



N° 1284

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 juillet 2013.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LA
PROPOSITION DE LOI *relative aux soins sans consentement en psychiatrie*,

(Procédure accélérée)

PAR M. DENIS ROBILIARD,

Député.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 1223.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES INSUFFISANCES DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011	7
A. UNE LOI AMBIVALENTE	7
1. Une loi née sous les auspices du discours d'Antony.....	7
2. La dissociation entre l'obligation de soins et leurs modalités	9
3. L'introduction d'un contrôle judiciaire systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement.....	11
B. UNE LOI DONT L'IMPACT A ÉTÉ MAL ANTICIPÉ.....	13
1. De nouvelles obligations à assumer pour les professionnels de la santé et de la justice	13
a) <i>Dans les établissements de santé</i>	13
b) <i>Dans les juridictions</i>	15
2. De nouvelles modalités de prise en charge aux conséquences incertaines	17
a) <i>Les soins sans consentement hors hospitalisation complète : une extension contestée</i>	17
b) <i>... à la mise en œuvre complexe</i>	18
3. Une réflexion inaboutie sur les modalités d'admission en soins.....	20
a) <i>Les soins sur demande d'un tiers sans tiers</i>	20
b) <i>Le rôle du préfet</i>	21
II.- UNE PROPOSITION DE LOI MODESTE MAIS INDISPENSABLE	23
A. UNE INTERVENTION PONCTUELLE ET EFFICACE	23
1. L'impossibilité d'une réforme de grande ampleur.....	23
2. ... <i>a fortiori</i> dans les délais impartis par le Conseil constitutionnel.....	25
B. DES PROPOSITIONS CONSENSUELLES POUR AMÉLIORER LA LOI DE 2011	27
1. Les principales dispositions de la proposition de loi	27
a) <i>L'encadrement d'un régime de sortie de soins spécifique pour certaines catégories de patients</i>	27
b) <i>Des délais réduits pour l'intervention du juge</i>	28
c) <i>Des modalités d'organisation des audiences plus adaptées aux personnes souffrant de troubles mentaux</i>	28

<i>d) Une clarification des dispositions applicables en cas de désaccord entre psychiatre et préfet</i>	29
<i>e) Une meilleure prise en compte de la réalité de la prise en charge psychiatrique</i>	30
2. Les améliorations introduites lors de l'examen en commission.....	30
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	33
I.- DISCUSSION GÉNÉRALE.....	33
II.- EXAMEN DES ARTICLES	47
TITRE I^{ER} RENFORCEMENT DES DROITS ET GARANTIES ACCORDÉS AUX PERSONNES EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT.....	47
Chapitre I^{er} Amélioration de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.....	47
<i>Avant l'article 1^{er}.....</i>	47
<i>Article 1^{er} (articles L. 3211-2-1, L. 3211-2-2, L. 3211-3 et L. 3211-12-5 du code de la santé publique) : Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins psychiatriques sans leur consentement ...</i>	48
<i>Article 2 (articles L. 3211-11-1 du code de la santé publique) : Autorisations de sorties de courte durée hors programme de soins</i>	53
<i>Article 3 (articles L. 3211-11-1 du code de la santé publique) : Mise en œuvre du suivi des patients pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète.....</i>	58
Chapitre II Amélioration du contrôle du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement	59
<i>Article 4 (articles L. 3211-12 du code de la santé publique) : Suppression des conditions spécifiques de mainlevée des mesures de soins des patients admis en unité pour malades difficiles et définition d'un nouveau régime de mainlevée pour les patients déclarés pénalement irresponsables.....</i>	59
<i>Article 5 (articles L. 3211-12-1 du code de la santé publique) : Réforme des modalités de contrôle systématique du juge des libertés sur les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète.....</i>	65
<i>Article 6 (articles L. 3211-12-2 du code de la santé publique) : Déroulement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention.....</i>	73
<i>Article 6 bis (article L. 3211-12-4 du code de la santé publique) : Précisions sur la procédure d'appel</i>	80
<i>Avant l'article 7</i>	81
TITRE II CONSOLIDATION DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT	82
Chapitre I^{er} Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits dans le cadre d'une mesure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	82
<i>Article 7 (articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-9 du code de la santé publique) : Simplification des procédures dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers</i>	82

<i>Article 7 bis</i> : Rapport sur la dématérialisation du registre des hospitalisations sous contrainte	87
<i>Avant l'article 8</i>	88
Chapitre II Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits et clarification des procédures applicables dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	88
<i>Article 8</i> (articles L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-5, L. 3213-7, L. 3213-8 et L. 3213-9-1 du code de la santé publique) : Clarification des procédures applicables aux personnes déclarées pénalement irresponsables et aux cas de désaccord entre psychiatre et préfet.....	88
<i>Article 9</i> (articles L. 3222-3 du code de la santé publique) : Suppression du régime légal des unités pour malades difficiles	95
TITRE III MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX	97
<i>Article 10</i> (articles L. 3214-1 et L. 3214-2 du code de la santé publique) : Réaffirmation du droit à une prise en charge psychiatrique adaptée des personnes détenues souffrant de troubles mentaux.....	97
<i>Après l'article 10</i>	99
TITRE IV DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES	101
<i>Article 11</i> (articles L. 3215-2, L. 3844-1 et L. 3844-2 du code de la santé publique) : Coordinations.....	101
<i>Après l'article 11</i>	103
<i>Article 12</i> : Entrée en vigueur des dispositions de la loi	103
<i>Article 13</i> : Gage.....	104
<i>Après l'article 13</i>	104
TABLEAU COMPARATIF	107
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	141

INTRODUCTION

I.- LES INSUFFISANCES DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

A. UNE LOI AMBIVALENTE

1. Une loi née sous les auspices du discours d'Antony

Après le meurtre d'un étudiant à Grenoble par une personne souffrant de troubles mentaux le 13 novembre 2008⁽¹⁾, le Président de la République Nicolas Sarkozy avait demandé aux ministres de l'intérieur, de la justice et de la santé de l'époque, de préparer une réforme de l'hospitalisation psychiatrique portant, notamment, sur les conditions de sortie des malades mentaux.

À l'occasion de sa visite à l'hôpital Erasme d'Antony le 2 décembre 2008, le chef de l'État avait ainsi prononcé un discours où il exposait sa conception de l'hospitalisation sous contrainte. Revenant sur les circonstances du meurtre, il avait déclaré : *« J'ai été choqué par cette affaire. Voilà une personne - le futur meurtrier - qui avait déjà commis plusieurs agressions très graves dans les murs et hors les murs ! Voilà une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties d'essai par semaine ! Et j'entends dire que rien n'indiquait que cette personne pouvait à nouveau passer à l'acte, que rien n'avait été fait pour renforcer sa surveillance ? »*. Considérant que *« ces faits divers doivent tous nous interroger sur les lacunes qu'ils peuvent révéler dans le système d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge. Surtout lorsque ces drames ne peuvent être imputés à la fatalité. »*, le Président de la République avait alors appelé de ses vœux une réforme de la prise en charge psychiatrique permettant de *« trouver un équilibre entre la protection de la société et la réinsertion du patient »* : *« Mon devoir, notre devoir, c'est aussi de protéger la société et nos compatriotes. L'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale, ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte »*.

Le Président de la République avait conclu à la nécessité de mettre en place un **plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques**, permettant de mieux contrôler les entrées et les sorties des établissements et à prévenir les fugues, grâce, entre autres, à la création de nouvelles unités fermées et de chambres d'isolement, la mise en place de dispositifs de géo-localisation des patients ou encore la création d'unités supplémentaires pour malades difficiles. Il avait enfin annoncé un **nouvel encadrement des sorties des patients**, que ce soit en sortie

(1) Le meurtrier, souffrant de schizophrénie, s'était échappé de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, dans l'Isère, où il avait été hospitalisé d'office après avoir été déclaré pénalement irresponsable à la suite d'autres agressions.

d'essai ou en sortie définitive, sur la base d'un avis rendu par un collège de trois soignants.

Cette feuille de route a trouvé sa traduction dans le projet de loi n° 2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, déposé à l'Assemblée nationale le 5 mai 2010. Ce projet de loi contenait en effet des dispositions spécifiques quant aux modalités de sortie de soins de deux catégories de patients :

– les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire qui font ou ont fait l'objet d'une **déclaration d'irresponsabilité pénale** ;

– les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État qui séjournent ou ont séjourné, pendant au moins un an, dans une **unité pour malades difficiles** (UMD).

Le projet de loi prévoyait des mesures de précaution renforcées pour ces deux catégories de malades consistant en des avis médicaux supplémentaires requis lorsqu'il est envisagé de modifier la forme de prise en charge ou de prononcer la levée des hospitalisations dont ces patients font l'objet. La portée de ces dispositions a été encadrée à l'occasion des débats parlementaires par l'introduction d'un dispositif dit de « droit à l'oubli » permettant de ne pas prendre en compte les « antécédents » des patients admis en soins sans leur consentement, c'est-à-dire les hospitalisations dont ils avaient déjà pu faire l'objet à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou incluant un séjour en UMD, lorsque ces antécédents remontaient à une période ancienne et que les mesures de soins correspondantes avaient pris fin depuis plus de dix ans.

Ce régime spécifique pour ces deux catégories de patients a néanmoins suscité une grande incompréhension parmi les personnels soignants et les associations de défense des droits des patients, et contribué à marquer durablement la loi du 5 juillet 2011 d'une connotation sécuritaire.

Or, il convient de rappeler que la HAS (Haute Autorité de santé) a réaffirmé en mars 2011, dans le cadre d'une audition publique organisée sur le thème de la dangerosité psychiatrique chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, l'« *impossibilité de conclure sur la signification du lien statistique mis en évidence entre troubles schizophréniques et violences, la démonstration d'une corrélation ou d'un risque [n'étant] pas celle d'une relation de cause à effet* ».

Les malades mentaux sont cependant victimes aujourd'hui d'une **représentation sociale associant trouble mental et violence**. Les images véhiculées par les médias, le cinéma, mais aussi les discours politiques, comme celui d'Antony, montrant la personne malade comme agressive, voire criminelle, contribuent à cette image dégradée loin, très loin, de la réalité vécue par l'écrasante majorité des malades. En effet, ainsi que le soulignait en 2011 Guy

Lefrand dans son rapport sur le projet de loi précité⁽¹⁾, « *la réalité, c'est que les personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la population générale (hors personnes sans domicile fixe) sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, 130 fois plus victimes de vols et ont 25 ans d'espérance de vie en moins que leurs concitoyens. L'enquête « Samenta » (santé mentale et addictions chez les personnes sans logement), réalisée sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm) en 2009 sur Paris et la petite couronne, a montré que les schizophrènes qui vivent dans la rue sont plus souvent victimes que responsables de violences*⁽²⁾. Le rapport « *Violence et santé mentale* » (Anne Lovell, 2005), demandé par le gouvernement suite à l'assassinat de deux infirmières à Pau en 2004, a montré que seuls 2,7 % des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Enfin, selon Archives of general psychiatry, la plus importante revue psychiatrique au monde, le risque que des personnes atteintes de troubles psychiatriques commettent des actes violents est faible. Ces actes sont en général réalisés avec des facteurs associés (facteurs sociaux et biographiques : passé violent, délinquance, abus physiques, abus de substances, chômage, etc...) que l'on retrouve dans la population générale. Et si la prise de substances (alcool et drogues) est assez fréquente chez les patients atteints de pathologies psychiatriques, elles sont avant tout une « automédication », consommées dans une logique d'apaisement des souffrances, de diminution des voix, etc., rarement dans une logique de plaisir ».

2. La dissociation entre l'obligation de soins et leurs modalités

La loi du 5 juillet 2011 ne peut toutefois être cantonnée au seul aspect sécuritaire de certaines de ses dispositions, car elle comporte également un volet sanitaire très important. Elle introduit en effet une **révolution conceptuelle dans la philosophie des soins sous contrainte** en substituant la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement. Il s'agit là d'un changement de paradigme majeur visant à réduire l'enfermement à une modalité de soins parmi d'autres.

Cette évolution est issue d'une réflexion de longue date sur les modalités de soins psychiatriques sous contrainte, ayant notamment abouti à un certain nombre de propositions de réforme formulées en 2005 dans le cadre des travaux d'une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ)⁽³⁾.

(1) Rapport n° 3189 fait au nom de la commission des affaires sociales en première lecture, déposé à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

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

(3) « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 », rapport présenté par Docteur Alain Lopez et Isabelle Yeni, membres de l'IGAS, et Martine Valdes-Boulouque et Fabrice Castoldi, membres de l'IGSJ, mai 2005.

La mission avait ainsi recommandé de **passer du régime de l'hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte**, afin de dissocier l'obligation de se soigner de ses modalités. La mission jugeait en effet regrettable que le régime de l'hospitalisation sous contrainte ne permette pas de disposer de solutions variées, adaptées à la singularité de la situation de chaque patient, et ne propose pour seule réponse que l'enfermement dans un hôpital psychiatrique.

L'objectif poursuivi par la loi du 5 juillet 2011 était donc, concrètement, de favoriser l'accès à toutes les solutions thérapeutiques, tout en remédiant à la « précarité » juridique du dispositif des sorties d'essai. La mission de 2005 avait en effet également dénoncé le **dévoiemment de la pratique des sorties d'essai**, celles-ci se poursuivant, parfois pendant des années, en référence à une hospitalisation initiale déconnectée de la réalité d'une prise en charge en ambulatoire.

Guy Lefrand indiquait ainsi dans son rapport de première lecture sur le projet de loi précité : *« le premier objectif de la réforme proposée par le Gouvernement consiste à adapter la loi à l'évolution des soins psychiatriques et des thérapeutiques désormais disponibles, qui permettent désormais à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation complète. Substituer à l'hospitalisation sans consentement les soins sans consentement permet ainsi de « légaliser » la pratique actuelle des sorties d'essai sans cesse renouvelées, tout en rendant possible une meilleure adaptation des soins prodigués au patient grâce au recours à un [programme de soins] élaboré par le psychiatre et adapté à une prise en charge sous forme ambulatoire »*. Le rapporteur se félicitait notamment de la *« fin du primat de l'enfermement ou de l'internement »* et mettait en exergue plusieurs évolutions significatives dans le dispositif de prise en charge :

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

– la possibilité pour le psychiatre de proposer à tout moment, au-delà de la période d'observation, de **passer d'une prise en charge hospitalière à une prise en charge sous une autre forme** ;

– enfin, la possibilité de **réintégrer le patient** suivi en soins ambulatoires dans une structure hospitalière, **en cas de non-respect du programme de soins**.

Si cette évolution a pu être interprétée comme une extension de la contrainte hors les murs de l'hôpital – interprétation désormais clairement infirmée par le Conseil constitutionnel – telle n'était donc pas sa vocation initiale. Soulignons en outre que pour la mission IGAS/IGSJ de 2005, l'objectif était avant tout d'inciter les secteurs de psychiatrie à organiser une phase d'hospitalisation

vouée à l'observation, au traitement et à l'orientation du patient devant ensuite faciliter la recherche du consentement, mais également limiter les durées d'hospitalisation et adapter au mieux la prise en charge afin d'éviter les retours en établissement. La mission soulignait à cet égard la nécessité de développer les « actions dans la communauté » (alternatives à l'hospitalisation, interventions du secteur à domicile, accompagnement et soutien des familles, prévention et dépistage précoce, prise en charge des urgences) dans l'objectif global d'inscrire les soins sans consentement dans un « *contexte rendant moins nécessaire la contrainte, ou capable d'en atténuer le traumatisme* ». Pour indispensables que paraissent ces actions, il ne semble toutefois pas qu'elles aient systématiquement accompagné la mise en œuvre de la réforme des soins psychiatriques sans consentement, rendant de ce fait le succès des soins « hors les murs » plus aléatoire.

3. L'introduction d'un contrôle judiciaire systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement

Enfin, la loi du 5 juillet 2011 acte un renforcement sans précédent des droits des patients faisant l'objet de soins sans consentement.

Dès sa version initiale, le projet de loi prévoyait des dispositions visant à prendre en compte les recommandations émises sur la base de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, ou formulées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté, telles que la garantie d'une information régulière des patients sur leurs droits, notamment de recours, et sur leur état de santé ainsi que le recueil systématique de leurs observations sur les décisions les concernant. Mais ce n'est pas là la mesure principale de la loi, qui instaure par ailleurs un **contrôle systématique des mesures de soins sous forme d'hospitalisation complète par le juge des libertés et de la détention** dans les 15 jours suivant l'admission ou la réadmission en soins (en cas d'échec du programme de soins) puis tous les six mois.

Si cette disposition majeure a été introduite après le dépôt du projet de loi initial (rendant nécessaire le dépôt d'une lettre rectificative n° 3116), elle ne s'en inscrit pas moins dans une évolution de long terme visant à garantir un meilleur respect des droits des patients et à permettre à ces derniers d'exercer eux-mêmes ces droits. À cet égard, la loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981 a marqué un tournant dans le contrôle par le juge des mesures d'hospitalisation sous contrainte. Elle a en effet décidé que le juge, lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, statuerait en la forme des référés, après débat contradictoire, et donc en traitant la personne hospitalisée comme une véritable partie à un procès. Cette montée en puissance du contrôle du juge, rendue nécessaire par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme ⁽¹⁾, est donc un processus continu.

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

Un pas considérable a néanmoins été franchi avec la **décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel**. Dans cette décision, le Conseil a en effet déclaré contraires à l'article 66 de la Constitution, avec prise d'effet le 1^{er} août 2011, les dispositions du code de la santé publique permettant de maintenir une personne en hospitalisation sous contrainte au-delà de quinze jours sans l'intervention du juge judiciaire, estimant que la liberté individuelle ne pouvait être tenue pour sauvegardée que si le juge intervenait dans un délai le plus court possible. Le Conseil a également rappelé que les conditions d'admission en soins devaient permettre de garantir que l'hospitalisation n'était mise en œuvre que dans les cas où elle est « *adaptée, nécessaire et proportionnée* » à l'état du malade. Ainsi, s'il a considéré que les garanties encadrant l'entrée dans le dispositif d'hospitalisation sans consentement étaient suffisantes, le juge constitutionnel n'en a pas moins insisté sur la diversité, non seulement, des certificats requis à cet effet mais également des médecins appelés à les établir.

La transcription dans la loi des principes dégagés par le Conseil constitutionnel a ainsi eu pour corollaire de **réexaminer la question de l'allègement des exigences en matière de certificats médicaux** établis préalablement à l'admission⁽¹⁾ pour se traduire *in fine* par une augmentation considérable du nombre de certificats et d'avis produits par les psychiatres aux différents stades de la procédure d'entrée et de maintien en soins.

À cet égard, Guy Lefrand, dans son rapport précité indiquait : « *il convient de bien mesurer toutes les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel à la fois pour le système de santé (maintien du nombre de certificats requis pour l'admission en soins, production de certificats médicaux supplémentaires à échéance régulière pendant la mesure de soins, organisation matérielle des audiences et transport des patients) et pour l'organisation judiciaire (saisine automatique sur tous les cas d'hospitalisation complète, décision rendue à bref délai, etc.). Cette évolution est indispensable mais elle nécessitera, pour être effective, dans la perspective d'une mise en œuvre au 1^{er} août 2011, une mobilisation très importante des équipes soignantes et des juridictions* ». Si cette mobilisation a bien lieu, grâce au sens des responsabilités et à la grande conscience professionnelle des personnes concernées, force est de constater que l'ampleur des changements résultant de la réforme initiée par la loi du 5 juillet 2011 avait été manifestement été sous-estimée par les pouvoirs publics, faisant ainsi peser un certain nombre d'incertitudes sur son application.

(1) Le projet de loi initial prévoyait en effet, dans la continuité des recommandations du rapport de l'IGAS et de l'IGSJ de 2005 : pour les admissions en soins sans consentement à la demande d'un tiers, que la demande de soins puisse être accompagnée d'un seul certificat médical et, pour les admissions en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, que le certificat initial fondant l'intervention du préfet puisse émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du malade.

B. UNE LOI DONT L'IMPACT A ÉTÉ MAL ANTICIPÉ

1. De nouvelles obligations à assumer pour les professionnels de la santé et de la justice

a) Dans les établissements de santé

La charge administrative supplémentaire que représente pour les professionnels de santé la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 est revenue comme un leitmotiv dans les auditions menées par votre rapporteur. La lourdeur des procédures mises en place par la loi et notamment le **nombre de certificats médicaux à produire** constituent pour les psychiatres un mal d'autant plus aigu qu'il ne leur apparaît pas justifié. La plupart considèrent même qu'en s'imputant ainsi sur le temps médical, la rédaction de ces certificats nuit aux soins plus qu'elle ne constitue une garantie pour le patient. Ils doutent que ces formalités contribuent réellement à remplir l'office qui leur a été assigné par le Conseil constitutionnel : s'assurer que la mesure de soins est bien « *nécessaire, adaptée et proportionnée* » à l'état du patient. Pour beaucoup, la rédaction de ces certificats est donc vécue comme une formalité pénible ne remplissant pas son office. Quant à la **distinction entre psychiatre participant et psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient**, introduite afin d'associer un regard extérieur à celui du médecin traitant dans la rédaction de certains avis (notamment de l'avis conjoint accompagnant la saisine du juge des libertés et de la détention), de l'opinion unanime de tous les interlocuteurs rencontrés, elle ne correspond en rien à la pratique médicale qui s'articule autour d'une équipe soignante au sein de laquelle plusieurs psychiatres peuvent être amenés à connaître régulièrement ou ponctuellement du cas de certains patients.

Cette complexité, qui avait déjà été en grande partie identifiée lors de l'examen du projet de loi en 2011, a été de nouveau soulignée dans le rapport d'application de Guy Lefrand et Serge Blisko ⁽¹⁾ amenant ses auteurs à recommander la création d'un groupe de travail *ad-hoc*.

En outre, cette charge supplémentaire s'inscrit dans un contexte où les données de la **démographie médicale** font état d'une baisse continue du nombre de psychiatres. Si la psychiatrie est la spécialité médicale qui concentre le plus de professionnels sur le territoire, elle n'en est pas moins affectée par les maux qui touchent toutes les professions médicales, comme le vieillissement constant des médecins et des difficultés pour pourvoir les postes vacants au sein des hôpitaux. La baisse attendue des effectifs de psychiatres devrait ainsi atteindre 36 % entre 2002 et 2025 d'après les évaluations faites en 2007 par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) ⁽²⁾. Notons que cette baisse devrait également toucher les experts psychiatres dont le nombre est déjà notoirement insuffisant. Enfin, le constat est par ailleurs dressé d'une pénurie

(1) Rapport d'information n° 4402, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012.

(2) « La prise en charge de la santé mentale », 2008.

d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, dont le corps est en voie d'extinction depuis 1992. Ces problèmes d'effectifs se doublent en outre d'une inégale répartition des moyens de prise en charge sur le territoire : le nombre de psychiatres, en équivalents temps plein pour 100 000 habitants, peut ainsi varier de 7,3 à 16,1 selon les secteurs ⁽¹⁾.

Au-delà du seul personnel médical, la charge de travail mais également la responsabilité des personnels administratifs, et en particulier des directeurs d'hôpitaux, se sont également accrues avec la loi du 5 juillet 2011. Qu'il s'agisse des formalités d'admission en soins, de maintien en soins, de transformation des modalités de soins, de transmission des informations nécessaires au préfet, de constitution des dossiers à envoyer au greffe du tribunal de grande instance, les procédures sont lourdes et complexes et **toute erreur formelle ou tout manquement aux délais prescrits par la loi peut désormais être sanctionné**, lors du contrôle systématique du juge, par la mainlevée de la mesure de soins.

Enfin, il ne faut pas oublier le rôle joué également par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre du contrôle judiciaire des mesures de soins décidées par le représentant de l'État dans le département. À l'interface du préfet, du juge et des établissements psychiatriques, les ARS sont chargées de préparer les dossiers de saisine du juge des libertés et de la détention et de préparer et notifier les décisions préfectorales : il s'agit là d'une charge exclusivement administrative assumée par les ARS pour le compte des préfets, sans lien avec le reste de leurs missions (pas d'impact en termes de régulation ou d'offre de soins). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle votre rapporteur s'interroge sur la **pertinence d'un tel circuit administratif**, alors même que la question du respect des délais revêt un enjeu crucial dans la procédure judiciaire.

