complète ne puisse être maintenue qu'au bénéfice d'un réexamen psychiatrique devant lui-même conclure au bien-fondé de la mesure. À défaut, le représentant de l'État devra en tirer les conséquences, soit en prononçant la mainlevée de la mesure, soit en ordonnant une mesure de soins ambulatoires* ».

La simple lecture de cet argumentaire permet de comprendre que la décision du Conseil constitutionnel pose plusieurs difficultés, qu'il eût été loisible au législateur d'étudier plus longuement avant de devoir en transposer les principes dans la loi. Le Conseil constitutionnel n'ayant cependant pas jugé bon de prolonger le délai qu'il avait lui-même laissé au Parlement dans sa décision QPC de novembre 2010 pour mettre les dispositions actuelles du code de la santé publique en conformité avec sa jurisprudence, délai qui expire le 1<sup>er</sup> août 2011, le Parlement est aujourd'hui contraint de légiférer sous la pression du juge constitutionnel sans disposer d'aucun délai de réflexion. Il est regrettable que les parlementaires soient placés dans cette situation, préjudiciable au bon fonctionnement de nos institutions.

Sur le fond, la décision du Conseil constitutionnel du 9 juin dernier soulève plusieurs interrogations vis-à-vis des principes de l'hospitalisation d'office, en général, et vis-à-vis des dispositions introduites par **l'article 3 du projet de loi, qui fixe désormais les modalités d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État**.

La décision du 9 juin indique que, lorsqu'un psychiatre estime que l'hospitalisation sous contrainte n'est plus nécessaire, seul un autre avis d'un psychiatre rendu à bref délai infirmant le premier avis peut permettre de maintenir le patient en hospitalisation. En revanche, si le second avis confirme le premier, le préfet doit mettre fin à l'hospitalisation. Cette décision ébranle les fondements de l'hospitalisation d'office, le préfet ayant jusqu'à présent le dernier mot, quelles que soient les propositions du psychiatre, qu'il s'agisse de la levée de la mesure de soins ou de la transformation d'une hospitalisation complète en mesure de soins ambulatoires. Cette prééminence du préfet n'avait d'ailleurs pas été remise en cause dans le cadre de la loi de 1990. Ce point aurait donc pu, à lui seul, justifier une **réflexion d'ensemble sur la philosophie de l'hospitalisation d'office, sur l'importance respective des considérations d'ordre sanitaire et des considérations d'ordre public ainsi que sur le rôle du préfet.**

• Étant donné les délais dans lesquels la discussion sur le projet de loi est enfermée, il est compréhensible que le Gouvernement n'ait pas souhaité ouvrir ce débat. Plusieurs questions se posent néanmoins.

Tout d'abord, l'article 3 aujourd'hui ne prévoit pas de deuxième avis pour confirmer la proposition d'un psychiatre ; il prévoit en revanche que si un psychiatre recommande la levée d'une mesure de soins sous forme d'hospitalisation complète (c'est-à-dire la fin d'une mesure de soins qui avait lieu à l'hôpital) et que le préfet refuse, le juge des libertés et de la détention est automatiquement saisi. Il s'agit d'une disposition introduite par l'Assemblée nationale en première lecture à l'**article L. 3213-5**.

Ensuite, l'article 3 prévoit des dispositions renforcées pour les personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) et les irresponsables pénaux :

– aux termes du **II bis de l'article L. 3213-1**, le préfet ne peut, dans leur cas, modifier la forme de prise en charge sans avis du collègue prévu à l'article L. 3211-9 ;

– et en vertu de l'**article L. 3213-8**, il ne peut ordonner la levée de la mesure de soins qu'après avis de ce même collègue et deux avis concordants d'experts.

• L'**article 3 bis** adopté pour répondre aux exigences du Conseil constitutionnel appelle plusieurs remarques.

**Sur la forme** tout d'abord :

– on signalera en premier lieu que les dispositions du chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre II de la troisième partie du code de la santé publique (qui font l'objet de l'article 3 du projet de loi) ne sont pas directement modifiées mais qu'elles sont complétées par un **nouvel article L. 3213-9-1** qui en modifie néanmoins la portée ;

– cet article L. 3213-9-1 ne se réfère que peu ou pas aux autres dispositions du chapitre III et ne règle pas de manière très claire la question de sa **coordination** avec les dispositions des articles L. 3213-1, L. 3213-5 et L. 3213-8 ;

– on notera toutefois que l'article L. 3213-11 renvoie à un **décret** en Conseil d'État pour déterminer autant que de besoin les modalités d'application du chapitre III : on peut donc espérer qu'un certain nombre de précisions soient apportées par ce biais.