Alors que l'étude d'impact du projet de loi n° 3116 ne retenait comme charge supplémentaire pour les établissements de santé que les coûts résultant directement de l'organisation de l'audience (par visioconférence ou avec déplacement au tribunal) et de la consultation du collège, pour un montant maximal de 24 millions d'euros, une estimation conjointe des fédérations hospitalières (FHF, ADESM, FEHAP), des associations d'usagers et de familles de patients (UNAFAM, FNAPPSY) ainsi que de la Conférence des présidents de conférences médicales d'établissement (CME) des établissements de santé mentale, réalisée en novembre 2011, chiffrait quant à elle à 50 millions d'euros le coût total de la loi du 5 juillet 2011 ⁽²⁾.

(1) « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale », *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40, n° 3, 2009/07-09.

(2) *Courrier au ministre chargé de la santé en date du 15 décembre 2011, citée dans la note « Quelques repères pour la psychiatrie publique » note de Guillaume Pradalié et Piero Chierici. publiée par Terra Nova, 21 septembre 2012.*

b) Dans les juridictions

Pour mettre en œuvre la loi du 5 juillet 2011, les chiffrages exposés dans l'étude d'impact du projet de loi n° 3116 évaluaient les besoins globaux en effectifs des services relevant du ministère de la justice comme suit :

- magistrats : entre 77,71 et 80,63 équivalents temps plein travaillé (ETPT) ;
- fonctionnaires de catégorie B : entre 59,53 et 61,61 ETPT ;
- fonctionnaires catégorie C : entre 7,62 et 7,82 ETPT.

C'est cependant à **moyens constants** que les personnels relevant de ce ministère – magistrats et greffiers – ont dû faire face au surcroît d'activité représentée par la mise en œuvre de la loi. En février 2012, dans leur rapport d'application sur le texte, Guy Lefrand et Serge Blisko avaient cependant alerté le Gouvernement de l'époque sur la gestion à flux tendu du contentieux de l'hospitalisation sous contrainte : « *La plupart des personnes auditionnées par vos rapporteurs, et notamment les syndicats de magistrats, ont souligné que les efforts initialement et temporairement consentis pour faire en sorte que la loi soit appliquée, ne pourraient perdurer durablement sans moyens nouveaux* ».

Ils indiquaient à cet égard que les concours exceptionnels de greffiers et de magistrats mis en place par le ministère de la justice pour assurer la mise en œuvre de la loi n'avaient pas eu le succès escompté. Tout en précisant que la tenue d'un nouveau concours exceptionnel en vue de recruter 90 magistrats susceptibles d'entrer en fonction en septembre 2013 était annoncée et que 350 magistrats devraient sortir de l'École nationale de la magistrature d'ici septembre 2015, ils déploraient « *que les juridictions doivent attendre au moins dix-huit mois supplémentaires pour voir arriver des renforts, sans qu'aucun nouveau recrutement de greffiers ne soit en outre programmé* » et concluaient que cette situation paraissait difficilement soutenable aux yeux des principaux intéressés, dans la mesure où la loi du 5 juillet 2011 avait été mise en œuvre au détriment d'autres contentieux civils dont le traitement ne pouvait plus être différé.

Ils posaient enfin la question de la **localisation des emplois**, soulignant que les tribunaux de grande instance les plus impactés par la réforme ne correspondaient pas nécessairement à de grosses juridictions. 50 % des décisions rendues depuis l'entrée en vigueur de la loi émanent en effet de 24 juridictions seulement (sur 165 tribunaux de grande instance). Et, alors que la moyenne est de 32,6 saisines par mois par juridiction (et que 50 % des juridictions n'ont eu à connaître que 21 dossiers au plus par mois dans les trois premiers mois d'application de la réforme), ces 24 juridictions ont rendu chacune entre 50 et 100 décisions par mois.

En l'absence de recrutement mais aussi eu égard, à la fois aux délais dans lesquels la loi du 5 juillet 2011 a dû être appliquée et aux oppositions qui ont

parfois pu naître parfois entre les services de la justice et ceux des établissements hospitaliers (sur le lieu des audiences notamment), les conditions de mise en œuvre de la réforme pour les magistrats ont été pour le moins difficiles. Faute de dialogue institutionnalisé entre les établissements de santé et les juridictions, les incompréhensions et les blocages autour de l'intervention du juge ont ainsi été nombreux dans les premiers mois d'application de la loi. L'Union syndicale de la magistrature (USM) va jusqu'à évoquer un « *traumatisme* » à raison de l'impréparation qui a entouré l'entrée en vigueur du texte.

Il peut cependant être précisé que la modification des délais de rétention à laquelle a procédé quasi concomitamment la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration (la décision de prolongation judiciaire de la rétention devant intervenir dans un délai de cinq jours au lieu de quarante-huit heures) a pu faciliter l'organisation du contrôle systématique des hospitalisations sous contrainte.

La situation reste encore difficile aujourd'hui, ce même syndicat soulignant lors des auditions par votre rapporteur que « *le manque de moyens rend périlleuse l'activité normale* » des juridictions. À cet égard, interrogés sur l'opportunité d'un raccourcissement des délais de saisine et des délais laissés au juge pour statuer, les syndicats de magistrats ont apporté à votre rapporteur les précisions suivantes :

– d'une part, ils considèrent que le juge devrait prendre la décision d'admission en soins sans consentement (**judiciarisation complète** du dispositif) ;

– d'autre part, à défaut d'une telle réforme, les syndicats sont dubitatifs sur l'intérêt d'un tel raccourcissement.

L'USM (Union syndicale des magistrats) considère que les services judiciaires, qui ont déjà dû appliquer à moyens constants la loi du 5 juillet 2011, ne sauraient sans moyen complémentaire faire face aux décisions supplémentaires qu'entraînerait le raccourcissement des délais de jugement et de saisine. Le syndicat rappelle ainsi que les juges des libertés et de la détention ont eu à statuer **en 2012, au plan national**, dans le cadre de **36 051 contrôles systématiques** de mesures d'hospitalisations sans consentement. Si le délai de 15 jours était ramené à cinq, on dénomberrait 61 688 hospitalisations à contrôler (soit + 41,56 %) et à 10 jours, 44 394 (+ 8 343 mesures, soit + 18,79 % par rapport au nombre actuel de décisions).

Quant au Syndicat de la Magistrature, s'il est pour sa part favorable à une diminution du délai d'intervention du juge, il s'interroge néanmoins sur la pertinence l'instauration d'un délai à dix jours : « *on peut se demander si, en prévoyant un contrôle dans un délai à peine plus court (toujours trop long au cas où cas où la mesure de contrainte serait irrégulière ou injustifiée mais à un temps où le malade en crise présente plus de risques de ne pas être encore stabilisé) sans pour autant modifier l'échéance du second contrôle, cette mesure n'est pas susceptible de priver le contrôle d'une partie de son efficacité* ».

Votre rapporteur tient à également à indiquer que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté considère pour sa part que le Conseil constitutionnel, en fixant un délai maximal de contrôle à 15 jours, a trouvé un juste équilibre entre la nécessité d'un contrôle garant de la liberté individuelle et l'aptitude du patient à se présenter à l'audience. Ces considérations sont néanmoins à mettre en regard avec les déclarations unanimes et réitérées des psychiatres entendus d'abord par la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » puis par votre rapporteur, selon lesquelles ils étaient en mesure de déterminer dans les soixante-douze heures de l'hospitalisation sous contrainte si son maintien est ou non nécessaire.

2. De nouvelles modalités de prise en charge aux conséquences incertaines

a) Les soins sans consentement hors hospitalisation complète : une extension contestée...

Si le passage de l'hospitalisation sans consentement aux soins sans consentement n'a pas été « inventé » par la loi du 5 juillet 2011 mais repose sur une réflexion préalable, argumentée, notamment dans le rapport de la mission conjointe des Inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005, cette évolution continue néanmoins de susciter de nombreuses oppositions dans le milieu médical.

Nombre de psychiatres considèrent en effet qu'elle s'apparente à une aberration théorique, les soins sans consentement supposant une contrainte susceptible de s'exercer uniquement au sein d'un établissement de santé. En mettant en place des programmes de soins, la loi du 5 juillet 2011 a ainsi créé un « **entre-deux** » **entre la contrainte exercée en hospitalisation complète et l'alliance thérapeutique consentie sur laquelle reposent les soins libres**. Si, comme l'a confirmé le Conseil constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012 (*cf. infra*), l'exercice de la contrainte est limité à la sphère hospitalière, il pèse néanmoins sur le patient en programme de soins une obligation légale et morale de respecter ce programme, obligation assortie d'une sanction : le retour éventuel en hospitalisation complète en cas d'échec. Le patient n'est donc pas en soins libres. *A contrario*, cette forme de prise en charge suppose du patient une certaine capacité d'observance⁽¹⁾ en dehors du cadre strict d'une hospitalisation à temps complet ainsi qu'une compliance aux soins prodigués⁽²⁾. La contrainte n'est donc plus de même nature et se fait moins prégnante. On comprend donc la difficulté à conceptualiser le programme de soins. Toutefois, la pratique antérieure des sorties d'essai – susceptible de se traduire par des séjours prolongés hors les murs de l'hôpital – tend à confirmer qu'une telle forme de prise en charge est non seulement possible, mais qu'elle était déjà pratiquée dans les faits antérieurement.

(1) On notera que le degré d'observance est très variable selon les pathologies mentales.

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

Il convient en revanche de souligner que l'institutionnalisation et la généralisation des prises en charge en soins sans consentement hors hospitalisation complète supposeraient *a priori* la mobilisation de moyens considérés par la mission conjointe IGAS/IGSJ comme des conditions *sine qua non* de la réussite de la réforme. Le rapport de la mission soulignait à cet égard le **manque de structures alternatives à l'hôpital** pour prendre en charge les patients. Il dénonçait également la diminution de la part des soins et interventions à domicile ou en institution substitutive au domicile dans la file active des patients souffrant de maladies mentales, passée de 30 % en 1989 à 20 % en 2000. Dans la mesure où les alternatives à l'hospitalisation sont peu développées et que les patients hospitalisés continuent de mobiliser la grande majorité des moyens, comment développer les soins sans consentement hors hospitalisation complète ?

Par ailleurs, la mise en œuvre des programmes de soins supposerait également la réalisation d'un travail important sur les conditions susceptibles de favoriser l'observance des soins. En effet, l'inobservance est déstabilisante pour les patients, elle a pour conséquences de nouvelles hospitalisations et présente au final un coût social majoré. La recherche et la qualité de **l'alliance thérapeutique** ⁽¹⁾ tout au long de la prise en charge, y compris en soins sans consentement, constitue à cet égard un enjeu majeur qui ne relève certes pas de la loi mais qui n'en constitue pas moins une exigence essentielle pour la mise en œuvre des programmes de soins qu'elle prévoit.

b) ... à la mise en œuvre complexe

Au-delà du strict plan théorique, la définition et la mise en œuvre des programmes de soins ont suscité après l'entrée en vigueur de la loi des difficultés importantes liées :

– d'une part, à la **suppression du dispositif des sorties d'essai**, rendant impératif de mettre en œuvre un programme de soins à chaque sortie ;

– d'autre part, à la **réintégration des patients en hospitalisation complète** suite à l'échec du programme, la loi ayant laissé le soin aux acteurs locaux de s'entendre pour organiser la prise en charge des patients en amont et en aval de l'hospitalisation.

Sur le premier aspect, il apparaît aujourd'hui clairement que **la suppression de tout dispositif de sortie de courte durée non accompagnée** nécessitant, à la fin de chaque sortie, de réinitialiser une procédure d'admission en soins (avec saisine du juge des libertés et de la détention dans les quinze jours) n'avait absolument pas été anticipée par le législateur. Cette suppression a cependant abouti à la création de situations extrêmement complexes, que l'on trouve décrites dans le rapport d'application sur la loi du 5 juillet 2011 de Guy Lefrand et Serge Blisko, lesquels concluent à **l'impossibilité concrète de mettre**

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

en œuvre désormais des sorties de courte durée non accompagnées, et ce en dépit de leur bienfait thérapeutique reconnu ⁽¹⁾ : « (...) dans le cas d'absences non programmées, exceptionnelles ou répétées, il appartient au médecin d'établir un programme de soins pour chacune des sorties. Cette formalité implique que de préciser l'adresse du lieu où se rend la personne, l'heure de départ de l'établissement de santé et l'heure de retour et, le cas échéant, l'existence d'un traitement médicamenteux. À l'issue de cette sortie, le patient sera à nouveau pris en charge sous forme d'hospitalisation complète, réintégration qui impose une relance à zéro de la procédure d'admission en soins puis une nouvelle saisine du juge des libertés et de la détention. Autant dire que ces dispositions ne seront jamais mises en œuvre ! ».

Sur le second point, mon prédécesseur en 2011 soulignait qu'avec l'instauration des programmes de soins, « **l'organisation de la prise en charge des malades hors hospitalisation doit être repensée, notamment dans les stades antérieurs à l'hospitalisation (gestion des crises) et dans les suites ou les alternatives à donner à l'hospitalisation** » ⁽²⁾. Le législateur a ainsi suivi les recommandations de la mission conjointe IGAS/IGSJ, qui plaidait notamment pour une meilleure gestion de la crise et du transport des malades grâce à l'instauration d'un protocole départemental définissant les modalités d'implication des services concernés et a adopté deux dispositifs, qui figurent désormais aux articles L. 3222-1-1 A et L. 3222-1-1 du code de la santé publique :

– le premier confie aux agences régionales de santé la responsabilité de coordonner la **prise en charge des urgences psychiatriques** dans le but 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 psychiatrique ;

– le second confie au directeur de chaque établissement psychiatrique la responsabilité de conclure avec le préfet, les collectivités territoriales et le directeur général de l'ARS des **conventions permettant d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des patients en programmes de soins et prévoyant les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions de réintégration en hospitalisation complète** prises par le directeur d'établissement ou le préfet. Ce dispositif renvoie cependant pour ses modalités d'application à un décret en Conseil d'État qui n'a jamais été pris.

S'il faut saluer cette tentative de poser un cadre d'intervention pour la gestion de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation, les dispositions introduites en 2011 ne paraissent pas totalement à même de répondre aux préoccupations des acteurs de terrain, dont on ignore d'ailleurs s'ils ont concrètement entrepris de les

(1) Aux termes de l'article L. 3211-11 dans sa version antérieure à l'entrée en vigueur de la loi, les sorties d'essai étaient destinées « à favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion du patient ».

(2) Extrait du rapport n° 3189 de première lecture de M. Guy Lefrand sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

mettre en œuvre. Le risque est grand, comme le soulignait la mission conjointe IGAS/IGSJ de 2005 que « *l'improvisation [continue de prendre] une part importante dans la prise de décision* » en l'absence, d'une part, de **clarification des responsabilités** de chacun et, d'autre part, de **détermination des limites** de l'intervention de chacun. Ce point est d'autant plus crucial que le Conseil constitutionnel a désormais clairement indiqué que la contrainte n'était susceptible de s'exercer sur les personnes admises en soins psychiatriques sans consentement que lorsque celles-ci sont prises en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. La question de l'exécution forcée des décisions de réadmission en hospitalisation complète et de l'autorité la plus qualifiée pour mettre en œuvre ces décisions est un sujet délicat mais qui, à force d'être éludé, place les acteurs locaux dans l'insécurité juridique alors même qu'ils agissent dans l'intérêt des patients. La généralisation des **équipes d'intervention à domicile** (équipe mobile d'intervention) qui jouent un rôle précieux dans la prise en charge des situations de crise serait sans doute la meilleure des options, mais elle a également un coût.

3. Une réflexion inaboutie sur les modalités d'admission en soins

La loi du 5 juillet 2011 avait pour mandat de réformer la loi de 1990 : elle a permis d'apporter des réponses ponctuelles à certains manques identifiés, au prix, parfois d'un certain flou juridique, tout en faisant délibérément l'impasse sur un certain nombre de sujets.

a) Les soins sur demande d'un tiers sans tiers

La mission conjointe IGAS/IGSJ de 2005 avait mis en exergue la difficulté à trouver un tiers identifiable et de bonne volonté dans le cadre des procédures d'hospitalisation sur demande d'un tiers. Cette situation, parfois contournée par le recours à des tiers « de complaisance » (membres de l'administration hospitalière par exemple), posait des problèmes pratiques d'accès aux soins qu'il convenait de résoudre. La mission conjointe considérait à cet égard que la procédure d'admission devait être complétée afin de répondre à toutes les situations de crise pouvant se présenter au directeur d'un hôpital psychiatrique, recommandant d'**inclure dans la loi un mécanisme spécifique destiné à pallier l'absence de tiers** ou à faire face à sa réticence à s'engager dans une telle procédure.

La loi du 5 juillet 2011 a ainsi créé une procédure d'admission en soins sur demande d'un tiers (SDT) « sans tiers » en autorisant, sous certaines conditions, le directeur d'établissement à prononcer l'admission d'un patient en SDT en l'absence de tiers « en cas de péril imminent » ; les deux certificats médicaux nécessaires à l'admission restent quant à eux requis. La notion de « péril imminent », utilisée préalablement pour caractériser les situations d'urgence ⁽¹⁾, a été interprétée par la Haute autorité de santé (HAS) comme un « *risque de*

(1) La procédure d'urgence permet quant à elle d'admettre un patient en soins sur demande d'un tiers, en présence dudit tiers, mais sur la base d'un seul certificat médical.

dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation »⁽¹⁾. Pour apprécier la nécessité de soins immédiats, la Haute autorité propose également de rechercher : un risque suicidaire ; un risque d'atteinte potentielle à autrui ; une prise d'alcool ou de toxique associée ; un délire ou des hallucinations ; des troubles de l'humeur ; le degré d'incurie.

Cette réforme, pensée pour garantir un réel accès aux soins, en particulier aux **personnes les plus isolées ou en grande précarité**, devait favoriser une meilleure prise en charge des patients en limitant la recherche vaine d'un tiers dans les situations rendant l'hospitalisation sans consentement indispensable et pressante. Tout en respectant les formes prescrites par la loi, il n'est toutefois pas exclu qu'un certain nombre d'admissions en soins sans consentement, qui aurait pu faire intervenir un tiers dans le dispositif antérieur, soient désormais prises selon la procédure de péril imminent, afin de pallier la réticence des tiers potentiels ou de simplifier l'admission dans un contexte d'urgence. Les syndicats de psychiatres reçus par votre rapporteur estiment à cet égard que cette procédure a rapidement pris une place importante dans le dispositif d'admission, représentant désormais 20 % des entrées en soins. S'il est logique qu'une partie des entrées en hospitalisation sur demande d'un tiers aient basculé vers cette procédure, une **évaluation** de sa mise en œuvre semble nécessaire, dans la mesure où, d'une part, cette procédure, dans l'esprit du législateur, devait rester une **procédure dérogatoire** et, d'autre part, les conditions d'admission des patients ont ensuite des répercussions non négligeables sur la mise en œuvre des soins. Le tiers joue en effet pour les psychiatres un rôle important tout au long du processus de soins et n'est pas seulement à l'initiative de celui-ci. C'est également la raison pour laquelle les psychiatres eux-mêmes doivent s'interroger sur leur propre **pratique** et les raisons qui l'ont faite évoluer dès lors qu'un nouvel outil d'admission en soins leur a été proposé (mais pas imposé) par la loi.

b) Le rôle du préfet

Il est frappant de constater à quel point les bases de la législation sur les soins psychiatriques sans consentement ont peu évolué depuis le XIX^{ème} siècle, la loi du 5 juillet 2011 n'étant que la troisième loi à intervenir globalement sur ce thème après la loi de 1838 et celle de 1990. À cet égard, la **persistance du rôle confié au préfet**, au nom de la sauvegarde de l'ordre public, a de quoi surprendre. Certes, ce rôle, initialement central, a décliné, en particulier avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a renforcé le **caractère médical de la décision** d'hospitalisation d'office, une telle mesure ne pouvant plus être prise qu'en cas d'atteinte « de façon grave » à l'ordre public. On ne peut toutefois que regretter que l'intervention du préfet n'ait pas été questionnée ni même discutée sérieusement à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins

(1) En avril 2005, la Haute autorité de santé a émis des recommandations pour la pratique clinique des modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux.

psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Certes, la maladie mentale peut conduire quelqu'un à compromettre la sécurité des personnes et à troubler l'ordre public et, comme le soulignait Edouard Couty dans son rapport remis à la ministre chargée de la santé en 2009 ⁽¹⁾, toute organisation de l'offre de santé doit proposer des dispositifs prenant en compte cette dimension : cela implique-t-il pour autant l'intervention du préfet en tant qu'autorité décidant non seulement de l'admission en soins, mais également du maintien des soins et de la forme de prise en charge des patients ?

Cette question méritait d'autant plus d'être posée en 2011 que le Conseil constitutionnel est lui-même intervenu dans le débat en posant clairement des limites aux décisions préfectorales prises en matière d'hospitalisation d'office. Au travers de sa **décision du 9 juin 2011**, le **Conseil constitutionnel** a en effet largement questionné les principes de son intervention, remettant en cause par là même les dispositions du projet de loi en cours d'examen devant le Parlement.

La décision du 9 juin indique ainsi 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. Comme l'a souligné à l'époque Guy Lefrand, cette décision **ébranle les fondements de l'hospitalisation d'office**, le préfet ayant jusqu'alors 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. Pour le rapporteur de l'époque, « *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* » ⁽²⁾.

Se refusant à engager cette réflexion, le Gouvernement avait préféré introduire des dispositions permettant de répondre ponctuellement aux exigences du Conseil constitutionnel. Ce choix n'avait cependant rien d'évident dans la mesure où l'introduction dans le code de la santé publique d'un nouvel article L. 3213-9-1 prévoyant le recours à un deuxième avis de psychiatre pour confirmer ou infirmer la proposition du premier est venue s'ajouter à la solution qui avait par ailleurs été introduite par l'Assemblée nationale en première lecture au travers du dispositif prévu à l'**article L. 3213-5**. Celui-ci impose en effet une saisine automatique du juge des libertés et de la détention lorsqu'un psychiatre recommande la levée d'une mesure de soins sous forme d'hospitalisation complète et que le préfet refuse. Si l'on considère que l'introduction de l'article L 3213-9-1 ne s'est accompagnée d'aucune mesure de coordination avec les dispositions de

(1) « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », janvier 2009.

(2) Rapport n° 3546 de troisième lecture sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, 21 juin 2011.

l'article L. 3213-5, il est difficile de considérer cette solution comme pleinement satisfaisante.

Le rapporteur Guy Lefrand le déplorait d'ailleurs en ces termes : « *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 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* ». La traduction dans la loi des principes dégagés par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 9 juin 2011 n'enlève cependant rien à la nécessité de mener à son terme cette réflexion sur l'intervention du préfet, de manière à ce que celle-ci puisse, le cas échéant, déboucher sur une réforme susceptible de trouver sa place dans une loi de santé publique.

II.- UNE PROPOSITION DE LOI MODESTE MAIS INDISPENSABLE

A. UNE INTERVENTION PONCTUELLE ET EFFICACE

1. L'impossibilité d'une réforme de grande ampleur...

Comme indiqué à la fin du chapitre précédent, il faut du temps pour mener une réflexion de grande ampleur sur les soins sans consentement tant la matière est complexe et les enjeux, au carrefour des exigences de santé publique, de libertés individuelles et du besoin de sécurité, sont forts.

Il convient de ce point de vue de faire preuve d'humilité face à la stabilité des textes qui régissent cette matière délicate et qui ont évolué sur un temps très long. Ainsi, alors que les régimes de placement « volontaire » (à la demande de la famille) et de placement d'office ont été définis au XIX^{ème} siècle, l'hospitalisation libre n'a été officiellement introduite que par une circulaire de 1951 ! Si, dans de nombreux domaines, les textes législatifs se multiplient, force est de constater que la législation relative à l'hospitalisation sous contrainte est remarquablement pérenne : avant la loi du 5 juillet 2011, seules deux grandes lois avaient contribué à façonner le dispositif applicable aujourd'hui, la loi du 30 juin 1838 et celle du 27 juin 1990. L'explication tient vraisemblablement à la **difficulté inhérente à réformer l'architecture d'un dispositif qui repose sur un équilibre délicat** entre des enjeux d'égale importance : la santé, la garantie des libertés et la sécurité. Comment faire bouger les curseurs sans remettre en cause la place relative de chacune de ces trois exigences ? Si le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport Strohl (du nom de sa présidente), publié en 1997, a osé avancer des propositions radicales sur l'organisation du dispositif français d'admission en soins psychiatriques sans

consentement, aucune n'a été mise en œuvre à ce jour ⁽¹⁾, en dépit toutefois du soutien prononcé des professionnels de santé et des magistrats en faveur d'une unification du régime d'entrée en soins actant la fin du rôle spécifique du préfet assortie d'une judiciarisation complète du dispositif.

Toutefois, si la loi du 5 juillet 2011 n'a pas bouleversé les principes qui régissent depuis 1990, voire depuis 1838, le régime des hospitalisations sous contrainte, il était difficilement concevable qu'un *aggiornamento* plus important s'incarne au travers de la présente proposition de loi. Les sujets précités (abandon du rôle du préfet, judiciarisation complète de la procédure), qui sont revenus régulièrement dans les auditions menées par votre rapporteur, nécessiteraient vraisemblablement d'être examinées dans le cadre d'assises nationales consacrées à la santé mentale ou à la santé publique. Il apparaît en effet nécessaire pour avancer sur ces questions de pouvoir s'appuyer sur un large débat et de tenter de recueillir un consensus.

Votre rapporteur tient en outre à rappeler que la **mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie »** créée par la commission des affaires sociales n'a pas achevé ses travaux et compte être une force de propositions dans la perspective du débat à venir dans le cadre du futur projet de loi de santé publique. À cet égard votre rapporteur considère que l'opposition entre les tenants d'une loi spéciale de santé mentale et les partisans de dispositions insérées dans une loi générale de santé publique ne devrait pas détourner de l'essentiel : faire de la santé mentale un sujet de santé publique à part entière.

Les besoins sont en effet criants. Sur les dix pathologies considérées comme les plus préoccupantes du XXI^{ème} siècle par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cinq sont des maladies mentales ⁽²⁾. Les troubles mentaux se classent aujourd'hui au **3^{ème} rang des maladies en termes de prévalence** : ils affectent une personne sur cinq chaque année, une sur trois si l'on regarde la prévalence sur la vie entière ⁽³⁾. Ce bilan devrait en outre s'alourdir dans les années à venir avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la morbidité générale si des mesures ne sont pas prises ⁽⁴⁾.

Or, la mise en œuvre, depuis 2002, de plans ministériels successifs dans le domaine de la santé mentale, n'a pas réussi à apporter des réponses satisfaisantes à cette situation. La Cour des comptes a d'ailleurs dressé un bilan très négatif du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, pointant ses **« médiocres résultats » en raison d'un défaut de pilotage et de l'insuffisance des moyens financiers**

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

(2) *Schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif (référence citée dans « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport présenté à la ministre chargé de la santé par M. Edouard Couty, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, janvier 2009).*

(3) *Ibid.*

(4) *Ibid.*

engagés ⁽¹⁾. Si la Cour a ainsi qualifié « *d'importants* » les financements liés à la sécurisation du parc immobilier, elle a jugé « *difficilement identifiables* » ceux destinés à la création d'emplois et « *très insuffisants* » ceux alloués à la recherche. La Cour a également dénoncé l'accentuation entre 2000 et 2010 des inégalités territoriales en équipements et services, alors même que l'un des objectifs du plan était de résorber ces inégalités. Il est donc temps de faire de la santé mentale une priorité de la santé publique et de s'interroger, plus largement, sur la prise en charge psychiatrique.

2. ... a fortiori dans les délais impartis par le Conseil constitutionnel

Indépendamment des débats de fond précédemment évoqués qu'il était difficile de trancher par le biais d'une proposition de loi, une réponse était en revanche attendue du législateur sur le point particulier des patients soumis à un régime de sortie de soins sans consentement spécifique, régime remis en cause par la **décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012**.

Dans cette décision, le Conseil a en effet jugé contraires à la Constitution plusieurs dispositions du code de la santé publique relatives à l'admission des patients en unités pour malades difficiles (UMD) ainsi qu'aux hospitalisations sans consentement des personnes déclarées pénalement irresponsables décidées par le préfet, tout en différant l'effet de sa déclaration d'inconstitutionnalité au **1^{er} octobre 2013**, date désormais proche.

S'agissant des personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD, le Conseil a déclaré inconstitutionnel l'article L. 3213-8 du code de la santé publique au motif que ces dispositions faisaient « *découler d'une hospitalisation en unité pour malades difficiles, laquelle est imposée sans garanties légales suffisantes, des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes admises en hospitalisation complète, notamment en ce qui concerne la levée de ces soins* ».

Concernant les personnes pénalement irresponsables, le Conseil a souligné que les dispositions en vigueur rendaient possible « *la transmission au représentant de l'État [du cas d'une personne jugée pénalement irresponsable] par l'autorité judiciaire **quelles que soient la gravité et la nature de l'infraction commise en état de trouble mental*** ». Il a également relevé que les dispositions contestées ne prévoyaient pas d'**information préalable** de la personne intéressée sur la procédure d'admission en soins sur décision du représentant de l'État susceptible d'être déclenchée ni sur ses conséquences en termes de levée et de mainlevée de la mesure de soins. Le juge constitutionnel a ainsi estimé qu'en l'état, ces dispositions ne présentaient pas de garanties légales suffisantes, et ne sauraient par conséquent justifier « *des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes soumises à une obligation de soins* ».

(1) Rapport sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, présenté le mardi 20 décembre 2011.

psychiatriques notamment en ce qui concerne la levée de ces soins ». Il a donc déclaré contraire à la Constitution le paragraphe II de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

Comme le souligne l'exposé des motifs de la présente proposition de loi, « la question se posait alors au législateur de l'opportunité de légiférer pour répondre aux remarques soulevées par la juge constitutionnel. (...) il aurait été possible de ne pas légiférer. (...) Pour autant, cette solution n'a pas été jugée souhaitable. (...) la décision du Conseil constitutionnel constitue en effet une **occasion que le législateur ne peut manquer de revenir sur le statut particulier imposé depuis 2011 aux personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD, qui n'apparaît pas nécessaire au regard des impératifs de sécurité et d'ordre publics. On comprendrait mal en revanche que les personnes déclarées pénalement irresponsables mais ayant néanmoins commis des infractions ne soient pas soumises à un régime spécifique, sous réserve que celui-ci opère une distinction en fonction des peines encourues à raison des actes commis et préserve les droits des personnes concernées, comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel** ».

Il est en outre apparu que la présente proposition pourrait également permettre d'inscrire dans le code de la santé publique le principe réaffirmé clairement par le Conseil constitutionnel concernant **l'exercice de la contrainte dans le cadre des soins sans consentement**. Le juge constitutionnel a en effet rappelé qu'aucune « mesure de contrainte » relative à l'administration des soins mais aussi à la réalisation de séjours hospitaliers ne saurait être mise en œuvre dans le cadre d'un programme de soins. « (...) Les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une (...) obligation [de soins psychiatriques] sous la contrainte ; [les] personnes [en programme de soins] ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues au 2° (...) ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète » ⁽¹⁾.

Ce constat étant posé, il convenait d'agir rapidement de manière à faire en sorte qu'il n'y ait **pas de rupture dans le régime applicable aux personnes admises en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale**. L'objectif est en effet que le régime de sortie qui leur est appliqué aujourd'hui ne disparaisse pas au 1^{er} octobre 2013 pour être réintroduit plusieurs mois plus tard : le texte proposé doit donc être adopté et la loi promulguée avant la date fixée par le Conseil, c'est-à-dire dans moins de trois mois.

(1) Douzième considérant de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012.

B. DES PROPOSITIONS CONSENSUELLES POUR AMÉLIORER LA LOI DE 2011

Bien que limitée dans son champ d'intervention, la présente proposition de loi ne se contente pas d'intervenir sur les deux sujets mis en exergue par le Conseil constitutionnel, mais reprend également un certain nombre de recommandations issues du rapport d'étape de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie »⁽¹⁾. Comme l'indique l'exposé des motifs, « *la présente proposition de loi s'attache donc à la fois à apporter les améliorations d'ordre législatif requises par la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 et à modifier les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 sur certains aspects ayant fait l'objet d'un large assentiment parmi les personnes auditionnées par la mission et parmi ses membres.* »

1. Les principales dispositions de la proposition de loi

a) L'encadrement d'un régime de sortie de soins spécifique pour certaines catégories de patients

• La suppression des dispositions spécifiques relatives aux personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles

La proposition de loi vise en premier lieu à ne plus donner de statut légal aux unités pour malades difficiles : l'article 9 supprime ainsi l'article L. 3222-3 du code de la santé publique, introduit par la loi du 5 juillet 2011, afin de définir les critères d'admission dans ces unités⁽²⁾. Le parti pris de la proposition de loi est en effet de considérer ces unités comme des services de soins intensifs au sujet desquels il n'est pas nécessaire de légiférer.

Cette suppression va de pair avec la suppression du régime spécifique de levée par le représentant de l'État ou de mainlevée par le juge des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles. En conséquence, la proposition de loi modifie ou réécrit les articles du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique en y supprimant toute référence aux unités pour malades difficiles (articles 4, 5 et 8). Cette « délégalisation » des UMD n'a en revanche pas de conséquence sur ces unités elles-mêmes et le régime réglementaire dont elles relèvent.

• Les précisions introduites dans le dispositif de sortie de soins applicable aux personnes déclarées pénalement irresponsables

S'agissant des personnes pénalement irresponsables, la proposition de loi maintient un régime juridique spécifique tout en le limitant aux personnes ayant

(1) Rapport d'information n° 1085, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013.

(2) *Lorsque les patients « 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 ».*

commis des actes d'une particulière gravité. Aussi la proposition de loi prévoit-elle de n'appliquer des précautions particulières que lorsque l'on est en présence de faits pour lesquels les peines encourues sont d'au moins cinq ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes à la personne et de dix ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes aux biens (articles 4 et 5).

Afin de satisfaire les exigences exprimées par le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012, la garantie des droits des personnes irresponsables pénales est en outre précisée par l'article 8.

b) Des délais réduits pour l'intervention du juge

Alors que la loi du 5 juillet 2011 s'était strictement inscrite dans la limite posée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010 en fixant un délai de 15 jours à compter de l'admission en soins pour procéder au contrôle de la mesure, la présente proposition de loi estime nécessaire, après deux ans de mise en œuvre de la loi, de réduire ce délai.

Il est donc proposé de le ramener de quinze jours à dix jours, en précisant par ailleurs que le juge des libertés et de la détention doit être saisi dans les six jours suivant l'admission en soins sans consentement. Le juge disposera donc d'un délai minimal de quatre jours pour statuer. C'est sur cette base que l'article 5 de la proposition modifie l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique.

c) Des modalités d'organisation des audiences plus adaptées aux personnes souffrant de troubles mentaux

– le **lieu de l'audience** : constatant que les patients gagneraient à être entendus par le juge dans un environnement qu'ils connaissent, c'est-à-dire dans un cadre hospitalier, l'article 6 de la proposition de loi prévoit que le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice située sur l'emprise de l'établissement de santé où est pris en charge le patient ou d'un autre établissement de santé. Cela permettra aussi d'éviter aux malades mentaux de croiser les autres publics qui font le quotidien des juges des libertés et de la détention. On peut aussi espérer que cette disposition permette que certaines salles d'audience cessent d'être des salles d'attente dans lesquelles les patients qui attendent leur tour peuvent entendre exposer la situation d'autres patients. Enfin, cette règle, si elle entraînera des temps de déplacement judiciaire, limitera la consommation importante de temps infirmier pour accompagner les patients au Palais de justice. Il doit être souligné que la quasi-totalité des personnes entendues par la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » comme par votre rapporteur considèrent que les malades vivent beaucoup mieux les audiences foraines que celles au Palais de justice.

La salle d'audience doit cependant être spécialement aménagée afin d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public, conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel. Lorsque ces

conditions ne seront pas satisfaites, le juge statuera d'ailleurs au siège du tribunal de grande instance ;

– le recours à la **visioconférence** : la proposition de loi revient également sur la visioconférence, procédé unanimement décrié. Celle-ci ne pourra donc être utilisée qu'en cas d'impossibilité de procéder autrement. L'article 6 modifie ainsi l'article L. 3211-12-2 afin de préciser qu'il ne peut y être recouru qu'en cas de nécessité ;

– la **publicité de l'audience** : si la publicité reste nécessaire afin de manifester l'indépendance de la justice, *a fortiori* lorsque l'audience a lieu sur l'emprise de l'hôpital, la possibilité pour les parties de demander à ce que l'audience puisse se tenir en chambre du conseil est réaffirmée clairement ;

– l'**assistance d'un avocat** : si l'assistance de l'avocat était prévue par la loi du 5 juillet 2011, l'obligation de cette assistance n'était pas établie. C'est désormais ce qui est proposé, considérant qu'un malade dont l'état ne lui permet pas de consentir aux soins qui lui sont nécessaires ne peut être présumé pouvoir renoncer, en pleine connaissance de cause, à l'assistance d'un conseil.

d) Une clarification des dispositions applicables en cas de désaccord entre psychiatre et préfet

Afin de clarifier les dispositions applicables en cas de désaccord entre psychiatre et préfet sur la levée de mesure de soins d'un patient admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, l'article 8 de la présente proposition de loi prévoit, d'une part, d'abroger l'article L. 3213-5 du code de la santé publique et, d'autre part, de réécrire l'article L. 3213-9-1. Comme indiqué plus haut, l'article L. 3213-9-1, qui prévoit le recours à un deuxième avis de psychiatre, avait en effet été introduit dans la loi du 5 juillet 2011 pour répondre aux principes dégagés par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 9 juin 2011, alors même que des dispositions concurrentes avaient déjà été prévues dans l'article L. 3213-5 (saisine du juge des libertés et de la détention).

Il est donc proposé de clarifier ces dispositions, d'une part, en supprimant l'article L. 3213-5 et, d'autre part, en proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 3213-9-1 qui prévoit le recours à un deuxième avis de psychiatre qui :

– s'il confirme le premier avis, doit entraîner la levée ou la modification de la mesure de soins par le préfet ;

– et, s'il ne confirme pas le premier avis, entraîne la saisine du juge des libertés et de la détention lorsque le préfet décide de maintenir la mesure.

e) Une meilleure prise en compte de la réalité de la prise en charge psychiatrique

• **La réintroduction d'un dispositif de sorties non accompagnées**

La proposition de loi prévoit la réintroduction d'autorisations de sorties de courte durée non accompagnées (autrement dit des « sorties d'essai ») supprimées par la loi de 2011.

L'article 2 modifie pour ce faire l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, qui fixait, depuis la loi du 5 juillet 2011, le dispositif d'autorisations de sorties accompagnées, lequel n'est pas modifié.

• **La suppression du certificat établi entre le cinquième et le huitième jour**

L'article 7 de la proposition de loi supprime la production du « certificat médical de huit jours », ce dernier étant jugé inutile, tant du point de vue du soin que de la procédure judiciaire.

• **Une clarification du droit des personnes détenues à être pris en charge en soins libres en UHSA**

Des difficultés d'application de la loi du 5 juillet 2011 s'étant faites jour concernant la prise en charge en soins libres, en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, l'article 10 de la présente proposition de loi modifie l'article L. 3214-2 du code de la santé publique, afin de prévoir expressément qu'un détenu hospitalisé en UHSA en soins sans consentement peut poursuivre ses soins en y consentant sous un régime d'hospitalisation libre, sans avoir à retourner au préalable en détention.

Rappelons que les personnes présentant des troubles psychiques sont aujourd'hui fortement surreprésentées dans les établissements pénitentiaires : alors que 1 détenu sur 6 a déjà été hospitalisé pour des raisons psychiatriques préalablement à son incarcération, 3,8 % des détenus souffriraient d'une schizophrénie nécessitant un traitement et 17,9 % présenteraient un état dépressif majeur soit, dans l'un et l'autre cas, quatre fois plus que dans la population générale.⁽¹⁾

2. Les améliorations introduites lors de l'examen en commission

Lors de l'examen de la présente proposition de loi en commission, de nombreux amendements de coordination et de précisions rédactionnelles ont été adoptés. Au-delà de ces améliorations de forme, plusieurs améliorations du texte sur le fond ont également été introduites :

(1) Étude conduite par F. Rouillon et B. Falissard cité dans le rapport Couty de 2009.

– s’agissant des **programmes de soins**, leur contenu a été clarifié ainsi que la portée des dispositions visant à reprendre le principe dégagé par le Conseil constitutionnel concernant l’usage de la contrainte (article 1^{er}) ;

– en ce qui concerne **l’organisation des audiences devant le juge des libertés et de la détention**, la commission des affaires sociales, sur la proposition de votre rapporteur, a prévu que la tenue des audiences en chambre du conseil soit de droit dès lors que le patient le demande. Elle a également assorti l’assistance obligatoire d’un avocat d’une précision sur les modalités d’intervention de ce dernier, qui peut être soit choisi par son client, soit désigné au titre de l’aide juridictionnelle soit commis d’office. Enfin, deux restrictions ont été apportées, d’une part, à l’organisation des audiences dans une salle d’audience mutualisée entre plusieurs établissements de santé (limitée aux cas de « nécessité impérieuse ») et, d’autre part, au recours à la visioconférence, prévu uniquement « à titre exceptionnel » (article 6) ;

– des précisions ont également été introduites sur proposition de votre rapporteur concernant la **procédure d’appel** : il a été prévu, d’une part, que l’audience d’appel continuerait d’avoir lieu à la Cour d’appel eu égard au champ territorial très large couvert par celle-ci et, d’autre part, que le Premier président puisse disposer d’un certificat médical actualisé pour statuer, le délai entre la décision au fond du juge des libertés et de la détention et la tenue de l’audience d’appel pouvant atteindre 22 jours (article 6 *bis*) ;

– la production d’un **rapport sur la dématérialisation du registre prévu à l’article L. 3212-11 du code de la santé publique** dont la tenue est aujourd’hui fastidieuse et chronophage pour les établissements de santé a été demandée (article 7 *bis*) ;

– enfin, la commission a procédé à la réécriture complète de l’article L. 3214-1 du code de la santé publique afin de réaffirmer plus clairement les **droits des personnes détenues à une prise en charge psychiatrique adaptée** (article 10).

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission examine, sur le rapport de M. Denys Robiliard, la présente proposition de loi au cours de sa première séance du mercredi 17 juillet 2013.

M. Christian Hutin, vice-président de la Commission. La proposition de loi que nous allons examiner est la suite logique du rapport d'étape présenté par notre collègue M. Denys Robiliard sur la base des travaux de la mission d'information « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » présidée par M. Jean-Pierre Barbier consacrés aux soins sans consentement. Ce texte sera examiné en séance publique la semaine prochaine, jeudi 25 juillet.

M. Denys Robiliard, rapporteur. Cette proposition de loi a été rendue nécessaire par une décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 qui a jugé contraires à la Constitution plusieurs dispositions du code de la santé publique relatives à l'admission des patients en unités pour malades difficiles (UMD) et à l'hospitalisation sans consentement des personnes pénalement irresponsables.

Pour préparer cette proposition de loi, nous nous sommes appuyés sur les travaux de la mission d'information « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » et sur le rapport du 22 février 2012 de nos anciens collègues Serge Blisko et Guy Lefrand qui concluait déjà à la nécessité de revoir certaines modalités du contrôle judiciaire de la loi du 5 juillet 2011.

Je n'oublie pas l'adage selon lequel les petites réformes sont l'ennemi des grandes réformes, mais nous n'étions pas en mesure, dans le délai qui nous était imparti, de nous engager dans une grande réforme. Le Conseil constitutionnel ayant fixé l'entrée en vigueur de sa décision au 1^{er} octobre 2013, le calendrier parlementaire ne nous laissait pas le temps d'organiser une discussion approfondie sur le régime juridique des soins sans consentement. En outre, comme je l'indiquais dans le rapport d'étape que je vous ai présenté en mai, la mission d'information avait besoin de poursuivre sa réflexion sur différents points : qui doit être l'auteur de la décision d'admission en soins sans consentement ? Comment encadrer les soins sous contrainte en dehors d'un contexte psychiatrique – par exemple pour les personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ? Comment améliorer le régime de la contention ? Enfin, si nous avons voulu engager une réforme de plus grande ampleur, il aurait été préférable de passer par un projet de loi de façon à bénéficier d'une étude d'impact et de l'avis du Conseil d'État.

Cette proposition de loi est donc modeste et s'assume comme telle, ce qui ne veut pas dire qu'elle est sans force et sans conséquence. Elle fait évoluer les principes de la loi et améliore de façon significative le régime de contrôle judiciaire.

L'analyse à laquelle a procédé la mission d'information sur la santé mentale nous a conduits à revenir sur la décision d'appliquer au passage en unités pour malades difficiles des modalités renforcées de levée du placement d'office. La mission a identifié les UMD comme étant des dispositifs de soins caractérisés simplement par un taux élevé d'encadrement du personnel hospitalier et, à ce titre, les personnes qui y sont placées n'ont pas besoin d'un régime juridique spécifique. En revanche, un statut particulier nous a paru justifié pour les personnes déclarées pénalement irresponsables en application de l'article 122-1 du code pénal.

La proposition de loi ne sera pas non plus sans effet sur le contrôle judiciaire. Dans leur rapport enregistré à l'Assemblée nationale le 22 février 2012, soit peu de temps après l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, qui est intervenue le 1^{er} août 2011, MM. Blisko et Lefrand préconisaient déjà de généraliser la tenue des audiences au sein de l'hôpital, en chambre du conseil, mais également de constituer un groupe de travail visant à réfléchir à la réduction du nombre des certificats médicaux et de prévoir la possibilité pour les patients en hospitalisation complète de bénéficier de sorties thérapeutiques de très courte durée.

La proposition de loi généralise la tenue des audiences à l'hôpital. Quant à leur tenue en chambre du conseil, après discussion avec la Chancellerie, nous avons retenu pour principe la publicité des audiences et leur organisation en chambre du conseil, si le patient en fait la demande. En effet, s'il est souhaitable, dans l'intérêt des patients, que les audiences se tiennent à l'hôpital, la loi doit impérativement manifester l'indépendance de la justice. La justice devant être rendue publiquement, l'hôpital doit mettre à sa disposition une salle qui permette un débat judiciaire digne de ce nom et soit accessible au public – de telles salles existent dans la plupart des hôpitaux. Il faut qu'apparaisse clairement le fait que nous sommes dans le domaine de la justice et non dans celui de la médecine.

Les arguments qui militent en faveur de la tenue de l'audience en chambre du conseil ne sont pas laissés de côté – risque d'atteinte au secret médical, problèmes d'intimité de la vie privée. Le choix devrait reposer sur le patient, assisté d'un avocat, mais il est impératif que l'audience ait fait l'objet d'une publicité. C'est la garantie, encore une fois, que la justice peut s'exercer en toute indépendance et que le juge n'est pas à la discrétion du médecin.

Une proposition de loi n'a pas pour objet de proposer la création d'un groupe de travail, mais nous espérons qu'un groupe sera mis en place pour réfléchir à la question des certificats médicaux, car ils nécessitent des dispositions effroyablement complexes et les psychiatres consacrent beaucoup de temps à leur établissement. Il en va notamment ainsi de l'avis conjoint adressé au juge : le système n'offre pas la sécurité nécessaire car lorsqu'un psychiatre donne son avis à l'un de ses confrères qui a déjà établi un certificat médical, il a tendance à lui faire confiance et à signer l'avis dans les mêmes termes, ce qui fait qu'en dépit de la pluralité des signatures, les psychiatres émettent un avis unique. Cela pose un véritable problème parce que le juge est censé s'appuyer sur un avis conjoint, mais

pluriel, alors qu'en réalité un seul médecin l'a établi. Ce n'est pas ce que souhaitait le législateur.