*Sur le fond*, ensuite, l'article 3 *bis* propose une lecture de la jurisprudence du Conseil constitutionnel qui se situe dans la droite ligne de l'interprétation faite par le Gouvernement de la décision QPC de novembre 2010. Il vise à la fois les cas où le psychiatre considère que l'hospitalisation (c'est-à-dire la mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète), n'est plus nécessaire, et les cas où le psychiatre propose une modification de la forme de prise en charge pour passer d'une hospitalisation complète à une prise en charge ambulatoire. Quant à la levée de l'hospitalisation, celle-ci est interprétée comme pouvant s'apparenter soit à la levée pure et simple de la mesure de soins soit à la modification de la forme de prise en charge du patient, le choix étant laissé à l'appréciation du préfet qui conserve ainsi une certaine marge de manœuvre. Rappelons toutefois qu'en cas de modification de la forme de prise en charge, le programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Enfin, l'avis du second psychiatre doit être rendu dans un délai maximal de 72 heures, afin de respecter la notion de « *bref délai* ».

**Il semblerait donc que les dispositions prévues au premier alinéa de l'article L. 3213-9-1 soient à même de répondre aux exigences du Conseil constitutionnel.**

**Demeurent néanmoins la question de leur compatibilité avec les autres dispositions du chapitre III et en particulier celles de l'article L. 3213-5.**

- La ministre a déclaré en séance au Sénat que les dispositions de l'article L. 3213-9-1 « *complètent le principe de saisine automatique du juge des libertés et de la détention, déjà prévu dans le texte* », estimant que le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention n'aurait lieu qu'en cas d'avis divergents des deux psychiatres et que le préfet maintient la mesure de soins.

Dans la rédaction actuelle du projet de loi, rien ne permet toutefois de penser que la saisine du juge n'ait lieu qu'après le deuxième avis de psychiatre. En **l'absence de disposition de coordination entre les deux articles**, lorsqu'un psychiatre proposera à l'avenir la levée d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète qu'un préfet refusera, **le directeur de l'établissement de santé serait en principe tenu d'activer deux procédures parallèles** : saisir un second psychiatre pour avoir un nouvel avis et, dans le même temps, saisir le juge des libertés et de la détention.

• Enfin, s’agissant du deuxième alinéa de l’article L. 3213-9-1, il concerne les **personnes déclarées pénalement irresponsables ainsi que celles séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD)**. Dans leur cas, **la jurisprudence du Conseil constitutionnel ne s’applique que dans une mesure limitée**, le dernier alinéa se bornant en effet à préciser que le préfet lève la mesure de soins ou la transforme en soins ambulatoires « *si chacun des avis et expertises prévus à l’article L. 3213-8 constate que la mesure n’est plus nécessaire* ». De ce point de vue, ce ne sont donc **pas un mais trois avis de confirmation qui sont nécessaires**. Comme l’indique toutefois l’exposé sommaire de l’amendement gouvernemental, ces personnes « *sont dans une situation différente et font l’objet de dispositions spécifiques* » : c’est effectivement le raisonnement sur lequel repose le projet de loi, considérant qu’il existe un intérêt général suffisant justifiant un traitement particulier de ces deux catégories de patients. On peut toutefois s’interroger sur la compatibilité entre la production de ces différents avis et l’**impératif de réexamen de la situation des intéressés « à bref délai** », sauf à considérer que cette exigence constitutionnelle ne s’applique pas non plus à ces patients.

En conclusion, si le choix opéré par le Gouvernement dans l’urgence de ne pas rouvrir le débat sur l’article 3 tout en introduisant par le biais d’un article additionnel une nouvelle disposition modifiant la portée de cet article ne peut que susciter des réserves, force est de constater que **le Conseil constitutionnel a placé le Parlement dans une situation impossible où il ne peut qu’apporter son soutien à cette disposition qui a pour objet de conformer le projet de loi à la Constitution**. C’est pourquoi, en dépit des réserves que l’on peut émettre sur les dispositions restant en discussion, votre rapporteur vous demande de bien vouloir adopter le texte transmis par le Sénat sans modification.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

*La Commission examine, en troisième lecture, sur le rapport de M. Guy Lefrand, le présent projet de loi au cours de sa séance du mardi 21 juin 2011.*

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Le Gouvernement a pris la décision de ne pas convoquer la réunion d'une commission mixte paritaire sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Nous l'examinons donc en troisième lecture.

La semaine dernière, le Sénat n'a apporté que deux modifications au texte adopté par l'Assemblée nationale. Ne restent donc en discussion que deux articles : un nouvel article 3 *bis* introduit à l'initiative du Gouvernement et l'article 6 modifié à l'initiative du groupe socialiste du Sénat.

Nous ne sommes saisis d'aucun amendement.

*Après intervention du rapporteur, plusieurs commissaires sont intervenus dans la discussion générale.*

**M. Serge Blisko.** Je félicite le rapporteur pour la franchise de son exposé.

Avant même de savoir que le Conseil constitutionnel était saisi d'une nouvelle question prioritaire de constitutionnalité – il est d'ailleurs ennuyeux qu'une décision relative à une question prioritaire de constitutionnalité tombe quasi systématiquement au moment de l'examen d'un projet de loi s'y rapportant – nous avons déjà attiré l'attention sur le fait que l'avis du préfet et celui du psychiatre risquaient un jour ou l'autre d'entrer en conflit.

Je suis satisfait de la rédaction de l'alinéa 2 de l'article 3 *bis*, qui me semble équilibrée : il est prévu, pour les cas difficiles, de recueillir l'avis de deux psychiatres plutôt qu'un – même s'il sera parfois difficile de faire appel à deux psychiatres en moins de 72 heures !

Nous sommes néanmoins partagés sur la façon dont on fera la différence parmi les patients en unités pour malades difficiles (UMD) entre les cas les plus lourds et les autres, car toutes les personnes en UMD ne sont pas dangereuses. Elles sont loin d'être toutes des meurtriers en puissance ! Il s'agit plutôt de personnes qui refusent de prendre leur traitement, refus qui fait parfois partie de leur maladie.

Le texte tel qu'il a été modifié est désormais plus équilibré, mais le dispositif sera complexe à mettre en œuvre, avec un important risque de contentieux, ce qui me laisse dubitatif.

Pourquoi ne pas suggérer au ministère de la santé de rédiger d'ici le 1<sup>er</sup> août, avec votre aide, monsieur le rapporteur, un *vademecum* pour nos confrères

psychiatres des hôpitaux qui s'interrogent déjà sur la mise en œuvre de la future loi ? On m'a même demandé d'intervenir dans un hôpital pour la présenter aux psychiatres !

**M. Vincent Descoeur.** J'ai compris en écoutant le rapporteur qu'il est contre la forme que prend cette troisième lecture, qu'il est réservé sur le fond du texte, mais qu'il n'y a pas d'autre issue. Si la rédaction de l'article 3 *bis* présente des contradictions, je rejoins l'idée du « mode d'emploi » proposée par Serge Blisko.

**M. Jean-Luc Prél.** Sans revenir sur l'intégralité du projet de loi, je m'étonne que la question soulevée par le Conseil constitutionnel n'ait pas été traitée en amont par le rapporteur, que je pensais être le fils spirituel de M. Jean-Louis Debré.

Concernant le problème de coordination posé par l'article 3 *bis*, rédigé en réponse au Conseil constitutionnel, pourquoi le rapporteur n'a-t-il pas proposé un amendement ? Nous nous apprêtons à voter le texte du Sénat sans modification, ce qui va poser demain de vraies difficultés. Une commission mixte paritaire aurait permis de discuter de ces dispositions dans de meilleures conditions.

**Mme Michèle Delaunay.** Les directeurs d'hôpitaux spécialisés de ma région estiment que l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions au 1<sup>er</sup> août ajoutera une nouvelle difficulté à celles auxquelles ils sont déjà quotidiennement confrontés. N'existe-t-il pas un moyen d'en différer la date ?

**M. le rapporteur.** La date du 1<sup>er</sup> août a été imposée par le Conseil constitutionnel, il faut donc travailler très rapidement, ce que je regrette. Il n'est pas facile de tirer les conséquences d'une décision sur une question prioritaire de constitutionnalité quelques jours avant la réunion prévue d'une commission mixte paritaire, surtout quand elle a des implications sur l'ensemble du projet de loi en discussion. L'amendement adopté par les sénateurs répond à la nouvelle exigence posée par le juge constitutionnel mais crée des difficultés : je crois même que nous devons de nouveau travailler sur cette question dans quelques mois, ou quelques années, sauf si les décrets, qui doivent pour la plupart être également publiés avant le 1<sup>er</sup> août, répondent à nos interrogations.