Dans ce texte, nous vous proposons de supprimer le certificat établi entre le 5^{ème} et le 8^{ème} jour, car il ne sert à rien et ne fait souvent que reproduire le certificat établi après 72 heures.

Actuellement, le maintien en hospitalisation complète sous contrainte, que ce soit sur décision du préfet ou à la demande d'un tiers, ne peut excéder 15 jours si le juge ne s'est pas prononcé dans ce délai. Le juge doit être saisi au plus tard trois jours avant cette date, ce que font généralement les hôpitaux. Je vous propose de ramener ce délai à 10 jours et de fixer à 6 jours le délai de saisine. Je ne vous cache pas que cette réduction du délai a fait l'objet de protestations, de la part des syndicats de magistrats et de la Chancellerie, parce qu'elle aurait pour conséquence d'augmenter de 8 300 le nombre de décisions qu'ils auraient à prendre.

La proposition de loi établit enfin l'obligation pour les patients de recourir à un avocat. Actuellement, le recours n'est obligatoire que dans les cas où l'avocat représente son patient qui, pour des raisons médicales, ne peut se déplacer devant le juge. Dans tous les autres cas, on présume que le patient est en mesure de faire le choix de recourir à un avocat. Il semble qu'il y ait là une anomalie car si nous présumons que la personne se trouve hospitalisée sous contrainte parce que son état mental ne lui permet pas de consentir aux soins qui lui sont nécessaires, peut-on raisonnablement penser qu'elle est à même de savoir si elle a ou non besoin d'un avocat ? Nous devons accorder à cette personne un statut unique et lui assurer la protection nécessaire. À ce titre, si nous voulons qu'elle ait accès aux pièces du dossier qui sera remis au juge, elle doit recourir à un avocat car je doute fort que seule, elle puisse y avoir accès.

La proposition de loi s'intéresse également, dans son article 10, aux personnes détenues atteintes de troubles psychiatriques. Il ne s'agit pas de modifier le régime juridique en vigueur, mais d'en réaffirmer les principes.

L'article 10 de la proposition de loi met en outre fin à un problème d'interprétation de l'article L. 3214-2 qui organise le retour en détention d'une personne après la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète et que certains ont interprété comme obligeant la personne à retourner en détention même si elle souhaite rester hospitalisée en soins libres. Ce n'est certainement pas ce que souhaitait le législateur.

Mme Bernadette Laclais. Je salue le travail qui a été accompli depuis de longues semaines par la mission d'information sur la santé mentale. Nous avons tous apprécié la disponibilité du rapporteur qui a procédé à plus d'une trentaine d'heures d'auditions et nous a présenté, le 29 mai dernier, un premier rapport d'étape. C'est grâce à ce travail approfondi que cette proposition de loi est inscrite

à l'ordre du jour de notre assemblée et que nous en débattons dans les prochains jours.

Vous avez rappelé, monsieur le rapporteur, le contexte particulier dans lequel s'inscrit cette proposition de loi, dont la vocation première était de répondre aux exigences du Conseil constitutionnel. Nous notons avec satisfaction la suppression du statut légal des unités pour malades difficiles et le maintien d'un régime juridique spécifique pour les personnes pénalement irresponsables, qui ne sortiront de l'hôpital qu'après une étude approfondie de leur situation psychiatrique. Leurs droits, qui relevaient jusqu'alors du domaine réglementaire, figureront désormais dans la loi.

Le texte améliore en outre le régime juridique applicable aux soins sans consentement en précisant le régime de la prise en charge des personnes et en mettant en place un dispositif de sortie non accompagnée de courte durée ainsi que la possibilité pour un détenu d'être hospitalisé en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) sous le régime de l'hospitalisation libre.

La tenue des auditions devant le juge des libertés et de la détention (JLD) dans une salle d'audience au sein de l'établissement de santé, en présence d'un avocat, nous semble aller dans le bon sens.

Quant à la réduction des délais, elle fait l'objet de nombreuses discussions mais elle constitue l'une des pistes qu'il nous faudra suivre pour améliorer notre système judiciaire.

Telles sont les grandes lignes de cette proposition de loi que nous soutenons. Le nombre de placements sous contrainte a augmenté de plus de 40 % entre 2006 et 2011, qu'il s'agisse des placements à la demande d'un tiers, qui sont passés de 43 957 à 63 345, ou des placements à la demande du représentant de l'État qui, eux, sont passés de 10 578 à 14 967. Nous pouvons tous témoigner, en tant que parlementaires ou élus locaux, de la complexité des situations vécues par nos concitoyens et de la nécessité de nous doter d'outils législatifs les mieux adaptés à cette évolution. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons, au groupe socialiste, que la proposition de loi soit adoptée.

M. Jean-Pierre Barbier. Je me félicite à mon tour du déroulement de la mission d'information sur cette question difficile de la santé mentale, qui relève à la fois des libertés individuelles, de la protection des personnes et de la sécurité publique.

L'encadrement légal des soins psychiatriques concerne dans notre pays 70 000 personnes. L'hospitalisation sous contrainte ne concerne qu'une minorité de nos concitoyens face aux 3 millions de personnes suivies en psychiatrie et aux 600 000 qui sont hospitalisées, dont 85 % de leur plein gré. Tout au long des travaux de la mission d'information, nous avons mis l'humain au centre de nos préoccupations.

Certaines dispositions de la proposition de loi vont dans le bon sens : la tenue de l'audience à l'intérieur de l'hôpital, la réduction de 15 à 10 jours du délai dans lequel le juge doit statuer et l'accompagnement du patient par un avocat, mais ces deux dernières étaient déjà prévues dans la loi de 2011.

Je souhaite centrer mon intervention sur l'une des principales mesures du texte qui concerne les personnes hospitalisées sous contrainte et qui sont considérées comme étant particulièrement dangereuses pour la société, mais également pour elles-mêmes – 4 000 personnes par an se suicident en France. J'insiste sur ce point car je ne voudrais pas que mon intervention soit comprise comme un exercice purement sécuritaire.

Je veux aborder le cas des malades reconnus pénalement irresponsables qui sont déjà passés à l'acte et ont été admis dans une unité pour malades difficiles en soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'État. Le Conseil constitutionnel, suite à une question prioritaire de constitutionnalité, a censuré deux articles du code de la santé publique portant sur les conditions d'admission et de sortie de ces personnes et a demandé au Gouvernement de préparer, dans un délai de 18 mois, une nouvelle rédaction de la loi. Nous en avions largement le temps, mais nous avons examiné un nombre impressionnant de textes d'un intérêt moindre et nous nous retrouvons en plein été à traiter d'un sujet très complexe dont nous allons débattre le dernier jour de la session extraordinaire. Je le regrette car il s'agit d'un texte important qui a trait aux libertés publiques.

Le texte que nous examinons aujourd'hui n'est pas totalement conforme, me semble-t-il, à l'esprit du rapport d'étape qui nous a été présenté il y a quelques semaines, en particulier sur la question des unités pour malades difficiles. Le Conseil constitutionnel n'a jamais empêché le législateur de prévoir pour certaines catégories de patients des mesures dérogatoires plus strictes dès lors qu'il s'agit de protéger la société des personnes qui pourraient représenter un danger, il lui a simplement demandé de prévoir des garanties suffisantes pour les malades. L'article L. 3222-3 du code de la santé publique manquait de précision, ce qui a amené la mission d'information à proposer d'introduire dans cet article de nouveaux critères et des procédures d'admission pour les malades en UMD. Or c'est précisément le contraire qui nous est proposé aujourd'hui avec la suppression de cet article.

L'encadrement qui nous est proposé prévoit des conditions spécifiques pour les malades ayant commis des actes pour lesquels les peines encourues sont d'au moins cinq ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes à la personne et de dix ans d'emprisonnement s'agissant des atteintes aux biens. Il s'agit donc de malades très dangereux. Quant aux malades qui seront condamnés à deux ou trois ans d'emprisonnement, ils pourront sortir beaucoup plus facilement, ce qui pose un problème de sécurité.

Ce changement de régime ne nous paraît pas cohérent et ses conséquences n'ont pas été envisagées. Je le regrette car le groupe UMP était plutôt favorable aux préconisations de ce texte.

Mme Véronique Massonneau. Je ne peux que féliciter, à mon tour, le rapporteur.

Cette proposition de loi a pour objet de réformer la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, sachant que parmi les patients hospitalisés en psychiatrie, 70 % relèvent de l'hospitalisation libre, 25 % le sont à la demande d'un tiers et seulement 5 % sont hospitalisés sans consentement.

La loi actuelle est née à la suite d'un fait divers dramatique que fut le meurtre à Grenoble d'un jeune homme par un patient schizophrène, et d'une décision du Conseil constitutionnel obligeant à faire intervenir le juge des libertés pour contrôler les mesures de soins sans consentement. La loi de 2011, si elle mettait l'accent sur la sécurité des personnes, négligeait le malade mental qui était envisagé comme un trouble potentiel à l'ordre public et un danger pour la société.

En outre, le Conseil, dans une décision du 20 avril 2012, a jugé que certaines dispositions de la loi n'étaient pas conformes à la Constitution, notamment en matière de respect des droits de la personne. Ces dispositions, qui concernent le régime dérogatoire applicable à la sortie des personnes ayant séjourné en UMD ou déclarées pénalement irresponsables, seront donc abrogées le 1^{er} octobre prochain. Le Conseil ne remet pas en cause le principe d'un régime plus strict, mais il estime que les garanties qui entourent ce régime sont de nature législative et non réglementaires.

Les conclusions du rapport d'étape que nous avons examiné le 29 mai dernier montrent que la différence entre le régime des soins des UMD et celui qui s'applique dans les établissements de psychiatrie générale tient principalement au niveau d'encadrement du personnel. Cette proposition de loi apporte donc une réponse aux dispositions de la loi de 2011 jugées inconstitutionnelles. C'est ainsi que les personnes qui seront admises en UMD relèveront du droit commun ; le régime spécial pour les personnes déclarées pénalement irresponsables sera maintenu, mais certaines dispositions seront limitées aux crimes et aux faits d'une certaine gravité ; l'accès à des sorties de courte durée sera facilité car ces sorties sont nécessaires, tant du point de vue thérapeutique que pour permettre au patient de participer à des événements importants.

Le délai accordé au juge pour statuer est réduit de 15 à 10 jours à compter de l'admission du patient et le contrôle sera effectué tous les six mois. Nous aurions préféré, nous, les députés Écologistes, un premier contrôle plus rapide, suivi de contrôles plus fréquents. C'est pourquoi nous avons déposé un

amendement proposant que le contrôle s'effectue tous les quatre mois, et non tous les six mois.

Les audiences à l'hôpital seront privilégiées, ce qui correspond mieux aux besoins des patients.

Enfin, le texte limite le recours à la visioconférence. C'est rassurant car s'agissant de patients en proie à des troubles psychiatriques, il faut privilégier le lien humain au lien virtuel. Souhaitant encadrer plus étroitement le recours à la visioconférence, nous présenterons un amendement en ce sens.

Par ailleurs, la proposition de loi comble les lacunes de la loi de 2011 en ce qui concerne les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. Nous considérons que les personnes souffrantes sont avant tout des malades et sont plus victimes que délinquantes. Il est donc nécessaire de rééquilibrer un paradigme qui ne recueille pas l'assentiment des professionnels de la psychiatrie, stigmatise la maladie mentale et donne aux hôpitaux une couleur carcérale. Certains patients restent en unité pour malades difficiles pendant deux ans alors même que la commission du suivi médical et le préfet se sont prononcés en faveur de leur sortie, simplement en raison du flou qui entoure l'application du texte. Les sorties de courte durée et la réduction du délai de recours au juge ne peuvent qu'améliorer le suivi thérapeutique.

Enfin, nous prenons acte de la volonté du rapporteur de ne pas réduire la mission « Santé mentale » à la problématique des soins sans consentement et nous formons le vœu qu'elle s'attache à redéfinir les missions de la psychiatrie publique.

Mme Jacqueline Fraysse. Le temps nous est compté pour examiner les problèmes soulevés par la santé mentale. Je le regrette car notre pays a besoin d'une grande loi sur ce thème. Les délais imposés par le Conseil constitutionnel ne nous ont pas permis d'aborder l'ensemble des sujets dans une loi-cadre et le rapporteur a parlé de sa proposition de loi comme d'un texte modeste – dans l'attente, je l'espère, d'un texte plus ambitieux.

Bien que modeste, cette proposition de loi contient des dispositions très intéressantes qui vont dans le bon sens eu égard au respect de la personne humaine et s'inscrivent dans le cadre du travail approfondi conduit par la mission d'information.

La proposition de loi supprime le régime juridique spécifique des unités pour malades difficiles, laissant aux médecins le soin de décider de l'état des patients et de leur admission dans ces services de soins particuliers.

En ce qui concerne le régime spécifique des irresponsables pénaux, le texte tient compte de la gravité des faits commis et j'y suis très sensible.

S'agissant de la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire, nous avons indiqué lors de l'adoption du texte de 2011 à quel point elle nous paraissait inapplicable. À cet égard, les dispositions qui nous sont proposées vont dans le bon sens.

Les sorties non accompagnées de 48 heures mises en œuvre avec l'accord des soignants, qui avaient été supprimées dans le texte de 2011 dans un élan sécuritaire excessif, sont réintroduites par la proposition de loi.

Le texte réduit le délai accordé au juge des libertés et de la détention, mais j'aurais personnellement souhaité le réduire encore davantage, comme nous y invite l'expérience que nous avons acquise au cours des deux années d'application de la loi de 2011. Car au cas où par malheur cette indication ne serait pas justifiée, être privé de liberté pendant dix ou quinze jours, c'est très long...

Le texte prévoit en outre la tenue des audiences au sein de l'hôpital. C'est un élément important car il peut être choquant pour des personnes fragiles d'être déplacées dans un tribunal.

Enfin, je me félicite de la réduction du nombre des certificats médicaux, car ceux-ci sont à l'évidence trop nombreux.

Pour toutes ces raisons, le groupe GDR soutiendra ce texte, en dépit du report d'une grande loi de santé mentale, de l'insuffisante réduction du délai d'intervention du juge des libertés, du fait que le texte ne modifie en rien le rôle et la place des préfets et qu'il ne dise rien de la situation des mineurs nécessitant des soins psychiatriques.

M. le rapporteur. Je remercie mes collègues Laclais, Fraysse et Massonneau pour leur soutien, et tout particulièrement Jacqueline Fraysse pour son assiduité aux réunions de la mission sur la santé mentale.

Vous me reprochez, chère collègue, de ne pas aller assez loin, mais pour cela il aurait fallu pouvoir engager plus de moyens, car ceux-ci sont indispensables dans tous les domaines, même dans celui des libertés individuelles.

Concernant les hospitalisations complètes sous contrainte, la loi de juillet 2011 a institué un régime judiciaire de contrôle des hospitalisations sous contrainte et introduit la notion de soins sous contrainte, tant pour les cas relevant de l'hospitalisation complète que pour les programmes de soins, qui peuvent être composés à la fois de périodes d'hospitalisation et de périodes de soins ambulatoires. La notion de soins ambulatoires sous contrainte étant contestée par un certain nombre de psychiatres et d'associations, la mission poursuit sa réflexion sur ce sujet, ce qui aboutira peut-être à la présentation d'une proposition de loi, voire de dispositions dans le projet de loi du Gouvernement sur la santé publique. Je souhaite pour ma part que nous puissions aller jusqu'au bout, mais si nous réformons les modalités de l'hospitalisation sous contrainte, nous devons nous

interroger sur l'auteur de la décision, à savoir le préfet pour un quart des cas et le directeur de l'établissement hospitalier pour les autres cas.

Or les médecins tiennent à ce que soient distingués la contrainte et les soins. La responsabilité de la décision pourrait être confiée à la justice, mais cela exigerait des moyens complémentaires. Or vous connaissez comme moi les difficultés que rencontre actuellement ce ministère, même prioritaire, pour dégager des moyens. C'est l'une des difficultés que soulève votre proposition, indépendamment des questions de principe. Le fait d'attribuer au juge la responsabilité de prendre la décision de l'hospitalisation ne va, en outre, pas de soi car ce qui caractérise le juge, c'est son indépendance et l'aspect contradictoire de la procédure. L'hospitalisation est une situation particulière car il y a bien procès, au sens de processus, mais celui-ci ne naît pas nécessairement d'un contentieux. Mis à part dans le cas des patients qui saisissent eux-mêmes le juge des libertés, la loi de juillet 2011, pour satisfaire la demande faite au législateur par le Conseil constitutionnel, prévoit un contrôle systématique. La légalité de l'hospitalisation complète est donc vérifiée, à double titre : sous l'angle formel et en fonction des certificats remis au juge.

Dans sa décision du 20 avril 2012, le Conseil a indiqué clairement qu'en dehors des cas d'hospitalisation complète, les soins sous contrainte ne sauraient être l'objet d'une coercition. Cela signifie que l'on ne peut ni envoyer ni maintenir une personne à l'hôpital contre son gré. La proposition de loi tire les conséquences de cette disposition puisque l'article 1^{er} dispose que les soins sous contrainte relevant d'un programme de soins ne sauraient être susceptibles d'une exécution forcée.

Je reviens sur le processus judiciaire et l'auteur de la décision. S'il s'agit du juge, il intervient dans un délai de 72 heures – il s'agit de patients qui ne font pas l'objet d'un programme de soins mais sont déjà hospitalisés ou le seront bientôt en raison de leur comportement ou de leur santé. Or c'est le plus mauvais moment pour un débat contradictoire car la communication entre le patient, son avocat et le juge sera forcément très difficile. La décision sera prise par un juge indépendant, elle sera conforme aux canons européens, mais elle interviendra à un moment où il n'est pas facile de distinguer, compte tenu de l'état d'énervement de la personne, ce qui relève de la maladie et ce qui n'en relève pas. Le magistrat sera-t-il en mesure de faire la distinction ? Si j'étais hospitalisé d'office, sans mon consentement et pour une mauvaise raison, il est fort probable que je serais extrêmement énervé et que je le dirais de façon peu nuancée, même à un magistrat... En revanche, si celui-ci rencontre la personne le 15^{ème} jour, la situation est très différente.

Sur tous les autres points, chère collègue, je partage votre point de vue, même si je ne suis pas certain que nous ayons besoin d'une loi spécifique sur la santé mentale. Je préférerais pour ma part une grande loi de santé publique dont une partie serait consacrée à la santé mentale.

Madame Massonneau, vous condamnez l'usage de la visioconférence : tout le monde est d'accord avec vous sur ce point, car c'est parfois par ce biais que certains malades mentaux reçoivent des instructions dans leur tête. Nous préférons l'audience devant le juge, plus humaine. Nous ne supprimons pas l'usage de la visioconférence, mais nous le réservons à des circonstances exceptionnelles.

Vous souhaitez que les contrôles soient effectués non plus tous les six mois mais tous les quatre mois. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous examinerons votre amendement.

Madame Laclais, vous vous félicitez du rétablissement des sorties d'essai, vous avez raison.

Ce n'est pas le cas de M. Barbier, pourtant ce dispositif était l'une des préconisations de MM. Blisko et Lefrand. La situation actuelle est paradoxale car pour toute sortie d'essai, l'équipe médicale doit mettre en place un programme de soins et, au retour du patient, réinitialiser le processus d'hospitalisation sous contrainte, ce qui nécessite le passage devant le juge quinze jours plus tard. Nous considérons, nous, que la sortie d'essai fait partie du processus thérapeutique et qu'elle est utile, à la fois pour des raisons matérielles et pour vérifier comment se comporte le patient en dehors de l'hôpital. Je regrette que nous ne soyons pas d'accord sur ce point, mais il en va ainsi de la politique et cela ne nous empêchera pas de poursuivre notre collaboration au sein de la mission sur la santé mentale que vous présidez avec beaucoup d'efficacité, monsieur Barbier.

Peut-être y a-t-il eu un malentendu à la lecture des deux premières préconisations de la mission, mais il convient de les lire à la lumière du rapport. Or, de ce point de vue, il ne me semble pas y avoir d'équivoque puisque les dispositions ont été adoptées à l'unanimité. La première de ces préconisations consiste à introduire dans l'article L. 3222-3 du code de la santé publique les critères et la procédure de l'admission en UMD, et la deuxième à maintenir un régime particulier pour la mainlevée des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les irresponsables pénaux ayant commis un crime. Les deux mesures doivent être comprises ensemble. *A contrario*, nous ne souhaitons pas maintenir un régime spécifique pour les personnes ayant fréquenté l'UMD. Je vous rappelle que le rapport indique, à la page 19, que « s'agissant des personnes séjournant en UMD, le maintien d'un régime distinct n'apparaît pas justifié » et, plus loin, « dès lors, le maintien à l'égard de ces personnes d'un régime renforcé pour la mainlevée des mesures de soins sous contrainte ne semble pas nécessaire. »

Le rapport proposait de modifier certaines dispositions à la suite des préconisations du Conseil constitutionnel. Il aurait peut-être été plus avisé de supprimer toute mention du passage en UMD afin qu'elle ne figure plus dans la loi. Je regrette cette incompréhension, mais elle s'explique par le niveau très élevé de technicité de la proposition de loi.

La loi de juillet 2011 était une gageure. Il convient de mesurer l'effort accompli par les médecins, les juges, les établissements hospitaliers, les préfets et les agences régionales de santé (ARS) pour éviter tout problème significatif qui aurait pu affecter les mesures de placement. Faire entrer en vigueur le 1^{er} août une loi complexe était un exercice redoutable. Nous, parlementaires, qui sommes en charge du contrôle de la loi, pouvons féliciter tous les acteurs concernés pour la façon dont ils l'ont appliquée.

En ce qui concerne le délai dans lequel la proposition de loi a été élaborée, je considère qu'il est suffisant car nous avons commencé notre réflexion au début de l'année. Si, après avoir consacré nos premières auditions à un cadrage de la mission, nous nous sommes concentrés sur l'hospitalisation sous contrainte, c'est que le Conseil constitutionnel nous a fixé une échéance au 1^{er} octobre 2013.

Je suis pour ma part convaincu qu'il ne faut pas appliquer aux UMD un régime spécifique. J'en tire les conséquences dans mon rapport et dans la proposition de loi. Je souhaite en revanche maintenir un régime spécifique pour les irresponsables pénaux. Il est normal que j'essaie de faire adopter avant le 1^{er} octobre 2013 une loi dont l'entrée en vigueur sera immédiate, s'agissant des dispositions relatives à l'UMD et aux irresponsables pénaux, et différée au 1^{er} janvier 2014 pour les autres dispositions, cela afin que les décrets d'application et les circulaires soient publiés suffisamment à l'avance pour que les juridictions et les hôpitaux aient le temps de s'y préparer. Il serait irresponsable de ne pas tenir le délai que nous a imparti le Conseil constitutionnel, dès lors que nous estimons qu'au moins sur un point, il était nécessaire de légiférer. L'application de la loi doit se faire dans la continuité, faute de quoi les irresponsables pénaux seront privés, à un moment donné, de statut particulier. Si j'ai agi dans l'urgence, c'est avec le soutien du Gouvernement sans lequel je n'aurais pas obtenu ce créneau dans l'ordre du jour de l'Assemblée.

Pour conclure, il convient de distinguer les patients accueillis en UMD et les personnes déclarées pénalement irresponsables, car ces dernières ne passent pas toutes par une telle unité.

M. Christian Paul. Je salue à mon tour le travail du rapporteur, co-auteur de cette proposition de loi et rapporteur de la mission d'information.