Pour répondre à Serge Blisko, la technicité du texte exige en effet du secrétariat général du ministère de la santé la rédaction d'un *vademecum* explicatif. Je crois qu'ils y travaillent déjà.

Monsieur Prél, ce sont les difficultés que soulèvent le fonctionnement du Conseil constitutionnel et le fait de devoir légiférer sous la contrainte sans aucune marge de manœuvre qui provoquent mon inquiétude, sans remettre en question le profond respect que je porte à Jean-Louis Debré, mon inspirateur en politique.

**M. le président Pierre Méhaignerie.** Il nous reste à espérer que les décrets d'application permettront de répondre à nos inquiétudes et à nos interrogations.

## II.- EXAMEN DES ARTICLES

### TITRE II SUIVI DES PATIENTS

#### *Article 3 bis*

(article L. 3213-9-1 [nouveau] du code de la santé publique)

#### **Introduction d'un second avis psychiatrique pour le maintien en hospitalisation complète sur décision du représentant de l'État**

Le présent article propose d'introduire au sein du chapitre III du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique un nouvel article L. 3213-9-1, afin de tenir compte de la décision n° 2011-135/140 du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011.

#### **La décision QPC n° 2011-135/140 et ses implications sur le texte en discussion**

Statuant conjointement sur deux questions prioritaires de constitutionnalité relatives à la procédure d'hospitalisation d'office, le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution les articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du code de la santé publique, en fixant au 1<sup>er</sup> août 2011 la date de prise d'effet de cette déclaration d'inconstitutionnalité. Les motifs invoqués dans la décision concernent la **possibilité pour le préfet de maintenir un patient en hospitalisation d'office dans l'hypothèse où un certificat médical établi par un psychiatre ne confirme pas la nécessité des soins**. Le juge constitutionnel estime en effet qu'en l'absence d'un « *réexamen à bref délai de la situation de la personne hospitalisée permettant de s'assurer que son hospitalisation est nécessaire* », les dispositions invoquées méconnaissent les exigences tirées de l'article 66 de la Constitution.

La décision du Conseil constitutionnel impose ainsi *a minima* d'introduire dans la procédure d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, telle qu'elle résulte de l'article 3 du présent projet de loi, un second avis médical pour tous les cas dans lesquels le préfet décide de ne pas suivre les recommandations d'un psychiatre qui estimerait que la mesure de soins sous forme d'hospitalisation complète n'est plus nécessaire (proposition de levée de la mesure de soins ou de modification de la forme de prise en charge).

Il convient ici de rappeler que **la question du désaccord entre le psychiatre et le préfet dans le cadre de la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement n'avait pas été ignorée par le Parlement**. Lors de l'examen du projet de loi en première lecture, notre commission des affaires sociales avait en effet proposé l'instauration d'une **saisine systématique du juge des libertés et de la détention**. Si notre assemblée a finalement adopté une rédaction légèrement en retrait, ne concernant que les désaccords portant sur la levée d'une mesure de soins sous forme d'une hospitalisation complète, du moins la solution avancée avait-elle pour avantage de respecter les compétences de chacun des protagonistes et de **préserver la cohérence interne de la procédure d'hospitalisation d'office**.

La décision du Conseil constitutionnel remet, en effet, profondément en question la compétence aujourd'hui reconnue au préfet pour décider du bien-fondé d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement reposant à la fois sur des considérations d'ordre sanitaire et d'ordre public. Le préfet doit-il avoir compétence liée comme le directeur d'établissement dans le cadre d'une admission en soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ? Serait-ce nécessaire de maintenir la compétence du préfet dans ce cas ? Les considérations d'ordre public ont-elles encore leur place dans un dispositif où la logique sanitaire doit l'emporter quoi qu'il arrive ?

Le choix fait par le Gouvernement, dicté par l'urgence d'achever au plus vite la réforme des soins psychiatriques qui doit être opérationnelle le 1<sup>er</sup> août prochain, de ne pas rouvrir le débat sur les dispositions de l'article 3 du projet de loi laisse néanmoins un certain nombre de questions en suspens, sur lesquelles il faudra bien cependant, tôt ou tard, que le Parlement se prononce.