La santé mentale était effectivement une question orpheline que nous évoquions souvent sous le coup de l'émotion après la survenue de faits graves. Le groupe SRC a créé cette mission d'information afin d'embrasser l'ensemble des questions relevant de la santé mentale, et nous nous réjouissons du travail qu'elle a accompli. Nous avons été amenés à agir dans l'urgence afin de combler un vide juridique.

J'espère que la proposition de loi fera l'objet d'un consensus au sein de notre assemblée. Elle a trait aux soins sans consentement : attachons-nous à la

notion de soins et recherchons les solutions les plus humaines pour les personnes concernées.

Je ne doute pas que la mission d'information fera d'autres propositions en matière de santé mentale. Il nous appartiendra de les traduire dans la loi et d'engager une vraie politique de santé mentale.

Mme Kheira Bouziane. Je reprends à mon compte les félicitations qui ont été adressées au rapporteur. Étant moi-même membre de la mission, je peux témoigner de sa grande implication.

Notre collègue Arnaud Robinet indiquait tout à l'heure qu'une loi n'était jamais parfaite. C'est le cas de la loi de 2011, mais il est vrai qu'elle avait été élaborée dans des circonstances particulières. Après deux ans d'application, si j'en crois les nombreux témoignages qui nous ont été communiqués sur la santé mentale et les soins sans consentement, elle devait être corrigée sur de nombreux points et cette proposition de loi nous donne l'occasion de le faire.

La présence d'un avocat est indispensable, mais nous ne pouvons ignorer qu'elle a un coût qui, s'il n'incombe pas aux malades qui relèvent de l'aide juridictionnelle, représentera une lourde charge pour les malades en difficulté. Peut-on leur imposer une telle charge sachant qu'ils n'ont pas les moyens d'y faire face ?

M. Gilles Lurton. Je reviens sur les améliorations apportées par ce texte, notamment la révision du régime judiciaire de contrôle des soins psychiatriques sans consentement. L'article 6 dispose que « le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance ». La présence du juge à l'hôpital est souhaitable, mais depuis que je siége dans cette assemblée, il me semble que lorsque nous préparons une loi, nous nous occupons du secteur d'activité concerné mais pas de ses conséquences sur d'autres secteurs d'activité. Ainsi le contrôle des hospitalisations psychiatriques constitue une charge particulièrement lourde que les tribunaux auront le plus grand mal à assumer, compte tenu des nombreuses vacances de postes, tant de magistrats que de greffiers, et de la réduction drastique des budgets dont ils font l'objet. En instaurant une charge supplémentaire, avez-vous prévu le renforcement des moyens du ministère de la justice ?

M. Jérôme Guedj. Je salue le travail engagé par la mission d'information. Cette proposition de loi est une première étape qui introduit un changement d'état d'esprit et abandonne la logique exagérément sécuritaire qui s'était particulièrement illustrée dans le discours du Président de la République de l'époque à l'hôpital Erasme d'Antony, qui avait beaucoup marqué le monde de la psychiatrie. Je peux en témoigner car j'étais alors président d'un hôpital psychiatrique situé dans le département de l'Essonne, établissement pionnier en

matière de politique dite anti-asilaire et de développement de la psychiatrie de secteur.

La proposition de loi concilie avec pragmatisme la qualité des soins et les libertés individuelles, répond aux questions concernant l'accueil des juges à l'hôpital et organise la publicité des audiences. Nul doute que nous aurons prochainement l'occasion de débattre de la santé mentale dans ses dimensions sanitaire et sociale.

Mme Martine Pinville. Je salue le travail de Denys Robiliard et j'espère qu'il aboutira dans quelques mois à un projet de loi sur la santé mentale. En attendant, la proposition de loi supprime le régime spécial défini pour les UMD, rend le statut des malades mentaux déclarés pénalement irresponsables compatible avec les exigences constitutionnelles, rétablit les sorties d'essai, et raccourcit le délai d'intervention de la décision judiciaire de 15 à 10 jours : tous ces éléments en font un texte plus proche des soins que de l'exigence sécuritaire et je trouve cela très intéressant.

Mme Véronique Louwagie. Cette proposition de loi traite d'un sujet difficile. Nous avons toujours des doutes lorsque nous proposons des dispositions qui ont trait à la liberté individuelle et à la protection des personnes. Vous la qualifiez, monsieur le rapporteur, de modeste, et notre collègue Barbier lui reproche son manque de précision.

Je voudrais réagir sur les décrets en Conseil d'État évoqués par la proposition de loi. L'article 1^{er} fait état d'un décret pour déterminer les conditions dans lesquelles sera organisé le programme de soins. Pouvez-vous nous préciser la manière dont il sera établi ? Sera-t-il destiné uniquement à la personne concernée ? Les articles 4 et 5 laissent au Conseil d'État, par voie de décret, le soin de fixer les limites dans lesquelles les expertises doivent être remises au juge. Était-il nécessaire de prévoir un décret en Conseil d'État pour fixer ces limites, compte tenu de l'urgence qu'exige l'application du texte ?

M. le rapporteur. Vous avez raison, madame Louwagie, en pareille matière nous devrions légiférer avec la main qui tremble...

Les décrets existent depuis la loi de juillet 2011 et les délais limites pour remettre les expertises sont d'ores et déjà fixés, conformément à l'article R. 3211-13 du code de la santé publique. Ils sont établis à 15 jours.

Nous aborderons les questions ayant trait au programme de soins dans le cadre de l'examen des amendements. Celui-ci est une sorte de cocktail comprenant d'éventuelles périodes d'hospitalisation, l'obligation d'honorer quelques rendez-vous en hôpital de jour, par exemple, et de respecter certaines prescriptions médicamenteuses. S'il y a programme de soins, c'est que le psychiatre estime que l'état du patient nécessite une contrainte, pour sa santé mais également du point de vue légal. Il s'agit donc d'un dispositif concret que le patient est tenu de suivre. Cela peut choquer, mais le patient connaît le programme

et donne son avis sur son contenu. La loi dit l'essentiel, d'ailleurs le législateur n'a pas à entrer dans les détails. Quant à la définition d'une personne de confiance, nous y reviendrons à l'occasion de l'examen d'un amendement.

M. Paul considère que la santé mentale est une question orpheline. Il se trompe car notre mission d'information est la vingtième à se pencher sur cette question. Nous devrions chercher à comprendre pourquoi les recommandations émises par le Parlement, l'inspection générale des affaires sociales, la Cour des comptes, ne sont pas mises en œuvre, même celles qui n'engagent pas de moyens supplémentaires.

En effet, monsieur Lurton, tout est question de moyens. Je le répète, j'admire la façon dont la loi de juillet 2011 a été appliquée par les médecins, les personnels hospitaliers, les magistrats, les greffiers et les avocats commis d'office, mais elle a bénéficié de l'effet de la loi du 16 juin de la même année qui portait de deux à cinq jours le délai de saisine du juge en matière de rétention administrative, ce qui a réduit la tâche de la justice et dégagé du temps pour le contrôle de l'hospitalisation sous contrainte.

Vous me demandez d'engager une dépense supplémentaire, cher collègue, alors même que l'opposition nous reproche de ne pas faire suffisamment d'économies... Je ne suis pas enclin à faire des économies sur les mesures ayant trait à la liberté, mais je me dois de reconnaître que nous manquons de moyens.

En ce qui concerne le coût lié à la présence d'un avocat, madame Bouziane, nous allons examiner un amendement qui répondra à votre question. La question de l'indemnisation agite le monde des avocats, comme en témoigne la grève du barreau de Lille.

Enfin, je remercie Mme Pinville pour les compliments qu'elle a bien voulu m'adresser.

II.- EXAMEN DES ARTICLES

La Commission en vient à l'examen des articles de la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie.

TITRE I^{ER}

RENFORCEMENT DES DROITS ET GARANTIES ACCORDÉS AUX PERSONNES EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Le présent titre est composé de deux chapitres, comprenant au total six articles. Le premier chapitre est consacré aux modalités de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ; quant au second, il concerne la mise en œuvre du contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète. Au travers de ces dispositions, il est proposé, d'une part, d'améliorer la prise en charge des patients en précisant ou complétant le dispositif prévu par la loi du 5 juillet 2011 et, d'autre part, d'organiser le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention selon des modalités plus favorables aux droits de ces patients.

CHAPITRE I^{ER}

Amélioration de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement

Avant l'article 1^{er}

La Commission est saisie de l'amendement AS 3, de Mme Valérie Boyer, portant article additionnel avant l'article 1^{er}.

Mme Valérie Boyer. L'expression « personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » apparaît un grand nombre de fois dans ce texte. Je considère qu'elle est péjorative, c'est pourquoi je vous propose par cet amendement de la remplacer par l'expression « personnes recevant des soins psychiatriques ».

M. le rapporteur. Quand bien même nous souhaiterions adopter votre amendement, nous ne le pourrions pas, car tel qu'il est rédigé, il ne permet pas de faire ce que vous dites. Pour cela, il faudrait que vous remplaciez toutes les occurrences qui se trouvent dans la loi. J'ajoute que je ne vois pas en quoi l'expression « faire l'objet de » est péjorative. Avis défavorable.

Mme Valérie Boyer. Si nous voulons réellement donner un statut différent aux personnes qui reçoivent des soins psychiatriques, nous ne devons pas nous arrêter au moindre problème technique.

La Commission **rejette** l'amendement.

Article 1^{er}

(articles L. 3211-2-1, L. 3211-2-2, L. 3211-3 et L. 3211-12-5 du code de la santé publique)

Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins psychiatriques sans leur consentement

Le dispositif de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement des personnes souffrant de troubles mentaux repose depuis la loi du 5 juillet 2011 sur une dissociation entre l'obligation de soins et la modalité du soin, l'obligation de soins ne se traduisant plus nécessairement, au-delà d'une période d'observation et de soins initiale d'une durée maximale de 72 heures, par l'hospitalisation complète du patient. L'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique prévoit ainsi deux formes de prise en charge : soit l'hospitalisation complète soit toute « *autre forme incluant des soins ambulatoires* » et pouvant comporter des soins à domicile ⁽¹⁾, mais également des séjours effectués en établissement.

Le présent article ne remet pas en cause ce dispositif mais vise à en préciser la définition ainsi que les modalités de mise en œuvre. Il propose donc une nouvelle rédaction de l'article L. 3211-2-1 et prévoit les modifications de coordination en résultant.

1. Définition des soins psychiatriques sans consentement et des formes de prise en charge des patients faisant l'objet de ces soins

Le 1^o du présent article réécrit entièrement l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique qui définit les modes de prise en charge des patients en soins psychiatriques sans consentement. Cette réécriture globale ne se traduit pas pour autant par un bouleversement complet de l'article, qui est simplement complété sur différents points.

- Tout d'abord, par parallélisme avec l'article L. 3211-2 du code de la santé publique aux termes duquel « *une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres* », le premier alinéa de l'article L. 3211-2-1 vise désormais à définir la situation d'un patient en soins psychiatriques sans consentement, avant de traiter de la question des formes de prise en charge. Il est ainsi précisé qu'« *une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II*

(1) Ces soins sont dispensés par un établissement de santé ayant pour mission d'accueillir des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement.

[sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent] *et III* [sur décision du préfet] *du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale* [décision judiciaire en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental] *est dite en soins psychiatriques sans consentement* ». Cette définition ainsi que la description des formes de prise en charge des patients font désormais l'objet d'un paragraphe *ad-hoc* au sein de l'article L. 3211-2-1, le paragraphe **I**.

Les trois alinéas suivants reprennent les dispositions relatives aux formes de prise en charge des patients :

– le **1° du I** mentionne *l'hospitalisation complète* dans un établissement de santé ayant pour mission d'accueillir des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ;

– le **2° du I** vise quant à lui « *toute autre forme* » de prise en charge. La rédaction de cet alinéa est quelque peu modifiée : elle ne met plus en exergue les soins ambulatoires mais dresse la liste des différentes modalités de soins auxquelles il est possible de recourir en-dehors de l'hospitalisation complète. Cette liste reste néanmoins inchangée par rapport au droit existant, si ce n'est qu'elle précise que **les séjours effectués en établissement peuvent être « à temps complet ou non »**. Cette formulation, qui renvoie, d'une part, à une prise en charge à temps complet en hospitalisation à domicile (HAD) et, d'autre part, à des hospitalisations à temps partiel en établissements (par exemple, accueil en hôpital de jour), est clarifiée dans le texte issu des travaux de la commission.

Soulignons à cet égard que l'article R. 3211-1 du code de la santé publique ne prévoit pas aujourd'hui la possibilité de séjours en HAD dans le cadre d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ; le **II** de cet article se borne en effet à mentionner la possibilité d'une hospitalisation à temps partiel en sus des soins ambulatoires et des soins à domicile.

• Le **II** de l'article L. 3211-2-1 rassemble ensuite les dispositions figurant aujourd'hui dans les trois derniers alinéas de l'article relatifs au **programme de soins**. Rappelons qu'un programme de soins doit être établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil du patient dès lors qu'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète est décidée. Le premier alinéa du **II** reprend les dispositions des antépénultième et dernier alinéas de l'article dans sa version actuelle. Une légère modification est apportée à ces dispositions. Alors que le quatrième alinéa de l'article L. 3211-2-1 prévoit aujourd'hui que le programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, les dispositions prévues au premier alinéa du présent **II** précise que ledit programme est modifié « *dans les mêmes conditions* » que celles dans lesquelles il est établi, c'est-à-dire par un psychiatre de l'établissement d'accueil, dans le cadre de la procédure prévue à l'alinéa suivant (entretien avec le patient pour apprécier son aptitude à respecter le programme, recueil de son avis, obligation de lui délivrer un certain nombre d'informations). Le renvoi à un décret en Conseil d'État pour encadrer la définition des types de soins prévus par les

programmes de soins, des lieux de leur réalisation et de leur périodicité complète désormais le premier alinéa du présent II ⁽¹⁾. Quant au second alinéa, il reprend la procédure précédemment décrite pour informer le patient du programme de soins et recueillir son avis ; cette procédure est applicable tant lors de l'établissement que lors de la modification du programme.

• Un nouvel alinéa complète enfin les dispositions de l'article L. 3211-2-1 sous la forme d'un **III** précisant les **limites de la contrainte mise en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement** lorsque le patient est en pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète. Cet alinéa est introduit afin de rappeler que la seule contrainte susceptible d'être exercée sur un patient en programme de soins est une contrainte « morale » ou psychologique résultant, d'une part, de l'obligation légale de le respecter et, d'autre part, du risque de retour en hospitalisation complète en cas d'inobservance. Rappelons à cet égard que parmi les informations que le psychiatre doit transmettre au patient lors de l'entretien préalable à la mise en place du programme de soins, figure la mention selon laquelle ce programme peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé. Ainsi, en cas d'« *inobservance [du] programme susceptible d'entraîner une dégradation de [l']état de santé [du] patient* » (III de l'article R. 3211-1 du code de la santé publique), le psychiatre est fondé à proposer une nouvelle hospitalisation complète. En revanche, aucune « *mesure de contrainte* » relative à l'administration des soins mais aussi à la réalisation de séjours hospitaliers ne saurait être mise en œuvre dans le cadre d'un programme de soins. Ce principe, rappelé par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2012-235 QPC ⁽²⁾, est désormais inscrit dans la loi.

2. Dispositions de coordination

La rédaction de l'article L. 3211-2-1 proposée au 1° nécessite d'introduire des modifications de coordination au sein des articles des titres Ier et II du livre II « Lutte contre les maladies mentales » de la troisième partie du code de la santé publique faisant référence à cet article. Sont notamment citées à plusieurs reprises dans d'autres articles du code les formes de prise en charge des patients aujourd'hui visées au 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1 mais appelées désormais à figurer au **1° et 2° du I** du même article. Lorsque les articles concernés du code de la santé publique sont par ailleurs modifiés par des articles de la présente proposition de loi, les coordinations sont introduites à cette occasion. Les dispositions de coordination concernant la Nouvelle Calédonie et la Polynésie

(1) Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

(2) Aux termes du douzième considérant de sa décision, le Conseil constitutionnel juge que « (...) les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une (...) obligation [de soins psychiatriques] sous la contrainte ; que [les] personnes [en programme de soins] ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues au 2° (...) ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ».

française font quant à elles l'objet d'un article *ad-hoc*. Ne sont donc prévues au présent article que les coordinations qui n'avaient pas vocation à être opérées ailleurs dans le texte.

• Le 2° modifie le dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 relatif à la **période d'observation et de soins initiale** sous la forme d'une hospitalisation complète, alinéa qui renvoie aux formes de prise en charge prévues à l'article L. 3211-2-1. La modification proposée ne se limite toutefois pas à un changement de référence. Le dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 prévoit en effet aujourd'hui que, lorsque les certificats médicaux produits pendant la période d'observation de 72 heures confirment la nécessité des soins sans consentement, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose, dans un avis motivé établi avant l'expiration de cette même période d'observation, une forme de prise en charge pour le patient (et, le cas échéant, un programme de soins). Par souci de simplification, il est proposé que la recommandation du psychiatre figure directement dans le certificat médical qui doit être établi après les premières 24 heures d'hospitalisation et avant l'expiration du délai de 72 heures, et non dans un avis séparé. L'obligation de motivation cependant demeure, voire est précisée, le texte indiquant désormais que la proposition du psychiatre « *est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux* ».

• Le 3° vise à corriger une **erreur de référence** datant de la loi du 5 juillet 2011. La première mention de l'article L. 3213-1 figurant au deuxième alinéa de l'article L. 3211-3 est en effet erronée : le texte vise les décisions prononçant le maintien des soins, or l'article L. 3213-1 ne concerne que les décisions d'admission en soins. La seconde référence à l'article L. 3213-1 est en revanche correcte, elle est donc rétablie dans le texte issu des travaux de la commission.

• Le 4° comprend plusieurs dispositions de coordination rendues nécessaires par l'insertion d'un I au sein de l'article L. 3211-2-1 : il vise ainsi à introduire la mention de ce paragraphe au sein des articles L. 3211-12-5, L. 3212-1 et L. 3222-1-2 du code de la santé publique qui font référence aux dispositions relatives aux formes de prise en charge des patients figurant audit paragraphe.

*

La Commission examine l'amendement AS 24 du rapporteur.

M. le rapporteur. Il s'agit d'un amendement de clarification visant à expliciter la notion de « séjour à temps complet », afin d'éviter toute confusion avec la notion d'« hospitalisation complète ».

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine ensemble les amendements AS 7, AS 16, AS 18 et AS 17 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Cette série d'amendements, inspirée par la FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne) vise à mieux protéger les malades atteints de troubles psychiatriques en évitant les situations qui leur sont préjudiciables. L'intervention d'une personne référente leur permettrait ainsi de ne pas se trouver à plusieurs reprises dans la situation de redémarrer une procédure à zéro en cas d'observation du programme de soins.

C'est pourquoi l'amendement AS 7 propose tout d'abord la désignation par le patient d'une personne de confiance.

M. le rapporteur. L'article L. 1111-6 du code de santé publique, instauré par la loi « Kouchner » de 2002, dispose que « *toute personne majeure peut désigner une personne de confiance* ». Il s'agit donc une possibilité offerte à tous les patients. En faire une obligation n'est pas souhaitable car parfois, aucune personne digne de confiance ne peut être désignée : il est ainsi arrivé que certaines personnes soient désignées personnes de confiance sans que cela soit dans l'intérêt des patients et profitent de leur situation. Nous devons donc nous montrer prudents sur ce point. Avis défavorable.

Mme Valérie Boyer. Votre inquiétude est légitime, néanmoins la situation actuelle n'est pas satisfaisante. En cas de non-respect des soins, il est préjudiciable pour ces patients, qui sont très vulnérables, de reprendre la procédure à zéro.

M. le rapporteur. Le Conseil constitutionnel a indiqué dans sa décision du 20 avril 2012 que les soins sans consentement ne sauraient faire l'objet de coercition.

Dans le dispositif de la FEHAP, le patient signe le programme de soins comme s'il s'agissait d'un contrat. Je vous rappelle qu'un contrat repose sur le consentement des parties, or il s'agit de soins sans consentement. Cela relève de l'oxymore. Certes, le psychiatre se doit de rechercher le consentement du patient, les soins consentis étant plus efficaces que les soins subis, mais dans le cadre d'un programmes de soins, la mesure de soins sans consentement n'est pas levée, elle se poursuit.

Si j'ai bien compris le mécanisme proposé par la FEHAP, dans le cas où le programme de soins échoue et que le patient repasse sous le régime de l'hospitalisation complète à la demande de la personne de confiance, cette hospitalisation ne ferait pas l'objet d'un contrôle judiciaire. Ce n'est pas conforme aux décisions du Conseil constitutionnel.

Mme Valérie Boyer. J'ai été sensible à l'approche de la FEHAP car comme bon nombre d'entre vous j'ai été amenée, en tant qu'adjointe au maire, à participer à cette procédure d'hospitalisation sans consentement que j'ai trouvée particulièrement peu adaptée à la situation de malades qui se trouvent souvent dans un état de désespoir et de solitude absolus.

M. le rapporteur. Vos amendements ne concernent pas la procédure d'admission en soins sans consentement, que ce soit à la demande d'un tiers ou sur décision du préfet, mais la procédure de réadmission en soins pour les personnes qui ont déjà été hospitalisées sous contrainte et se sont vues proposer un programme de soins mais ne l'ont pas suivi.

Mme Valérie Boyer. Ce sont souvent les mêmes personnes.

M. le rapporteur. Charger en outre la personne de confiance de la responsabilité du suivi du programme de soins serait dangereux, y compris pour elle-même. Avis défavorable pour ces quatre amendements.

La Commission rejette successivement les amendements AS 7, AS 16, AS 18 et AS 17 de Mme Valérie Boyer.

Elle adopte ensuite successivement l'amendement de clarification AS 26 et l'amendement rédactionnel AS 25 du rapporteur.

Puis elle examine l'amendement AS 4 rectifié de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS 4 *rectifié* vise à éviter les situations dans lesquelles l'établissement de santé d'accueil n'est pas en mesure d'effectuer un examen somatique complet du patient dans les 24 heures suivant son admission. La formulation que je vous propose supprime à la fois la notion de temporalité, source d'ambiguïté et d'insécurité juridique pour les établissements, et les difficultés liées à l'interprétation d'un examen complet qui peut être différente selon les structures.

M. le rapporteur. Les établissements psychiatriques ont du mal à trouver des médecins généralistes pour effectuer l'examen somatique, pourtant celui-ci doit être conservé. Le cas d'une personne hospitalisée en soins psychiatriques alors qu'elle était victime d'un AVC m'a été rapporté : celle-ci est décédée faute d'examen somatique. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 27 du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 1^{er} modifié.

Article 2

(articles L. 3211-11-1 du code de la santé publique)

Autorisations de sorties de courte durée hors programme de soins

Le présent article vise à améliorer la prise en charge des patients en hospitalisation complète en leur redonnant la possibilité de bénéficier

d'autorisations de sorties non accompagnées de courte durée dans un but thérapeutique.

1. La suppression du régime des sorties d'essai par la loi du 5 juillet 2011 et ses conséquences

Préalablement à l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, le code de la santé publique prévoyait la possibilité pour les patients en soins psychiatriques sans consentement de bénéficier de « sorties d'essai » à visées thérapeutiques. Ce dispositif, défini comme des « *aménagement des conditions de traitement* » des patients ⁽¹⁾ par définition temporaires (d'une durée maximale de trois mois), ayant été beaucoup détourné de sa finalité première et n'ayant plus, *a priori*, de raison d'être avec l'institution des programmes de soins ⁽²⁾, a été supprimé par la loi du 5 juillet 2011. Or, si cette évolution semblait correspondre parfaitement à la logique de la loi de 2011, elle n'en a pas moins posé de nombreux problèmes en pratique.