L'article L. 3213-9-1 ne comporte que deux alinéas, le premier de portée générale, le second centré sur le cas des personnes séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) ainsi que des personnes admises en soins après avoir été déclarées pénalement irresponsables.

### **1. Le principe d'un second avis psychiatrique en cas de désaccord entre psychiatre et préfet**

Comme l'indique l'exposé sommaire de l'amendement introduit au Sénat par le Gouvernement, le premier alinéa tend à prévoir une « *disposition à caractère général* » imposant que, dans tous les cas où intervient un désaccord entre le psychiatre et le préfet, à quelque moment que ce soit, la mesure d'hospitalisation complète ne puisse être maintenue que si elle est confirmée par un second avis psychiatrique concluant à la nécessité de cette mesure. À défaut, le représentant de l'État doit en tirer les conséquences et soit prononcer la levée <sup>(1)</sup> pure et simple de la mesure de soins, soit modifier la forme de prise en charge du patient pour passer d'une hospitalisation complète à une prise en charge sous une autre forme incluant des soins ambulatoires (2<sup>o</sup> de l'article L. 3211-2-1).

Du point de vue de la procédure, signalons qu'il appartient au directeur de l'établissement de « *demande l'examen du patient par un deuxième psychiatre* » sans qu'il soit précisé s'il doit s'agir d'un psychiatre de l'établissement de l'accueil (ce devrait néanmoins être le cas dans la mesure où, contrairement au préfet, le directeur d'établissement ne s'est pas vu reconnaître par le projet de loi la faculté de recourir à des experts psychiatriques). Afin de satisfaire l'exigence d'un réexamen à bref délai, le second psychiatre, choisi par le directeur de l'établissement, dispose de **72 heures** pour rendre son avis. Ce délai court en outre à compter de la décision du représentant de l'État. On notera enfin que le texte se réfère à un **examen du patient suivi d'un avis** et non d'un certificat médical, ce qui ne correspond pas à la distinction traditionnelle entre avis et certificat.

---

(1) L'article L. 3213-9-1 utilise la notion de mainlevée, qui n'est pourtant mentionnée dans le reste du projet de loi que dans le cadre de la procédure judiciaire.

Soulignons enfin que les dispositions de cet alinéa ne peuvent se lire indépendamment des dispositions qui les précèdent et qui font l'objet des articles :

– **L. 3213-1** (conditions d'admission en soins, certificats médicaux établis pendant la période d'observation et de soins initiale et décision du préfet à l'issue de ce délai quant à la forme de prise en charge),

– **L. 3213-3** (certificats médicaux établis au bout d'une semaine puis tous les mois et décision du préfet quant à la forme de prise en charge),

– **L. 3213-4** (décision de maintien en soins pour une durée de trois mois dans les trois jours précédant la fin du premier mois d'admission en soins et, le cas échéant, décision sur la forme de prise en charge) ;

– et **L. 3213-5** (saisine automatique du juge des libertés et de la détention en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet sur la levée de la mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète).

L'article 3 du projet de loi ayant été adopté conforme en deuxième lecture par le Sénat, **aucun de ces articles ne renvoie cependant pour son application au nouvel article L. 3213-9-1.**

S'agissant plus précisément de l'application combinée des articles L. 3213-5 et L. 3213-9-1, plusieurs questions se posent sur la mise en œuvre de la **double procédure** qui en résulterait. On peut en effet douter du fait que les dispositions de l'article L. 3213-9-1 viendront d'elles-mêmes s'intercaler dans la procédure prévue à l'article L. 3213-5 de sorte que celle-ci ne s'applique, le cas échéant, qu'une fois le deuxième avis de psychiatre rendu. S'il n'est pas exclu que des décisions puissent être apportées par **décret**, en l'état actuel des textes, en cas de désaccord sur la levée d'une mesure de soins sous forme d'hospitalisation complète, le directeur de l'établissement d'accueil sera à la fois tenu de saisir un second psychiatre pour avis et de saisir le juge des libertés et de la détention.

À supposer que le second psychiatre confirme l'avis du premier, et que le préfet prononce la levée de la mesure de soins ou sa transformation en soins ambulatoires, qu'advient-il de la saisine du juge ? En revanche, si le second psychiatre ne confirme pas l'avis du premier et que l'hospitalisation complète est maintenue, le juge devrait vraisemblablement rester saisi. Toutefois, le contentieux se déplace alors d'un désaccord entre le psychiatre et le préfet, c'est-à-dire entre la logique sanitaire et la logique sécuritaire, entre lesquelles le juge doit trancher en tant que gardien des libertés individuelles, à un désaccord entre deux psychiatres : est-ce bien le rôle du juge que d'intervenir dans ce cas ?