En effet, dès les premiers mois qui ont suivi la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, l'absence de cadre légal permettant aux personnes hospitalisées à temps complet en soins psychiatriques sans consentement de sortir de leur établissement d'accueil, ne serait-ce que pour une heure ou deux ou une journée ou deux, sans changer de forme de prise en charge (et donc sans nécessiter l'élaboration d'un programme de soins) s'est fait cruellement sentir. Ainsi que le soulignaient Guy Lefrand et Serge Blisko dans le rapport d'application de la loi du 5 juillet 2011 ⁽³⁾, « *la loi du 5 juillet 2011 ne prévoit en effet que deux alternatives : les sorties accompagnées de courte durée dans le cadre d'une hospitalisation complète (...) [et] les programmes de soins hors hospitalisation complète. Comme le rappelle une réponse figurant dans la « foire aux questions » du ministère de la santé : « dès lors que le patient sort seul de l'établissement de santé, quelle que soit la durée de cette absence, un programme de soins doit être établi. » Cette réponse, juridiquement imparable, ne va pas sans proposer problème sur le terrain. Dans le cas d'absences programmées et répétitives, par exemple une sortie de week-end toutes les deux semaines pendant deux mois, le médecin doit logiquement proposer une modification de la prise en charge et établir un programme de soins pour ces deux mois. (...) En revanche, dans le cas d'absences non programmées, exceptionnelles ou répétées, il appartient au médecin d'établir un programme de soins pour chacune des sorties. Cette formalité implique de préciser l'adresse du lieu où se rend la personne, l'heure de départ de l'établissement de santé et l'heure de retour et, le cas échéant, l'existence d'un traitement médicamenteux. À l'issue de cette sortie, le patient*

(1) Article L. 3211-11 du code de la santé publique dans sa version antérieure à la loi du 5 juillet 2011.

(2) La pratique consistant à renouveler, parfois pendant plusieurs années, les sorties d'essai d'un patient, sans toutefois lever la mesure d'hospitalisation, était largement répandue avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 qui, en institutionnalisant un autre mode de prise en charge que l'hospitalisation complète a, en quelque sorte, légalisé cette pratique.

(3) Rapport d'information n° 4402 enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012.

sera à nouveau pris en charge sous forme d'hospitalisation complète, réintégration qui impose une relance à zéro de la procédure d'admission en soins puis une nouvelle saisine du juge des libertés et de la détention. Autant dire que ces dispositions ne seront jamais mises en œuvre ! ».

Étant donné l'utilité thérapeutique reconnue des petites sorties quotidiennes ou hebdomadaires et le rôle d'étapes qu'elles peuvent jouer dans la perspective d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, l'une des propositions du rapport d'application, reprise également dans le rapport d'étape de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie »⁽¹⁾ était donc logiquement la réintroduction d'un dispositif de sorties thérapeutiques de courte durée non accompagnées pour les patients hospitalisés en soins sans consentement. Tel est l'objet du présent article qui propose dans cette perspective une nouvelle rédaction de l'article L. 3211-11-1.

2. La nécessaire réintroduction d'un dispositif de sorties thérapeutiques de courte durée

Le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique relatif aux sorties de courte durée accompagnées, afin d'y introduire la possibilité de sorties non accompagnées.

• Le régime des sorties de courte durée

L'article L. 3211-11-1 prévoit que « *pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires* », les patients faisant l'objet de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée, c'est-à-dire n'excédant pas **douze heures**. Avant la loi du 5 juillet 2011, ces sorties ne pouvaient avoir lieu qu'avec un accompagnement du personnel soignant : désormais elles peuvent être autorisées soit en présence d'un membre du personnel soignant, soit avec un membre de la famille du patient ou avec la personne de confiance désignée par lui.

L'autorisation de sortie est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable du psychiatre. Toutefois, dans le cadre d'une mesure de soins décidée par le représentant de l'État dans le département, la sortie ne peut avoir lieu que si ce dernier, dûment informé de la demande d'autorisation, ne s'y oppose pas.

• Le dispositif proposé

Le présent article introduit un **nouveau régime de sorties de courte durée** pour les personnes prises en charge en soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, susceptible de s'incarner selon **deux modalités : des sorties accompagnées n'excédant pas douze heures et des sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures**.

(1) Rapport d'information n° 1085, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013.

Ce nouveau dispositif s'inscrit dans une démarche à la fois thérapeutique – « *Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale...* »⁽¹⁾ –, et pratique – « *...ou si des démarches extérieures sont nécessaires...* »⁽²⁾ –, rappelée au début du premier alinéa. Il s'adresse à toutes les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète (que ce soit sur décision d'un tiers ou en cas de péril imminent, sur décision du préfet ou sur décision des autorités judiciaires) et définit deux modalités de sortie décrites aux 1° et 2° :

– le 1° reprend les dispositions en vigueur relatives aux **sorties accompagnées** de courte durée ;

– le 2° prévoit quant à lui la possibilité de « **sorties non accompagnées** d'une durée maximale de quarante-huit heures ».

Afin d'éviter tout risque de confusion avec le régime juridique des patients pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète et bénéficiant à ce titre d'un programme de soins susceptible de se traduire par une prise en charge hors de l'établissement d'accueil, le cinquième alinéa de l'article L. 3211-11-1 précise que **ces sorties sont « sans effet sur la forme de prise en charge des patients »**. L'objectif poursuivi au présent article est en effet de faciliter les sorties à visée thérapeutique en n'imposant précisément pas de changement dans la forme de prise en charge pour pouvoir y recourir. Les personnes en hospitalisation complète pourront ainsi bénéficier de sorties de courte durée sans qu'il soit besoin d'établir un programme de soins, c'est-à-dire sans modifier leur forme de prise en charge non seulement avant mais aussi après la sortie et donc sans saisir de nouveau le juge des libertés et de la détention à leur retour. Votre rapporteur estime toutefois que cette mention n'est pas pertinente, précisément parce que ces sorties sont, par définition, sans effet sur la forme de prise en charge et, partant, sur la computation des délais d'intervention du juge dans le cadre de son contrôle automatique. Elle doit donc être supprimée.

L'article L. 3211-11-1 définit ensuite la **procédure d'autorisation de sortie**, qui est la même que celle prévue aujourd'hui pour les sorties accompagnées de courte durée : l'autorisation est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil du patient, après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement. Toutefois, s'agissant des personnes admises en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État dans le département, une **information spécifique du préfet** est prévue, ce dernier conservant, comme dans le droit en vigueur, la **possibilité de s'opposer à la sortie**. Les « *éléments d'information* » relatifs à la demande d'autorisation, et notamment l'avis du psychiatre, doivent ainsi être transmis au préfet « *au plus tard quarante-huit*

(1) Termes figurant dans l'article L. 3211-11 relatif aux sorties d'essai préalablement à l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

(2) Termes utilisés aujourd'hui à l'article L. 3211-11-1 dans le cadre des sorties de courte durée accompagnées.

heures avant la date prévue pour la sortie ». Afin de sécuriser la mise en œuvre de ces sorties et faire en sorte que leurs conditions de réalisation ne soient pas une source de stress pour les patients, le présent article prévoit désormais que la décision du préfet de s'opposer à la sortie doit être notifiée par écrit et « *au plus tard dans un délai de douze heures avant la date prévue* ». En clair, cela signifie que le préfet devra faire connaître son refus au plus tard la veille du jour prévu pour la sortie, à midi.

Enfin, précision nouvelle également, l'article L. 3211-11-1 indique que dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement sur demande d'un tiers, celui-ci doit être informé de la décision de sortie et de sa durée par le directeur de l'établissement d'accueil du patient (dernier alinéa).

*

La Commission examine l'amendement AS 28 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement rédactionnel vise à supprimer l'alinéa 5 de l'article pour le réintroduire plus loin.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS 29 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 6 qui comporte des précisions inutiles, les sorties de courte durée n'étant par définition assimilables ni à la levée des mesures de soins ni à une modification de la forme de prise en charge.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite l'amendement de clarification AS 30 du rapporteur.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 31 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise à réinsérer des dispositions que nous avons supprimées en adoptant l'amendement AS 28.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 2 modifié.

Article 3

(articles L. 3211-11-1 du code de la santé publique)

Mise en œuvre du suivi des patients pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète

Le présent article vise à apporter des modifications ponctuelles au sein du chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique relatif aux établissements de santé participant à la prise en charge psychiatrique afin d'améliorer la gestion des urgences psychiatriques et le suivi des patients en ambulatoire.

1. La question de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation

● Conscient du défi posé par la création d'une nouvelle forme de prise en charge en soins psychiatriques sans consentement en-dehors des établissements de santé n'exonérant pas pour autant ces établissements de leur responsabilité en matière de suivi des patients et de contrôle de l'observance des soins, le législateur de 2011 a introduit dans le code de la santé publique des dispositions visant à faciliter ce suivi ainsi que, le cas échéant, le retour en hospitalisation complète des patients dont l'évolution de l'état de santé le requerrait. Aussi l'article L. 3222-1-2 du code de la santé publique a-t-il prévu la conclusion de conventions entre les directeurs d'établissements de santé accueillant des personnes en soins sans consentement, les préfets, les collectivités locales et les agences régionales de santé (ARS) afin d'assurer le **suivi des personnes faisant l'objet de soins hors hospitalisation complète**.

L'objet de ces conventions est double. Il s'agit :

– d'une part, de fixer 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 hors hospitalisation complète ;

– d'autre part, de prévoir les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions de retour de ces mêmes personnes en hospitalisation complète lorsque leur état de santé le justifie.

● Plus généralement, la nécessité d'organiser la prise en charge par un établissement de santé et le transport vers cet établissement d'un patient nécessitant des soins psychiatriques sans consentement s'est également traduite par l'introduction d'un article visant à confier aux agences régionales de santé (ARS) un rôle de coordinateur en la matière. L'article L. 3222-1-1-A du code de la santé publique prévoit ainsi que les ARS ont la responsabilité d'organiser sous leur égide la **gestion des urgences psychiatriques** en partenariat avec les SAMU, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), les forces de police et de gendarmerie, les groupements de psychiatres libéraux et les transporteurs sanitaires agréés.

Signalons également qu'aux termes de l'article L. 3222-1-1, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être transportées, sans leur consentement, lorsque cela est strictement nécessaire, par des moyens adaptés à leur état.

2. Les précisions apportées

• Le 1° du présent article vise à préciser le champ du partenariat prévu à l'article L. 3222-1-1-A pour la gestion des urgences psychiatriques en indiquant que les actions mises en œuvre dans ce cadre ne concernent pas que les prises en charge en amont d'une hospitalisation mais peuvent également trouver à s'appliquer « *en cas de nécessité de retour d'un patient en hospitalisation complète* ».

• Quant au 2°, il supprime le dernier alinéa de l'article L. 3222-1-2 qui renvoyait à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer ses modalités d'application. Ce décret n'ayant jamais été publié et n'étant pas considéré par les services du ministère de la santé comme nécessaire à la mise en œuvre des dispositions prévues à cet article, il est jugé préférable de le supprimer. En effet, dans l'attente de la publication de ce texte, peu de conventions de suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement hors hospitalisation complète ont pour l'heure été signées.

*

La Commission adopte l'article 3 sans modification.

CHAPITRE II

Amélioration du contrôle du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement

Article 4

(articles L. 3211-12 du code de la santé publique)

Suppression des conditions spécifiques de mainlevée des mesures de soins des patients admis en unité pour malades difficiles et définition d'un nouveau régime de mainlevée pour les patients déclarés pénalement irresponsables

Le présent article est l'un des articles de la proposition de loi visant à tirer les conséquences de la décision n° 2012-235 QPC du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, d'une part, en réintégrant dans le droit commun des soins sans consentement les patients admis dans une unité pour malades difficiles (UMD) et, d'autre part, en précisant les dispositions applicables aux personnes admises en soins sans consentement par le représentant de l'État suite à une décision d'irresponsabilité pénale.

1. La décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012

Saisi par le Conseil d'État dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par l'association « Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie », le Conseil constitutionnel a jugé contraires à la Constitution les dispositions du code de la santé publique prévoyant des conditions spécifiques de mainlevée, par le juge, et de levée, par le préfet, des mesures de soins sans consentement applicables à **deux catégories de patients** :

– les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire qui font l'objet d'une **déclaration d'irresponsabilité pénale** ou en ont fait l'objet au cours des dix dernières années ;

– les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État qui séjournent dans une **unité pour malades difficiles** (UMD) ou y ont séjourné, pendant au moins un an, au cours des dix dernières années.

Le Conseil constitutionnel fonde l'inconstitutionnalité de ces dispositions sur **l'insuffisance de garanties légales contre le risque d'arbitraire présentée par les dispositions régissant l'entrée des patients dans l'une ou l'autre de ces catégories** (considérants 26 et 28).

Ainsi, le Conseil constitutionnel a estimé que, faute d'un régime légal d'admission en UMD « *encadr(ant) les formes et précis(ant) les conditions dans lesquelles une telle décision est prise par l'autorité administrative* »⁽¹⁾, imposer aux patients séjournant ou ayant séjourné dans ces unités des règles plus rigoureuses, notamment en ce qui concerne la levée des soins, méconnaît les exigences constitutionnelles résultant des articles 34 (domaine de la loi) et 66 (sauvegarde de la liberté individuelle) de la Constitution.

Il a également jugé que l'avis dont font l'objet les personnes déclarées pénalement irresponsables, qui est transmis par les autorités judiciaires au préfet « *quelles que soient la gravité et la nature de l'infraction commise en état de trouble mental* » et sans donner lieu à une « *information préalable* » de la personne intéressée, ne présentait pas de garanties légales suffisantes pour justifier l'application de règles plus rigoureuses à ces personnes lorsqu'elles sont ensuite admises en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, notamment en ce qui concerne la levée des soins.

Dès lors, pour le Conseil constitutionnel, les dispositions du **II de l'article L. 3211-12** (mainlevée de la mesure de soins par le juge) et de l'**article L. 3213-8** (levée de la mesure de soins par le préfet) doivent être regardées comme méconnaissant les exigences constitutionnelles précitées. Celui-ci a toutefois assorti sa décision d'un report au **1^{er} octobre 2013** de l'abrogation des dispositions en cause.

On notera enfin que dans sa décision, le Conseil constitutionnel n'a pas remis en cause le principe d'une différence de régime juridique encadrant les

(1) Le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 prévoit bien des conditions de fond et de procédure pour l'admission en UMD, mais celles-ci auraient dû figurer dans la loi.

conditions de sortie d'hospitalisation ou de mainlevée des soins psychiatriques des personnes identifiées comme présentant une dangerosité potentielle, soit parce qu'en cours d'hospitalisation, il s'est révélé nécessaire de les placer dans un environnement particulièrement sécurisé, soit parce que ces personnes avaient commis des infractions pénales en état de trouble mental (considérant 25). Toutefois, s'il souhaite conserver tout ou partie de ce régime, le législateur est appelé à intervenir d'ici le 1^{er} octobre 2013 non seulement afin de modifier le II de l'article L. 3211-12 et l'article L. 3213-8 mais également les **articles du code de la santé publique qui définissent les conditions d'entrée en UMD ainsi que la procédure de transmission au représentant des cas de déclaration d'irresponsabilité pénale**, le Conseil constitutionnel s'étant fondé sur l'insuffisance de ces dispositions pour prendre sa décision.

2. La réponse apportée par la présente proposition de loi

• *L'option retenue dans le cadre des travaux de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie »*

Comme l'indique le rapport d'étape de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie⁽¹⁾, il serait parfaitement loisible au législateur de ne pas intervenir à la suite de la décision du Conseil constitutionnel : l'abrogation des dispositions aurait alors simplement *« pour effet que ne serait plus applicable aux catégories de personnes [aujourd'hui soumises à des dispositions spécifiques] le régime plus strict actuellement prévu à leur égard en matière de mainlevée des mesures de soins sans consentement par le juge des libertés et de la détention ou par le représentant de l'État. Dès lors, pour ces personnes, la mainlevée des mesures de soins sans consentement serait soumise au régime de droit commun. Du seul point de vue juridique, le fonctionnement du dispositif de soins sans consentement ne serait donc nullement interrompu. »*

Le rapport note cependant qu'il y a lieu de **s'interroger sur l'opportunité d'appliquer ou non un régime de levée des mesures de soins plus rigoureux pour certaines catégories de patients** pour répondre d'emblée que *« s'agissant des personnes séjournant en UMD, le maintien d'un régime distinct n'apparaît pas justifié »*. Tout en rappelant qu'antérieurement à la loi de 2011, ces personnes relevaient du régime de droit commun, le rapport s'appuie sur la finalité même et sur le rôle de ces unités spécifiques, tels que la mission a pu les observer lors de son déplacement au groupe hospitalier Paul Guiraud, pour justifier un tel choix. Le rapport souligne ainsi que *« malgré un cadre de type partiellement carcéral, l'UMD a une fonction qui peut être qualifiée de « réanimation psychiatrique », consistant à délivrer des soins intensifs en psychiatrie grâce à une équipe soignante renforcée. À l'issue de ces soins spécifiques, (...) [les] soins se poursuivent, hors de l'UMD (...). Dès lors, le maintien, à l'égard de ces personnes, d'un régime renforcé pour la mainlevée des mesures de soins sous contrainte ne semble pas nécessaire »*.

(1) Rapport d'information n° 1085, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013.

En revanche, le rapport estime que la question ne se pose pas dans les mêmes termes s'agissant des personnes déclarées pénalement irresponsables. En effet, même en l'absence de responsabilité pénale, des actes pénalement répréhensibles n'en ont pas moins été commis, « *de telle sorte que le maintien d'un régime plus rigoureux de mainlevée des mesures de soins sans consentement apparaît souhaitable* ».

La présente proposition de loi préconise en conséquence la suppression pure et simple de tout régime légal d'entrée en unité pour malades difficiles et de levée des mesures de soins sans consentement des personnes séjournant ou ayant séjourné dans ces unités. Il est en revanche proposé de conserver, tout en le précisant, le régime applicable aux personnes déclarées pénalement irresponsables. Ainsi que le souligne l'exposé des motifs de la présente proposition de loi, « *s'agissant des UMD, la décision du Conseil constitutionnel constitue en effet une occasion que le législateur ne peut manquer de revenir sur le statut particulier imposé depuis 2011 aux personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD, qui n'apparaît pas nécessaire au regard des impératifs de sécurité et d'ordre publics. On comprendrait mal en revanche que les personnes déclarées pénalement irresponsables mais ayant néanmoins commis des infractions ne soient pas soumises à un régime spécifique, sous réserve que celui-ci opère une distinction en fonction des peines encourues à raison des actes commis et préserve les droits des personnes concernées, comme l'a rappelé le Conseil constitutionnel* ».

• *Le dispositif proposé*

Afin de mettre en œuvre l'option retenue dans le cadre de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », plusieurs articles des titres Ier et II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique doivent être modifiés. Le présent article se borne dans un premier temps à proposer une **nouvelle rédaction du II de l'article L. 3211-12** qui encadre les conditions dans lesquelles le juge des libertés et de la détention, saisi d'un **recours facultatif contre une mesure de soins sans consentement**, quelle qu'en soit la forme, est amené à statuer lorsque ladite mesure concerne les deux catégories de patients précédemment mentionnées.

On notera à titre liminaire que le premier alinéa du présent article prévoit que le II de l'article L. 3211-12 est « *ainsi rétabli* », cette formulation permettant de tenir compte de l'entrée en vigueur de la loi, prévue au 1^{er} octobre 2013⁽¹⁾, c'est-à-dire le même jour que la prise d'effet de la décision du Conseil constitutionnel, des présentes dispositions : le II de l'article L. 3211-12 devrait donc être abrogé puis immédiatement rétabli à cette date⁽²⁾.

(1) Voir infra le commentaire de l'article 12.

(2) Une même formulation devra être retenue pour l'article L.3213-8 dont l'abrogation doit également avoir lieu le 1^{er} octobre 2013.

Sur le fond, rappelons que le II de l'article L. 3211-12 prévoit que le juge appelé à statuer sur une mesure de soins sans consentement devra, lorsque la mesure de soins vise les personnes mentionnées aux 1° et 2°, recueillir l'avis du collège de soignants mentionné à l'article L. 3211-9⁽¹⁾ avant de statuer et, s'il envisage de prononcer la mainlevée de la mesure de soins, ordonner préalablement deux expertises psychiatriques.

La réécriture de ce paragraphe vise donc en premier lieu à supprimer la mention, prévue au 2°, des personnes faisant « *l'objet de soins en application de l'article L. 3213-1 du présent code et [qui font] ou [ont] 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* » pour lesquelles le juge doit aujourd'hui solliciter l'avis du collège avant de statuer. L'actuelle division du II en 1° et 2° est elle-même également supprimée.

Dans un second temps, la mention des personnes déclarées pénalement irresponsables (figurant initialement au 1°) est modifiée afin, notamment, de correspondre à la définition appelée à figurer à l'article L. 3213-7 du code de la santé publique, le champ des personnes déclarées pénalement irresponsables faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique et appelées à être soumises à un régime de sortie de soins spécifique devant être précisé afin de répondre aux exigences du Conseil constitutionnel (voir *infra* le commentaire du 4° de l'article 8 de la présente proposition de loi).

On notera tout d'abord que la **liste des décisions judiciaires susceptibles de donner lieu à une déclaration d'irresponsabilité pénale** est désormais clairement énoncée (classement sans suite, décision d'irresponsabilité pénale, jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal).

Ensuite, seuls les actes d'une certaine gravité, en l'occurrence les « ***faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes (...) ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens*** », entraînent désormais l'application d'un régime de sortie de soins plus strict pour les personnes déclarées pénalement irresponsables et admises en soins sans consentement les ayant commis. On citera, à titre d'exemple, comme atteinte aux personnes punie d'au moins cinq ans d'emprisonnement : les violences volontaires ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours quand elles sont commises avec une circonstance aggravante (réunion, arme, préméditation, etc...) ou encore les agressions sexuelles ; parmi les atteintes aux biens punis d'au

(1) Aux termes de cet article, le collège est composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient ; un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ; un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par les articles R. 3211-2 à R. 3211-6 du code de la santé publique.

moins dix ans d'emprisonnement, on peut notamment mentionner : le vol lorsqu'il est commis avec trois circonstances aggravantes (réunion, arme, dégradations), l'escroquerie commise en bande organisée ou la destruction par incendie.

Enfin, ne seront plus désormais concernées par les dispositions du II que les personnes faisant l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale (décision des autorités judiciaires) ou de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique (décision du représentant de l'État) suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale **au moment où le juge est appelé à statuer**. Les personnes admises en soins sans consentement en application de l'article L. 3213-1 (sur décision du représentant de l'État) ayant préalablement fait l'objet de soins sans consentement suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ⁽¹⁾ ne seront quant à elles plus soumises à l'avenir à un régime de mainlevée de la mesure de soins plus strict que les autres patients admis en soins sur le fondement de l'article L. 3213-1 n'ayant pas d'« antécédent psychiatrique ».

Les dispositions des antépénultième et avant-dernier alinéas, qui précisent que, pour les personnes susmentionnées, le juge ne peut décider de la mainlevée de la mesure de soins qu'après avoir recueilli deux expertises et qu'il lui appartient de fixer les délais dans lesquels l'avis du collègue et les expertises doivent être produits (délais au-delà desquels il statue immédiatement) demeurent quant à elles sur le fond inchangées.

Le dernier alinéa du II de l'article L.3211-12 est en revanche supprimé. Cet alinéa, introduit en première lecture à l'Assemblée nationale lors de l'examen, en 2011, 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, prévoyait un dispositif dit de « **droit à l'oubli** » consistant à ne pas prendre en compte les « antécédents psychiatriques » (séjour en UMD ou hospitalisation suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale) d'une personne mentionnée au 1° ou 2° lorsque ces antécédents remontaient à une période ancienne et que les mesures de soins correspondantes avaient pris fin depuis au moins dix ans. Ces dispositions permettaient d'exclure un certain nombre de patients du régime plus strict de mainlevée auquel ils auraient en principe dû être soumis. Avec la nouvelle rédaction prévue au présent article, qui ne vise que les mesures de soins en cours et ne tient plus compte des hospitalisations qui ont pu avoir lieu antérieurement, le maintien de ces dispositions ne se justifie pas.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 32 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise à supprimer la référence aux livres II et III du code pénal, qui est trop restrictive, d'autant que l'article repose

(1) Dans les dix ans qui précèdent, en vertu du « droit à l'oubli » prévu au dernier alinéa du II de l'article L. 3211-12.

sur des critères clairs : une peine encourue de dix ans pour les atteintes aux biens et de cinq ans pour les atteintes aux personnes.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 4 modifié.