Enfin, au-delà des difficultés concrètes de mise en œuvre que risquent de susciter ces dispositions, on peut s'interroger sur l'intérêt de maintenir les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3213-5 dans le nouveau contexte créé par la décision du Conseil constitutionnel.

## **2. Une mise en œuvre adaptée aux cas des personnes séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles et des irresponsables pénaux**

Le deuxième alinéa de l'article L. 3213-9-1 se borne à prévoir une mise en œuvre limitée de la décision du Conseil constitutionnel pour les catégories de patients jugés potentiellement les plus dangereux et pour lesquels un certain nombre de précautions sont prévues tout au long du projet de loi.

On notera à cet égard que si le préfet n'est pas tenu de suivre les avis des psychiatres quant à la levée de la mesure de soins et à la modification de la forme de prise en charge, son initiative propre est également encadrée par une procédure spécifique. Ainsi, les dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3213-4 (dans sa rédaction issue de l'article 3 du projet de loi), qui prévoient que « *le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à une mesure des soins (...) après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient* », ne sont pas applicables dans le cas des personnes déclarées pénalement irresponsables et des personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD. Au contraire, l'article 3 prévoit pour ces dernières la mise en œuvre d'une **procédure d'avis renforcée** :

– aux termes du **II bis de l'article L. 3213-1**, le préfet ne peut modifier la forme de prise en charge sans l'avis du collège prévu à l'article L. 3211-9 ;

– et en vertu de l'**article L. 3213-8**, il ne peut ordonner la levée de la mesure de soins qu'après avis de ce même collège et deux avis concordants d'experts.

Le deuxième alinéa de l'article L. 3213-9-1 n'entend pas déroger à ces procédures spécifiques et prévoit en conséquence qu'elles devront être respectées, y compris dans le cas envisagé par le Conseil constitutionnel. Ainsi, lorsqu'un psychiatre proposera de lever une mesure de soins ou de modifier la forme de prise en charge d'un patient et que le préfet refusera, **les avis mentionnés à l'article L. 3213-8<sup>(1)</sup> se substitueront à l'avis du second psychiatre prévu au premier alinéa** : si l'un de ces avis est négatif, la mesure de soins pourra être maintenue.

Il convient à cet égard de noter que la procédure de modification de la prise en charge est plus restrictive dans le cas où un psychiatre est à l'origine de la proposition et qu'elle a été refusée par le préfet que dans celui où le préfet en a pris l'initiative : dans le second cas, en effet, le préfet décide simplement après avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ; dans le premier, c'est la procédure prévue à l'article L. 3213-8 concernant la levée de la mesure de soins qui finalement s'applique (avis du collège et deux avis concordants d'experts psychiatres).

---

(1) Contrairement à la mention figurant au deuxième alinéa de l'article L. 3213-9-1, l'article L. 3213-8 fait uniquement référence à des avis et non à des « avis et expertises ».

Enfin, signalons qu'il n'est aucunement fait mention des **délais** dans lesquels ces consultations doivent avoir lieu et qu'il est peu probable que celles-ci puissent être organisées « à bref délai ».

\*

La Commission **adopte** l'article 3 *bis sans modification*.

### TITRE III DISPOSITIONS DIVERSES

#### *Article 6*

#### **Organisation de la prise en charge psychiatrique**

L'article 6 vise à tenir compte dans l'organisation de la lutte contre les maladies mentales (titre II du livre II) des nouvelles dispositions introduites par les articles 1<sup>er</sup> à 3 du projet de loi et à rénover en conséquence les dispositions relatives aux établissements de santé et à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Lors de l'examen du projet de loi en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, un seul amendement de fond a été adopté à cet article proposant une **nouvelle rédaction de l'article L. 3222-1 du code de la santé publique**, afin de mieux articuler la mission de service public d'accueil des personnes en soins psychiatriques sans consentement avec les secteurs psychiatriques (**1° AB**). C'est sur cet article que porte l'amendement adopté en deuxième lecture au Sénat sur l'article 6 qui explique que l'article 6 soit encore en discussion.