Article 5

(articles L. 3211-12-1 du code de la santé publique)

Réforme des modalités de contrôle systématique du juge des libertés sur les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète

Le présent article propose une réécriture globale de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique qui définit les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle automatique des mesures d'hospitalisation complète en soins sans consentement introduit par la loi du 5 juillet 2011 suite à la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010. L'objectif poursuivi consiste principalement à prévoir un délai pour statuer inférieur au délai de quinze jours dans lequel le juge doit aujourd'hui se prononcer sur l'hospitalisation complète d'un patient, que celle-ci résulte d'une primo-admission en soins (1° du I de l'article L. 3211-12-1) ou d'une réadmission suite à une modification de la forme de prise en charge du patient (2° du I du même article).

1. Le dispositif mis en œuvre par la loi du 5 juillet 2011 pour répondre aux exigences du Conseil constitutionnel

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 24 septembre 2010 par le Conseil d'État d'une question prioritaire de constitutionnalité relative à la conformité aux droits et libertés garantis par la Constitution de huit articles du code de la santé publique relatifs à l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Dans sa décision rendue le 26 novembre 2010, le Conseil a distingué les conditions d'admission et des conditions de maintien de l'hospitalisation :

– il a jugé les premières conformes à la Constitution, tout en rappelant dans son considérant 19 que ces conditions, de fond et de procédure, devaient permettre d'assurer que l'hospitalisation n'était mise en œuvre que dans les cas où elle est « adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade ». Le Conseil constitutionnel a en outre souligné que si l'article 66 de la Constitution exigeait **que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire**, il n'imposait pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté ;

– s'agissant en revanche du maintien de l'hospitalisation au-delà des quinze premiers jours, le Conseil constitutionnel a rappelé les exigences découlant de l'article 66 de la Constitution selon lesquelles **la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai**

possible. Ainsi, en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement pouvait être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les exigences de l'article 66 de la Constitution avaient été méconnues par le législateur. Les dispositions en cause du code de la santé publique ont ainsi été déclarées contraires à la Constitution, avec prise d'effet au 1^{er} août 2011.

À la suite de cette décision, une lettre rectificative n° 3116 a introduit de nouvelles dispositions dans le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge prévoyant un contrôle automatique du juge des libertés et de la détention sur les mesures privatives de liberté résultant de l'admission en soins psychiatriques sans consentement, en sus du recours facultatif existant. Le législateur de 2011 s'en est toutefois strictement tenu à la lettre de la décision du Conseil constitutionnel en définissant les délais dans lesquels ce contrôle est enserré. Le juge est en effet tenu d'intervenir :

– soit **avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission (ou de la réadmission) en soins** pour les personnes hospitalisées sur demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'État, **puis tous les six mois** suivant la décision de maintien prononcée par le juge,

– soit **avant l'expiration d'un délai de six mois suivant la décision judiciaire** prononçant l'admission en soins sans consentement **pour les personnes déclarées pénalement irresponsables, puis tous les six mois.**

Étant donné les conditions dans lesquelles la loi du 5 juillet 2011 a dû être examinée puis mise en œuvre afin de respecter la date de prise d'effet de la décision du Conseil constitutionnel fixée au 1^{er} août 2011, il est logique que les exigences constitutionnelles aient alors été interprétées *a minima*. Deux ans après l'entrée en vigueur du nouveau dispositif, il apparaît cependant loisible au législateur de s'interroger sur l'opportunité d'améliorer les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention, notamment en réduisant le délai dans lequel le juge est amené à statuer sur les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète.

2. Les pistes de réforme envisagées par la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

« Une hospitalisation sans consentement injustifiée est, par définition, toujours trop longue. Dès lors, pourquoi devrait-elle durer deux semaines ? », tel est le postulat de base retenu par la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » concernant le contrôle automatique du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'hospitalisation complète en soins sans consentement.

Le rapport d'étape de la mission souligne ainsi l'existence parmi ses membres d'un « *consensus (...) sur la nécessité de raccourcir le délai accordé au juge lorsqu'il statue dans le cadre du contrôle systématique de l'hospitalisation des soins sans consentement* ». La mission est même allée jusqu'à formuler une

préconisation visant à « *ramener de quinze jours à cinq jours le délai dans lequel le juge des libertés et de la détention doit statuer sur le placement* », escomptant en outre un autre effet positif de la réduction de ce délai sous la forme d'une **diminution du nombre de certificats médicaux exigés des psychiatres**, activité administrative chronophage dont ces derniers réclament l'allègement ⁽¹⁾.

Sans perdre de vue ces deux objectifs – une justice plus rapide, une moindre charge administrative, il n'a cependant pas paru souhaitable de reprendre cette recommandation dans le cadre de la présente proposition de loi. En effet, si rendre un meilleur service au justiciable constitue un objectif essentiel, il convient également de tenir compte des **impératifs liés à l'administration de la justice** qui nécessitent, notamment, de pouvoir disposer d'un délai suffisant pour rassembler les pièces des dossiers de saisine, les faire transiter, le cas échéant, par les agences régionales de santé et les préfetures (dans le cadre d'une admission en soins sur décision du représentant de l'État), faire vérifier leur contenu par les greffes et, *in fine*, en prendre connaissance avant de statuer, éventuellement après avoir ordonné des expertises supplémentaires. Fixer un délai pour statuer à cinq jours constitue donc pour l'heure un objectif irréaliste ainsi que l'ont montré les discussions menées tant avec le ministère de la santé et des affaires sociales qu'avec le ministère de l'intérieur et celui de la justice dans le cadre des travaux préalables au dépôt de la présente proposition de loi. Ce constat ne doit cependant pas conduire le législateur à renoncer à mettre en œuvre une justice plus diligente : c'est pourquoi il est proposé, dans un premier temps, de **ramener le délai dont dispose le juge pour statuer à dix jours**.

3. Les améliorations proposées par la proposition de loi

Le présent article prévoit une nouvelle rédaction de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, sans toutefois bouleverser l'équilibre général de cet article. L'objectif poursuivi est en effet simplement :

– d'une part, de fixer un nouveau délai pour que le juge statue sur les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète dans le cadre de son contrôle systématique ; ce **nouveau délai pour statuer** étant lui-même assorti d'un **nouveau délai de saisine**, fixé non plus par décret, comme c'est le cas aujourd'hui, mais directement dans la loi ;

– d'autre part, d'apporter les **modifications de coordination rendues nécessaires** au sein de cet article **par d'autres dispositions de la proposition de loi**. Il en va notamment ainsi de la mention des personnes soumises à un régime spécifique de mainlevée par le juge de la mesure de soins sans consentement dont elles font l'objet, régime qui ne concerne plus désormais que les personnes déclarées pénalement irresponsables (voir *supra* le commentaire de l'article 4).

(1) Rapport d'information n° 1085, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013.

• *Les nouveaux délais introduits à l'article L. 3211-12-1*

Les 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1 sont modifiés afin de prévoir que le juge doit désormais **statuer « avant l'expiration d'un délai de dix jours »** à compter l'admission (1°) ou de la réadmission (2°) d'un patient en soins sans consentement. Chacun de ces alinéas précise en outre que la **saisine** du juge doit intervenir **« dans un délai de six jours à compter »** de cette même date (d'admission ou de réadmission). S'agissant du contrôle automatique du juge à six mois prévu au 3°, il reste inchangé sur le fond ; l'alinéa est toutefois complété par la mention selon laquelle le juge doit être saisi **« huit jours au moins avant l'expiration du délai de six mois »**, ce qui correspond au droit en vigueur. Votre rapporteur propose à cet égard que ce délai passe à quinze jours.

Il résulte aujourd'hui des articles R. 3211-27 et R. 3211-28 du code de la santé publique que les pièces du dossier, ainsi que l'avis conjoint des psychiatres prévu au II de l'article L. 3211-12-1, doivent être transmis au greffe du tribunal par l'auteur de la saisine (soit le directeur de l'établissement d'accueil, dans le cas de soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, soit le préfet, dans le cas de soins sur décision du représentant de l'État) en même temps que la saisine elle-même, c'est-à-dire :

– au moins trois jours avant l'expiration du délai de quinze jours (1° de l'article R. 3211-27) ;

– ou au moins huit jours avant l'expiration du délai de six mois (2° de l'article R. 3211-27).

Ces délais constituent des dates-butoirs et rien n'empêche que le juge, si les circonstances le permettent, soit saisi et statue avant l'expiration des délais prévus au I de l'article L. 3211-12-1. La nouvelle rédaction proposée permet cependant à celui-ci de disposer, s'il le souhaite, d'un **délai de quatre jours minimum à compter de la saisine pour statuer** ; elle impose en revanche aux établissements de santé et au préfet de transmettre le dossier de saisine au greffe dans un délai maximal deux fois plus court que le délai actuel, celui-ci passant de 12 à 6 jours. Comme nous le verrons ultérieurement, ce raccourcissement va toutefois de pair, comme l'avait recommandé la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », avec la **suppression du certificat médical produit dans un délai de huit jours** à compter de l'admission ou de la réadmission en soins sans consentement (voir *infra* le commentaire de l'article 7). Ce certificat était en effet essentiellement produit à destination du juge, dans le cadre d'une saisine devant avoir lieu au plus tard à J+12 et une audience au plus tard à J+15. La situation est donc très différente avec un délai pour statuer désormais fixé à J+10 et une saisine devant en conséquence intervenir au plus tard à J+6. À cet égard, le nouveau **délai de saisine à six jours** prévu au présent article doit s'analyser comme un délai de **deux fois trois jours** : les trois premiers jours correspondant à la période d'observation et de soins initiale de 72 heures, et les trois jours suivant devant permettre la constitution et l'envoi du dossier de saisine.

Les deux derniers alinéas du I de l'article L. 3211-12-1, qui prévoient la possibilité pour le juge de recourir à des expertises supplémentaires et qui encadrent les délais dans lesquels ces expertises doivent être produites, restent quant à eux inchangés.

En revanche, par coordination avec la mention dans la loi des délais impartis pour saisir le juge, le **IV** de l'article L. 3211-12-1 est modifié. Rappelons que ce paragraphe pose le principe selon lequel la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète est acquise lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I (c'est-à-dire 15 jours aujourd'hui, 10 si la proposition de loi est adoptée, puis six mois). En revanche, en cas de saisine tardive, c'est-à-dire après l'expiration des délais de saisine prévus aujourd'hui à l'article R. 3211-27 du code de la santé publique, le juge n'est pas tenu de constater que la mainlevée est acquise lorsqu'il peut être justifié de « *circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive* » et sous réserve que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense. Le renvoi au décret en Conseil d'État pour fixer les délais au-delà desquels la saisine est considérée comme tardive est remplacé désormais par une **référence aux délais de saisine prévus au I**. Le paragraphe I fixant néanmoins à la fois le délai imparti au juge pour statuer et le délai imparti au directeur d'établissement ou au préfet pour saisir le juge, votre rapporteur souhaite clarifier la rédaction du présent IV afin que le renvoi au I ne soit pas source de confusion mais permette d'identifier clairement à quel délai (pour statuer ou pour saisir) il est fait référence respectivement aux premier et second alinéas du IV.

• ***Les modifications de coordination rendues nécessaires par d'autres dispositions de la proposition de loi***

Deux séries de modifications de référence sont introduites à l'article L. 3211-12-1, par coordination avec d'autres articles de la proposition de loi :

– tout d'abord au **3° du I** de l'article L. 3211-12-1, **la référence à l'article L. 3213-5 est remplacée, par deux fois, par la référence à l'article L. 3213-9-1**. Il est en effet proposé à l'article 8 de la présente proposition de loi, d'une part, d'abroger l'article L. 3213-5 du code de la santé publique (3°) et, d'autre part, de réécrire l'article L. 3213-9-1 du même code (6°) afin de ne pas laisser perdurer des dispositions potentiellement contradictoires. Rappelons qu'après avoir introduit l'article L. 3213-5 lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale 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, le législateur de 2011 a été contraint, suite à la décision n° 2011-135/140 QPC du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011, d'introduire en deuxième lecture un dispositif en quelque sorte concurrent, sous la forme de l'article L. 3213-9-1⁽¹⁾. Il est désormais

(1) L'article L. 3213-5 a en effet pour objectif de renvoyer au juge la responsabilité de trancher les cas de désaccord entre psychiatre et préfet sur la levée d'une mesure de soins, alors que l'article L. 3213-9-1 renvoie à un deuxième avis de psychiatre.

proposé de clarifier ces dispositions, d'une part, en supprimant l'article L. 3213-5 et, d'autre part, en proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 3213-9-1 qui reprenne en partie les dispositions de l'article L. 3213-5 ainsi supprimé. Les références à l'article L. 3213-5 contenues dans d'autres articles du code de la santé publique ont donc vocation à être remplacées désormais par des références à l'article L. 3213-9-1 ;

– ensuite, dans la continuité des modifications proposées dans le cadre du recours facultatif devant le juge des libertés et de la détention (II de l'article L. 3211-12) à l'article 4 de la présente proposition de loi visant à supprimer le régime spécifique de mainlevée des mesures de soins sans consentement des personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD et à préciser les conditions de mise en œuvre de ce même régime pour les personnes déclarées pénalement irresponsables, des modifications de coordination sont introduites aux **II et III** de l'article L. 3211-12-1 afin de prévoir des dispositions identiques dans le cadre du recours systématique du juge. Au second alinéa du II, est ainsi opéré un **renvoi au « II de l'article L. 3211-12 »** afin de définir les catégories de patients pour lesquelles l'avis du collègue prévu à l'article L. 3211-9 est requis et, au dernier alinéa du III, un même renvoi est opéré s'agissant du recueil obligatoire de deux expertises supplémentaires dans les cas où le juge envisage de prononcer la mainlevée de l'hospitalisation complète.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 1 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à réduire le délai d'intervention du juge de la liberté et de la détention (JLD) dans le cas d'une hospitalisation sans consentement. Le Conseil constitutionnel préconisait une durée maximale de 15 jours et vous proposez de la réduire à 10 jours. Je m'en félicite, mais sachant que les psychiatres sont en mesure de délivrer un diagnostic précis dans un délai 72 heures, nous proposons de ramener celui-ci à cinq jours.

M. le rapporteur. C'est effectivement ce que préconisait le rapport d'étape de la mission « Santé mentale », mais les ministères concernés ont attiré mon attention sur les difficultés liées à la constitution du dossier de saisine du juge et m'ont mis en garde sur les problèmes qu'entraînerait la réduction à cinq jours du délai d'intervention du juge, qui risquerait d'amener celui-ci à prendre une décision sur les aspects purement formels du dossier faute d'avoir reçu les documents nécessaires. Avis défavorable.

Mme Jacqueline Fraysse. L'argument des contraintes administratives et judiciaires ne me satisfait pas. Si nous voulons que les mesures que nous proposons soient applicables, il suffit de dégager les moyens nécessaires. Encore une fois, dix jours est une durée très longue pour une personne hospitalisée sous contrainte de façon injustifiée.

M. Gérard Sebaoun. Il serait difficile de réduire le délai en deçà de 10 jours car aux dires des syndicats de magistrats et de greffiers, les services administratifs de la justice seraient tout à fait incapables d'y faire face, faute de moyens.

M. Jean-Louis Roumegas. Un enfermement abusif de dix jours est intolérable, et l'argument des moyens n'est pas du tout de même nature, c'est pourquoi je voterai cet amendement.

M. le rapporteur. Si nous voulons un débat judiciaire, il faut lui donner le temps de s'organiser, de la convocation de la personne à la constitution du dossier et sa consultation par l'avocat. Je ne crois pas qu'un contrôle judiciaire digne de ce nom puisse être réalisé sans un délai minimum de préparation.

Je reconnais qu'être interné quinze jours, même dix jours, c'est très long, mais le recours facultatif reste ouvert puisque toute personne admise en soins psychiatriques sans son consentement peut saisir le juge avant même la date du contrôle systématique – même s'il n'est pas certain que le juge organisera pour autant une audience en amont de ce contrôle. Quoi qu'il en soit, nous devons nous attacher au bon déroulement des audiences auxquelles procèdent les magistrats. Ces derniers doivent en outre pouvoir rencontrer des patients sortis de la période de crise, et après avoir pris connaissance des certificats établis par les psychiatres et mis en place une procédure contradictoire.

La Commission rejette l'amendement AS 1.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 33 du rapporteur.

La Commission rejette ensuite l'amendement AS 15 de Mme Jacqueline Fraysse.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 34 du rapporteur.

Elle examine à présent l'amendement AS 21 de M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Le délai de six mois prévu entre deux décisions du juge des libertés et de la détention nous semble trop long, s'agissant d'une mesure de privation de liberté, c'est pourquoi nous proposons par cet amendement de le ramener à quatre mois.

M. le rapporteur. Ce qui porterait à trois le nombre de contrôles annuels. En psychiatrie, un certain nombre de personnes sont hospitalisées pendant plusieurs années, voire plusieurs dizaines d'années. Je ne suis pas certain qu'il soit de leur intérêt de se soumettre à trois contrôles par an.

Le premier contrôle, après celui établi à dix jours, intervient six mois plus tard. Devrions-nous envisager un contrôle intermédiaire ? Je suis défavorable à cet amendement en l'état, mais peut-être pourrions-nous prévoir un premier contrôle après quatre mois, suivi de contrôles tous les six mois ?

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite successivement les amendements rédactionnels AS 35 et AS 36 du rapporteur.

La Commission est à présent saisie de l'amendement AS 37 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise à allonger le délai de saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle systématique à six mois. Le juge serait saisi quinze jours avant d'avoir à statuer, au lieu de huit.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte successivement les amendements rédactionnels AS 38 et AS 39 du rapporteur.

La Commission examine l'amendement AS 11 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. L'avis conjoint présente un intérêt en théorie, mais en réalité le second avis diffère très peu celui établi par le spécialiste qui connaît bien le patient.

En outre, compte tenu de la démographie médicale dans certains territoires, cette contrainte formelle s'avère contreproductive. C'est pourquoi je propose d'introduire de la souplesse dans le dispositif en supprimant le caractère obligatoire de l'avis conjoint, qui sera désormais facultatif et rédigé à la demande du médecin psychiatre qui a établi le premier avis.

M. le rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement car il n'est pas concevable, sur le plan juridique, de laisser le premier psychiatre décider s'il souhaite que cet avis fasse ou non intervenir un second psychiatre.

Cela dit, il y a lieu de nous interroger sur l'avis conjoint. Le directeur de l'hôpital du Vinatier, que nous avons reçu la semaine dernière, nous a fait part de statistiques réalisées dans son établissement : sur 2 000 avis conjoints prononcés, il n'y a eu qu'un seul cas dans lequel l'avis du second praticien n'était pas conforme au premier. Ainsi, le psychiatre émet un avis, son confrère qui le contresigne lui fait confiance et entérine son avis. Cela ne correspond pas du tout à la volonté du législateur.

La solution que vous proposez, chère collègue, n'est cependant pas acceptable car alors ce serait le psychiatre qui déciderait de l'opportunité de demander un second avis.

Il est clair que le magistrat préfère disposer de l'avis d'un deuxième psychiatre, indépendant du psychiatre traitant. Toutefois, si le mécanisme mis en place par la loi de 2011 est impeccable sur le plan intellectuel, dans les faits il ne fonctionne pas. Devons-nous le modifier ou faire en sorte que les praticiens procèdent différemment ?

M. Gérard Sebaoun. Sur le plan pratique, notre collègue Boyer a raison et les personnes que nous avons auditionnées ont été très claires à ce sujet. En revanche, le fait que le magistrat ne dispose que d'un seul avis pose un problème, sur le plan du droit comme sur le plan médical.

Mme Valérie Boyer. Nous ne pouvons nous contenter d'un avis conjoint conforme, d'un « copier-coller ». Il nous faudra revoir cette question lors de l'examen de la loi de santé publique car le dispositif tel qu'il est actuellement fait peser une lourde responsabilité sur le psychiatre qui a émis le second avis. Nous sommes d'accord sur l'analyse, mais nous devons réfléchir pour apporter des solutions en veillant à ne pas créer une inflation des expertises.

M. le rapporteur. Nos collègues Blisko et Lefrand, dans leur rapport d'application sur la loi du 5 juillet 2011, avaient préconisé la création d'un groupe de travail sur les certificats médicaux. Ce n'était pas une mauvaise idée. Il est important que le magistrat chargé de statuer sur une hospitalisation puisse disposer de deux avis distincts, d'ailleurs ceux que nous avons rencontrés ne sont pas favorables à l'abandon de l'avis conjoint.

La Commission rejette l'amendement AS 11.

Elle adopte ensuite successivement trois amendements de précision, AS 40, AS 41 et AS 42, du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 5 modifié.

Article 6

(articles L. 3211-12-2 du code de la santé publique)

Déroulement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention

Le présent article vise à améliorer les dispositions de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique qui définissent les modalités selon lesquelles se déroulent les audiences devant le juge des libertés et de la détention en matière de soins psychiatriques sans consentement. Cet article entend ainsi répondre aux critiques dont sont l'objet les dispositions introduites par la loi du 5 juillet 2011 en proposant de mieux prendre en compte l'intérêt du patient dans la procédure. Celui-ci doit cependant s'articuler avec les conditions nécessaires à la manifestation de l'indépendance de la justice et, en particulier dans le domaine des libertés individuelles, avec les exigences du débat contradictoire. Les dispositions proposées restent donc le fruit d'un compromis entre deux impératifs.

1. Les insuffisances du dispositif institué en 2011

Permette au juge de statuer dans des conditions garantissant la sérénité des débats, tel a toujours été l'objectif du législateur. Déjà en 2011, le texte 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 avait été considérablement amélioré sur ce point lors de la navette parlementaire. Sur proposition du rapporteur de la commission des lois, M. Jean-René Lecerf, le Sénat avait ainsi introduit plusieurs précisions essentielles concernant la procédure :

– tout d’abord, la possibilité pour le juge de faire application des dispositions de l’article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972 qui l’autorise à statuer en **chambre du conseil** ;

– la faculté, ensuite, de tenir **audience à l’hôpital**, faculté assortie d’un certain nombre de précautions visant à garantir la constitutionnalité du dispositif⁽¹⁾ et prévoyant notamment le recours à une « *salle d’audience spécialement aménagée (...)* pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement » ;

– enfin, la **soumission du recours à la visioconférence à deux conditions** : d’une part, que l’audience ait lieu dans la salle d’audience spécialement aménagée susmentionnée et, d’autre part, qu’un avis médical atteste que l’état mental du patient n’y fait pas obstacle.

En dépit de ces améliorations, le constat a été rapidement dressé après l’entrée en vigueur de la loi d’une **inadéquation des modalités de l’audience devant le juge des libertés et de la détention aux cas des patients faisant l’objet de soins psychiatriques sans consentement**. Guy Lefrand et Serge Blisko déploraient ainsi dans le rapport sur la mise en application de la loi du 5 juillet 2011 la réticence de la hiérarchie judiciaire au principe même de la tenue d’audiences foraines ainsi que l’inadaptation des conditions matérielles d’accueil des patients au tribunal. Au vu des audiences auxquelles ils avaient assisté, tant à l’hôpital qu’au tribunal, ils concluaient que la tenue des audiences à l’hôpital devaient être généralisée, considérant qu’il fallait « *être volontariste sur cette question et demander aux juges de se déplacer (...) la tenue des audiences à l’hôpital [étant] non seulement matériellement faisable, sans être plus chronophage qu’une audience au tribunal, mais (...) surtout éminemment préférable d’un point de vue humain à tout autre type d’audience* »⁽²⁾. Les deux rapporteurs soulignaient également la nécessité d’encourager les juges à tenir audience en chambre du conseil, seule solution conforme au respect de la vie privée des patients. Sans pour autant soutenir le principe de l’organisation des audiences par le biais de la visioconférence, ils relevaient en revanche que ce

(1) Une proposition similaire avait été repoussée lors des débats en première lecture à l’Assemblée nationale en raison du risque d’inconstitutionnalité qui semblait peser sur elle suite à la décision n° 2011-625 du Conseil constitutionnel déclarant contraire à la Constitution l’article 101 de la loi d’orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI 2), qui autorisait le juge des libertés et de la détention à statuer dans une salle d’audience située au sein, et non plus seulement à proximité, d’un centre de rétention administrative. On ne peut toutefois tenir le même raisonnement pour un hôpital psychiatrique que pour un centre de rétention administrative, qui est, par définition, complètement fermé au public.