Comme indiqué lors des débats en commission des affaires sociales où le 1° AB a été introduit sur proposition de votre rapporteur, l'objectif poursuivi était notamment de « *mettre en cohérence les territoires de santé tels que définis par la loi HPST [Hôpital, patients, santé et territoires] et les secteurs psychiatriques existants, qui ont fait la preuve de leur efficacité (...) en permettant aux secteurs de continuer d'exister tout en s'intégrant dans le cadre des territoires de santé* ».

Dans sa version actuellement en vigueur, l'article L. 3222-1 confie au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) la responsabilité de désigner, après avis du préfet, un ou plusieurs établissements chargés d'assurer la mission de service public d'accueil des malades en soins psychiatriques sans consentement dans chaque département. Cet article est entièrement réécrit et se compose désormais de trois alinéas :

– le premier alinéa reprend les dispositions précitées, tout en précisant, d'une part, que le ou les établissements chargés de la mission de service public sont des **établissements « autorisés en psychiatrie »** et, d'autre part, en indiquant que ceux-ci sont désormais désignés non plus par département, mais par **territoire de santé**. Rappelons que ces territoires peuvent être infrarégionaux, régionaux ou

interrégionaux. Aux termes de l'article L. 1343-16 du code de la santé publique, ils sont définis par l'agence régionale de santé après avis du préfet de région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part, et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région ;

– le deuxième alinéa précise les modalités de mise en œuvre de la mission de service public par les établissements ainsi désignés, en les autorisant expressément à recourir à des conventions. Il est en revanche exigé qu'ils assument **l'ensemble du champ de la mission** (accueil à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations) **dans le respect des principes mentionnés à l'article L. 6112-3 : égal accès aux soins, permanence des soins et respect des tarifs opposables**. Comme l'a souligné la ministre en commission, les établissements chargés de la mission de service public n'ont en effet pas le droit de sélectionner les patients et doivent offrir toute la palette de soins disponible, de l'ambulatoire à l'hospitalisation complète ;

– enfin, le troisième alinéa prévoit que la **zone géographique d'intervention** de chaque établissement est **précisée dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé** et que les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de la mission ont quant à eux vocation à être détaillés dans le projet d'établissement. C'est ce dernier point qui a été complété au Sénat par un amendement du groupe socialiste précisant que ledit projet détaille également les « *modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L. 3221-4* ». La portée de cette précision paraît limitée sur le fond dans la mesure où l'objectif de coordination était *a priori* satisfait par les dispositions introduites par notre assemblée en deuxième lecture. Elle introduit cependant une contrainte supplémentaire dans le cadre de l'élaboration des projets d'établissement. Enfin, on notera que la rédaction retenue est quelque peu maladroite. Il aurait ainsi paru plus opportun de prévoir une coordination avec les secteurs existants plutôt qu'avec la sectorisation en général et de préciser le renvoi opéré à l'article L. 3221-4 : en effet, si les secteurs psychiatriques y sont bien mentionnés, cet article ne définit pas les conditions dans lesquelles la coordination entre zone d'intervention et secteur psychiatrique pourrait avoir lieu. Votre rapporteur est donc loin de considérer que ces dispositions constituent un apport décisif au texte en discussion.

\*

La Commission **adopte** l'article 6 *sans modification*.

Elle **adopte** ensuite l'ensemble du projet de loi *sans modification*.

**En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le présent projet de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.**

## TABLEAU COMPARATIF

| Texte adopté<br>par l'Assemblée nationale   | Texte adopté<br>par le Sénat  | Texte adopté par la<br>Commission   |
|---|---|---|
| <p>Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge</p> | <p>Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge</p>   | <p>Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge</p> |
| <p>TITRE II</p> <p>SUIVI DES PATIENTS</p>   | <p>TITRE II</p> <p>SUIVI DES PATIENTS</p>   | <p>TITRE II</p> <p>SUIVI DES PATIENTS</p>   |
|   | <p><b>Article 3 bis</b></p> <p>Après l'article L. 3213-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3213-9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3213-9-1. – Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis par lequel un psychiatre de l'établissement d'accueil constate qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de soixante-douze heures après la décision du représentant de l'État dans le département, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'une mesure de soins mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1.</p> <p>« Pour les personnes mentionnées au II bis de l'article L. 3213-1, le représentant de l'État prend l'une ou l'autre de ces décisions si chacun des avis et expertises prévus à l'article L. 3213-8 constate que la mesure d'hospitalisation complète n'est plus nécessaire. »</p> | <p><b>Article 3 bis</b></p> <p>Sans modification</p>  |

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

TITRE III

**DISPOSITIONS DIVERSES**

**Texte adopté  
par le Sénat**

TITRE III

**DISPOSITIONS DIVERSES**

**Texte adopté par la  
Commission**

TITRE III

**DISPOSITIONS DIVERSES**

**Article 6**

Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° AA Après l'article L. 3221-4, il est inséré un article L. 3221-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3221-4-1. – L'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques menées par les établissements de santé mentionnés au second alinéa de l'article L. 3221-1 et par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréées en application de l'article L. 1114-1. » ;

1° AB (nouveau) L'article L. 3222-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1. – Pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'État dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public définie au 11° de l'article L. 6112 1.

« Les établissements ainsi désignés assurent, par leurs propres moyens ou par voie de convention, la prise en charge à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations des patients atteints de troubles mentaux, dans le respect des conditions mentionnées à l'article L. 6112-3.

« La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public est précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1

**Article 6**

« La zone ...

**Article 6**

Sans modification

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

signé avec l'agence régionale de santé. Son projet d'établissement détaille les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission. » ;

1° A Après l'article L. 3222-1, il est inséré un article L. 3222-1-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1-1 A. – Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes mentionnées à l'article L. 6312-2.

« Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1. » ;

1° L'article L. 3222-1-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du 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 » ;

b) Le second alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les personnes nécessitant des soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1, s'agissant des mesures prises en application du 1° du II de ce même article, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement du premier des deux certificats médicaux et la rédaction de la demande de soins prévus à ce même 1° et, s'agissant des mesures prises en application du 2° du même II, il ne peut avoir lieu

**Texte adopté  
par le Sénat**

*... mission et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique dans les conditions définies à l'article L. 3221-4. » ;*

**Texte adopté par la  
Commission**

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

qu'après l'établissement du certificat médical prévu à ce même 2°. » ;

1° bis Après le même article L. 3222-1-1, il est inséré un article L. 3222-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-1-2. – Le directeur de chaque établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 conclut des conventions avec :

« 1° Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police ;

« 2° Les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondants ;

« 3° Le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Les conventions mentionnées au premier alinéa du présent article fixent les modalités selon lesquelles leurs signataires collaborent en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1. Ces conventions prévoient également les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions par lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État modifie la forme de la prise en charge de ces personnes en procédant à leur hospitalisation complète en application, respectivement, de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. » ;

2° À l'article L. 3222-2, les références : « aux 1° et 2° » sont remplacées par la référence : « au I » ;

3° L'article L. 3222-3 est ainsi rétabli :

« Art. L. 3222-3. – Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de

**Texte adopté  
par le Sénat**

**Texte adopté par la  
Commission**

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

l'article 706-135 du code de procédure pénale peuvent être prises en charge 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 mis 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° L'article L. 3222-4 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. » ;

b) Au second alinéa, à la première phrase, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « admises en soins psychiatriques » et, à la seconde phrase, après la référence : « L. 3211-2 », est insérée la référence : « , L. 3211-2-1 » ;

5° À l'article L. 3222-5, le mot : « hospitalisations » est remplacé par le mot : « soins » et les mots : « hospitalisées en raison de troubles mentaux » sont remplacés par les mots : « admises en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

5° bis L'intitulé du chapitre III est ainsi rédigé :

« Commission départementale des soins psychiatriques » ;

6° L'article L. 3223-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3223-1. – La commission prévue à l'article L. 3222-5 :

**Texte adopté  
par le Sénat**

**Texte adopté par la  
Commission**

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

« 1° Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I<sup>er</sup> du présent livre, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, 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 en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou celles de leur conseil et examine leur situation ;

« 3° Examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale 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, à Paris, le préfet de police, ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 5° Visite les établissements mentionnés à l'article L. 3222 1, vérifie les informations figurant sur le registre prévu à l'article L. 3212-11 et au III de l'article L. 3213-1 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;

« 6° Adresse, chaque année, son rapport d'activité, dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État, au juge des libertés et de la détention com-

**Texte adopté  
par le Sénat**

**Texte adopté par la  
Commission**

**Texte adopté  
par l'Assemblée nationale**

pétent dans son ressort, au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

« 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'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

« 8° Statue sur les modalités d'accès aux informations mentionnées à l'article L. 1111-7 de toute personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I<sup>er</sup> du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.

« Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les 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 ».

**Texte adopté  
par le Sénat**

**Texte adopté par la  
Commission**

.....