(2) Extrait du rapport d’information n° 4402 enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 22 février 2012.

dispositif permettait néanmoins au patient d'être entendu par le juge, conformément à la loi.

Les conclusions du rapport d'étape de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie »⁽¹⁾ convergent elles aussi vers un constat et des recommandations similaires :

– la mission, observant que les deux tiers des audiences avaient encore lieu au tribunal, dans des conditions déstabilisantes voire traumatisantes pour les patients, a ainsi préconisé de « *tenir les audiences de première instance dans l'emprise de l'établissement de santé sous réserve d'une salle adaptée, permettant, si elle est décidée, la publicité de l'audience* » ;

– sur le point précis de la publicité des débats, constatant que « *l'audience offr[ait] de multiples risques de violation du secret médical* », la mission a recommandé une inversion des règles de publicité, les audiences en chambre du conseil devenant la règle et les audiences publiques l'exception. Soulignons d'emblée que cette préconisation n'a pas été retenue dans la présente proposition de loi, le principe de publicité des débats étant apparu *in fine* comme une condition *sine qua non* de la tenue des audiences à l'hôpital, dans la mesure où celle-ci constitue une garantie pour le patient, tout particulièrement lorsque le juge statue en matière de liberté individuelle. La rédaction proposée ménage néanmoins une plus grande possibilité pour le juge de statuer en chambre du conseil ;

– s'agissant de la visioconférence, la mission a souligné qu'elle faisait l'objet d'un rejet quasi unanime. Toutefois, elle a également considéré qu'il convenait de tenir compte des cas de force majeure, comme les conditions météorologiques, et n'a donc pas proposé sa suppression ;

– enfin, tout en observant que la présence d'un avocat semblait assurée dans la quasi-totalité des cas, la mission a estimé que la question de l'assistance du patient par un avocat se posait néanmoins du point de vue des principes et a donc préconisé de rendre obligatoire cette assistance.

2. Les améliorations proposées

Le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique visant à orienter les dispositions aujourd'hui en vigueur dans un sens plus protecteur pour les patients. Une nouvelle architecture de l'article est par ailleurs introduite à l'occasion de cette réécriture.

● **Élargissement de la possibilité de tenir audience en chambre du conseil**

Le **I** de l'article L. 3211-12-2 fixe désormais les règles générales applicables à l'organisation des audiences. Si, au premier alinéa de ce paragraphe, les principes du **débat contradictoire** et de la **publicité de l'audience** ne sont pas

(1) Rapport d'information n° 1085, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013.

modifiés, la **possibilité pour le juge de statuer en chambre du conseil** est renforcée. Rappelons qu'aujourd'hui, le texte renvoie à l'article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972 qui permet au juge de « *décider que les débats auront lieu ou se poursuivront en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, ou si toutes les parties le demandent, ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice* ». Le fait que toutes les parties doivent s'accorder pour demander à ce que l'audience ait lieu en chambre du conseil est notamment apparu comme une condition excessivement restrictive. C'est pourquoi la rédaction proposée, si elle reprend globalement les dispositions de la loi de 1972, prévoit néanmoins que la **demande d'une seule des parties** suffit pour que le juge décide de statuer en chambre du conseil. Votre rapporteur vous propose cependant d'aller plus loin et de prévoir que la chambre du conseil est de droit lorsque le patient le demande.

● **Assistance obligatoire d'un avocat à l'audience**

Le deuxième alinéa du I précise les conditions dans lesquelles le patient est entendu à l'audience. Alors qu'aujourd'hui l'assistance d'un avocat n'est que facultative (« *À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci* »), le présent article prévoit de la rendre obligatoire : « *À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue et doit être assistée de son avocat ou représentée par celui-ci* ». Soulignons que la pratique actuelle montre un recours quasi systématique (94 %) à la commission d'office pour l'assistance ou la représentation par un avocat dans le cadre des recours contre des mesures de soins sans consentement.

L'objectif est ici de renforcer la protection juridique dont bénéficient les patients en soins sans consentement : ces derniers n'ayant *a priori* pas la capacité à consentir aux soins qui leur sont nécessaires, il apparaît logique de considérer qu'ils n'ont pas non plus la capacité de se défendre seuls. À titre de comparaison, aujourd'hui, l'assistance d'un avocat est obligatoire devant la cour d'assises et devant le tribunal pour enfants.

Cette disposition constituant potentiellement une charge nouvelle pour le budget de l'État, un gage a été introduit à la fin de la proposition de loi (article 13) dont votre rapporteur ne doute pas cependant qu'il sera levé par le Gouvernement.

● **Principe de la tenue de l'audience à l'hôpital**

Le dernier alinéa du I définit le lieu de l'audience comme étant à l'hôpital, inversant ainsi le principe retenu dans la loi du 5 juillet 2011 qui prévoit que « *le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance* » sauf s'il décide de statuer dans une salle d'audience « *spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats* ». Le présent alinéa encadre néanmoins très strictement les conditions dans lesquelles l'audience a lieu : ainsi la salle

d'audience de l'hôpital est désormais définie comme une **salle d'audience** « *attribuée au ministère de la justice* ». Cela signifie que cette salle doit être dédiée aux audiences du juge des libertés et de la détention, si ce n'est en permanence, du moins de façon à assurer, d'une part, « *la clarté, la sécurité et la sincérité des débats* » et, d'autre part, « *l'accès du public* ». Ces exigences devront donc se traduire très concrètement dans l'agencement et l'accessibilité des lieux. Rappelons à cet égard qu'aujourd'hui, l'aménagement des salles d'audience situées sur l'emprise des hôpitaux répond à un **cahier des charges immobilier** précis, annexé à la circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011. Ce cahier des charges définit notamment la taille des locaux nécessaires, les aménagements immobiliers périphériques ainsi que les aménagements intérieurs ; il est complété par plusieurs fiches décrivant le box d'entretien confidentiel, la salle des délibérés et le schéma d'organisation de la salle d'audience, également annexées à cette circulaire.

La création de telles salles d'audience ne devrait toutefois pas être systématique dans tous les établissements de santé accueillant des personnes en soins sans consentement. En effet, le présent alinéa prévoit que la salle d'audience peut se situer sur l'emprise de l'établissement d'accueil mais également sur celle d'un « *autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance* ». Cette faculté permettra, en cas de besoin, de mutualiser les salles d'audience entre établissements. Aujourd'hui, de telles salles d'audience « communes » n'ont pas été mises en place dans le cadre du contrôle des mesures de soins sans consentement, mais on peut citer le cas de la salle d'audience située à proximité du centre de rétention administrative du Canet à Marseille qui centralise les audiences concernant les personnes retenues dans plusieurs centres. Votre rapporteur souhaite néanmoins que ces salles d'audience communes ne deviennent pas la règle et que l'on ne puisse y recourir que dans des conditions bien définies.

Enfin, notons que si les conditions susmentionnées ne sont pas satisfaites, le juge peut décider, soit d'office, soit à la demande de l'une des parties, de statuer au siège du tribunal de grande instance.

● *Un recours limité à la visioconférence*

Les modalités de recours à la visioconférence font désormais l'objet du **II** de l'article L. 3211-12-2. Les dispositions reprises au sein de ce paragraphe sont quasiment inchangées sur le fond. Deux précisions importantes sur la forme sont néanmoins introduites :

– d'une part, le recours à la visioconférence est limité « *en cas de nécessité* ». Si la notion de force majeure pourrait être jugée trop restrictive, votre rapporteur s'interroge néanmoins sur la portée de la précision ainsi introduite, craignant que la notion de « nécessité » soit interprétée trop largement : il ne saurait ainsi s'agir d'une simple nécessité de service ;

– d’autre part, il ne suffit plus de recueillir « *l’absence d’opposition du patient* » mais il faut désormais obtenir son « *accord exprès* » pour pouvoir recourir à ce procédé (2° du II). L’autre condition (la production d’un avis médical attestant que l’état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé) demeure quant à elle inchangée (1° du II).

La rédaction de ces dispositions est par ailleurs modifiée, s’agissant de la désignation du lieu de l’audience et des salles où sont rédigés les procès-verbaux, sans toutefois que leur sens en soit changé.

Enfin, on notera que le III mentionne la possibilité, prévue aujourd’hui au quatrième alinéa de l’article L. 3211-12-2, qui est donnée au président du tribunal de grande instance d’autoriser, en cas de nécessité, la tenue d’une seconde audience le même jour, au siège du tribunal de grande instance.

*

La Commission examine l’amendement AS 9 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Cet amendement vise, au même titre que les amendements AS 19 et AS 20, à remédier de façon pragmatique aux difficultés liées au déplacement au tribunal des personnes qui subissent des soins sans consentement.

Le présent amendement vise à ce que l’audience se tienne certes, au sein de l’établissement de santé, dans une salle spécialement aménagée à cet effet, mais uniquement en chambre du conseil. Cette solution permettrait d’assouplir le cahier des charges immobilier des salles d’audience qui est difficile à mettre en œuvre, long et coûteux pour les établissements de santé. Au cas où le patient souhaiterait une audience publique, il lui suffirait néanmoins de le demander. L’audience aurait alors lieu au tribunal.

M. le rapporteur. Votre proposition n’est en rien pragmatique. Certes, la tenue de l’audience en chambre du conseil permet à l’hôpital d’économiser les frais liés à la publicité, mais si le patient souhaite une audience publique il faut transporter toutes les personnes qui participent à l’audience au tribunal de grande instance, qui peut se trouver à 80 km de l’hôpital. Cette organisation serait difficile à mettre en place pour les magistrats, les greffiers et les établissements hospitaliers.

La mission d’information sur la santé mentale et l’avenir de la psychiatrie recommandait dans son rapport d’étape d’organiser l’audience en chambre du conseil, mais j’ai évolué sur ce point. Je préconise que l’audience reste publique dans son principe, puisque la publicité manifeste l’indépendance de la justice. Si, à la demande du patient, l’audience se tient en chambre du conseil, il doit être clair pour tout le monde que le juge des libertés siège dans un espace judiciaire et dans des conditions inhérentes à la justice. Je regrette que pour réaliser des économies, certains soient prêts à s’affranchir de ce principe. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 9.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 43 du rapporteur.

La Commission examine l'amendement AS 44 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise à préciser que la tenue de l'audience en chambre du conseil est de droit dès lors que le patient la demande.

La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Elle adopte ensuite l'amendement de précision AS 45 du rapporteur.

La Commission examine l'amendement AS 46 du rapporteur.

M. le rapporteur. Les personnes que nous avons auditionnées nous ont fait remarquer que la rédaction de cet article permettrait de regrouper au sein d'un établissement toutes les audiences organisées dans le ressort du tribunal de grande instance. Ce n'est pas le but de la proposition de loi, qui prévoit que la salle d'audience se trouve dans l'établissement où est pris en charge le patient, sauf en cas de nécessité impérieuse.

M. Gérard Sebaoun. La notion de nécessité impérieuse est-elle validée par le droit ?

M. le rapporteur. Elle existe dans le droit relatif à l'expulsion des étrangers. La notion d'urgence absolue existe elle aussi dans le droit. Des thèses ont été écrites sur le sujet !

M. Gérard Sebaoun. Je veux être assuré que nous parlons de cas exceptionnels.

M. le rapporteur. Je fais confiance aux magistrats pour appliquer la loi. Quoi qu'il en soit, il était important de souligner qu'une simple nécessité de service ne saurait justifier la mutualisation des salles d'audience.

La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Puis elle rejette successivement, après avis défavorable du rapporteur, les amendements AS 19 et AS 20 de Mme Valérie Boyer.

La Commission examine l'amendement AS 48 du rapporteur.

M. Gérard Sebaoun. Cet amendement vise à ce que l'audience se déroule à titre tout à fait exceptionnel par visioconférence, car selon les psychiatres ce n'est pas une méthode adaptée à leurs patients.

M. le rapporteur. Son adoption ferait tomber l'amendement AS 22 de M. Roumegas, qui réservait la visioconférence aux cas de force majeure.

M. Jean-Louis Roumegas. Je regrette que mon amendement tombe car j'y avais introduit l'obligation pour le juge de motiver sa décision de recourir à la visioconférence.

M. le rapporteur. Ou bien la décision de recourir à la visioconférence est une mesure d'organisation judiciaire, et dans ce cas la motivation n'est pas utile, ou bien elle peut affecter de nullité la procédure en première instance, dans ce cas elle sera purgée en appel. Je vous propose de vérifier la nature juridique de la décision de recourir à la visioconférence, mais en l'état je ne suis pas favorable à un amendement imposant une décision motivée.

M. Jean-Louis Roumegas. Il me semble que le fait de devoir motiver sa décision pourrait dissuader le juge de recourir à la visioconférence.

La Commission adopte l'amendement AS 48 à l'unanimité.

L'amendement AS 22 tombe.

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 47 du rapporteur.

Elle examine à présent l'amendement AS 10 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Afin de ne pas faire pression sur le tiers demandeur et de le dissuader de tenir la place que la loi lui confère dans certaines situations, il convient d'indiquer sur la convocation que sa présence est facultative.

M. le rapporteur. Ce type de convocation existe en matière de tutelle et de curatelle, mais il est paradoxal d'envoyer une convocation en précisant qu'il est possible de s'y soustraire. Quoi qu'il en soit, cette disposition n'est pas de nature législative mais réglementaire. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 modifié.

Article 6 bis

(article L. 3211-12-4 du code de la santé publique)

Précisions sur la procédure d'appel

La Commission est saisie de l'amendement AS 49 du rapporteur portant article additionnel après l'article 6.

M. le rapporteur. Cet amendement vise, d'une part, à permettre au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de statuer au tribunal dans le cadre d'une procédure d'appel d'une décision du juge des libertés et de la détention, et d'autre part, à prévoir la production obligatoire d'un avis médical

dans le cadre de la procédure d'appel afin que le juge puisse disposer d'informations à jour sur l'état mental du patient.

La Commission adopte l'amendement.

Avant l'article 7

La Commission examine l'amendement AS 5, de Mme Valérie Boyer, portant article additionnel avant l'article 7.

Mme Valérie Boyer. Cet amendement vise à rapprocher deux notions très proches mais que la loi de 2011 a distinguées : le péril imminent et l'urgence. L'urgence est une notion juridique imprécise, et dans ce cas l'admission peut se faire à la demande d'un tiers mais selon une procédure simplifiée – un seul certificat qui peut émaner d'un médecin de l'établissement ; le péril imminent a été défini par la Haute autorité de santé et illustré à plusieurs reprises par la jurisprudence : dans ce cas le patient peut être admis, en l'absence de tiers demandeur, sur la base d'un seul certificat devant nécessairement émaner d'un médecin extérieur à l'établissement.

Je propose par cet amendement d'éviter ce qui pourrait devenir un véritable « nid à contentieux », en fondant la procédure d'admission uniquement sur le péril imminent mais en prévoyant deux procédures distinctes en fonction de la présence ou non du tiers demandeur.

M. le rapporteur. Si nous modifions la loi du 5 juillet 2011, c'est que le Conseil constitutionnel nous y a invités, et si nous touchons au contrôle juridictionnel c'est qu'il nous est possible de le corriger sur certains points de façon relativement aisée. Mais il s'agit là de procédures très récentes, qui ont à peine deux ans d'existence. Je propose de les laisser vivre pour nous donner le temps d'apprécier leurs périmètres respectifs.

Quoi qu'il en soit, les deux procédures sont différentes sur le plan juridique. La première s'apparente à ce que les psychiatres appellent le « tiers sans tiers ». Il s'agit d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, mais le tiers n'existe pas. Seuls interviennent alors le directeur d'établissement et le médecin. La seconde répond à une situation d'urgence – par exemple lorsqu'un patient qui se présente aux urgences de l'hôpital doit être admis en urgence dans un service psychiatrique – et nécessite la présence d'un tiers.

Sauf à me démontrer qu'il serait inutile de maintenir les deux procédures, je préfère les conserver en l'état. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 5.

TITRE II

CONSOLIDATION DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Le présent titre rassemble les dispositions de la proposition de loi visant à modifier les procédures d'admission et de maintien en soins prévues par les chapitres II (admission en soins sur demande d'un tiers) et III (admission en soins sur décision du représentant de l'État) du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique. L'objectif poursuivi au travers des trois articles qui composent ce titre est, d'une part, de rationaliser le nombre de certificats médicaux produits dans le cadre de ces procédures et, d'autre part, de clarifier plusieurs dispositions régissant les mesures de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État dans le département.

CHAPITRE I^{ER}

Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits dans le cadre d'une mesure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Article 7

(articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3212-9 du code de la santé publique)

Simplification des procédures dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers

Par coordination avec les dispositions prévues à l'article 5 visant à raccourcir le délai dans lequel le juge des libertés et de la détention est appelé à se prononcer sur les mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète, le présent article prévoit de supprimer le certificat médical qui, aux termes de l'article L. 3212-7, doit être produit « *après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission* », autrement dit le certificat « de huitaine » ou « J+8 ».

Rappelons que ce certificat a été introduit par la loi du 5 juillet 2011 pour remplacer le certificat médical de quinzaine, sur la base duquel était prononcé le maintien des soins pour une durée d'un mois renouvelable, certificat supprimé à la suite de la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 dans laquelle le Conseil constitutionnel a estimé que l'hospitalisation sans consentement ne pouvait être maintenue au-delà de quinze jours sans l'intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire.

La production du certificat médical sur lequel se fonde la décision éventuelle de maintien en soins sans consentement pour une durée maximale d'un mois a ainsi été avancée et doit aujourd'hui intervenir dans un délai de cinq à huit jours à compter de l'admission. Lorsque le patient est pris en charge en hospitalisation complète, une copie de ce certificat doit en outre être envoyée

« sans délai » au juge afin de lui permettre de disposer d'éléments à jour pour statuer (dernier alinéa de l'article L. 3212-7).

La proposition de loi prévoyant de réduire à dix jours à compter de l'admission le délai imparti au juge pour contrôler les mesures d'hospitalisation complète et à six jours à compter de la même date le délai dans lequel ce dernier doit être saisi, il convient d'avancer la date à laquelle la décision de maintenir le patient en soins est prise, laquelle interviendrait sinon à un moment particulièrement inopportun de la procédure (entre la saisine et l'audience). De ce fait, le certificat de « J+8 » à l'appui duquel cette décision est prise aujourd'hui devient inutile : il ne peut être conservé à cette date et ne peut pas non plus être avancé sous peine de faire doublon avec le certificat produit à l'issue de la période d'observation et de soins initiale de 72 heures.

La solution retenue par la présente proposition de loi est donc de **supprimer la production du certificat de « J+8 »**. Cette solution permettra par ailleurs d'alléger les tâches administratives des psychiatres, tâches qui ont connu une croissance exponentielle depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 et qui contribuent à réduire le temps médical disponible sans pour autant constituer une garantie réelle pour la protection de la liberté individuelle du patient. C'est pourquoi en supprimant ce certificat, le législateur, loin d'ôter une mesure protectrice des droits des patients, permettra surtout au soignant de libérer du temps non seulement pour se consacrer à la clinique mais également pour accorder une attention accrue au contenu et à la forme des autres certificats qu'il a la responsabilité de produire, notamment dans le cadre du contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète.

1. Une rationalisation attendue du nombre de certificats produits dans les quinze premiers jours de l'hospitalisation

• *Le rôle des certificats médicaux dans la procédure de maintien en soins sans consentement*

En faisant de la production par les psychiatres d'un certain nombre de certificats médicaux au cours de la mesure de soins psychiatriques sans consentement une garantie pour la sauvegarde de la liberté individuelle des patients, le Conseil constitutionnel a en quelque sorte « tétanisé » le législateur de 2011 qui, tout en étant conscient des difficultés concrètes soulevées par les dispositions qu'il adoptait, a considérablement renforcé les obligations pesant sur les médecins et sur les établissements en la matière. Cette situation est très bien résumée dans le rapport de Guy Lefrand et Serge Blisko sur l'application de la loi du 5 juillet 2011 : « *La question du nombre de certificats médicaux à produire et de la difficulté à trouver des rédacteurs pour ces certificats est revenue comme un leitmotiv lors des auditions. Ce point avait évidemment été identifié lors des débats parlementaires. Rappelons à cet égard que le texte initial n° 2494 (avant le dépôt de la lettre rectificative) prévoyait un allègement du nombre des certificats médicaux. Le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 26 novembre 2010,*

ayant néanmoins fait de la production de ces certificats une garantie pour le patient, non seulement leur nombre a été maintenu mais la production de certificats médicaux supplémentaires à destination du juge des libertés et de la détention a également été prévue. Les marges de manœuvre paraissent donc limitées. Il n'en demeure pas moins que cette question constitue toujours un **point de fixation** tant pour les psychiatres que pour les directeurs d'établissement de santé » ⁽¹⁾.

Votre rapporteur ne peut que confirmer ces propos, en soulignant par ailleurs que la question centrale n'est pas de trouver le moyen d'alléger la charge de travail des psychiatres mais bien de **faire en sorte que les certificats médicaux produits aient une réelle utilité** pour le suivi du patient et pour la bonne information du juge. Or il s'avère que l'obligation de produire ces certificats est appréciée très diversement sur le territoire. Par ailleurs, la quantité nuisant à la qualité, un grand nombre de certificats plus ou moins bien rédigés ne saurait constituer une réelle garantie pour les patients. Votre rapporteur tient à cet égard à rappeler les propos tenus par le Contrôleur général des lieux de privation de libertés devant la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » : « la pénurie de psychiatres se traduit par de **fausses garanties** (...) Il y a une **déviante** de ce qu'on a cru pouvoir trouver comme garantie (...) Il faut en revenir à un meilleur équilibre : c'est une nécessité de gestion et pour les malades eux-mêmes ». Propos corroborés par l'Union syndicale des magistrats qui a indiqué à la mission, par la voix de sa présidente qu'il était « **indispensable d'alléger le formalisme préalable au contrôle du juge**. C'est assez paradoxal mais **essentiel pour renforcer l'effectivité du contrôle**. À force de répéter des certificats médicaux très nombreux dans un délai très restreint, les médecins, y compris ceux qui étaient tout à fait volontaires pour une application totale et complète de la loi, commencent à être atteints par un phénomène d'usure : on utilise de plus en plus le copier-coller, ce qui peut entraîner des erreurs de dates purement formelles dans les certificats médicaux. Il y a une perte de substance dans les certificats médicaux, car quand vous devez rédiger une multitude de certificats, au bout d'un moment, vous entrez peut-être un peu moins dans le détail des symptômes, des difficultés et des conséquences que pourrait avoir une levée de l'hospitalisation, ce qui **empêche en fin de compte le juge de disposer d'une réelle vision de l'ensemble de la problématique** » ⁽²⁾.

Pour votre rapporteur, ces raisons sont suffisantes pour justifier la suppression de l'un au moins des certificats médicaux produits dans les dix premiers jours de l'hospitalisation. Cette suppression permettra en effet d'améliorer les conditions de suivi des patients et de production des autres certificats médicaux, notamment ceux destinés au juge et, partant, de renforcer les garanties dont doivent bénéficier les patients contre une hospitalisation qui ne

(1) Rapport d'information n° 4402 enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012.

(2) Rapport d'information n° 1085, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013.

serait pas « *adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade* » conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel.

- *Le dispositif proposé*

Le 1° modifie l'article L. 3212-4 du code de la santé publique afin d'**avancer la date à laquelle la décision de maintenir le patient en soins pour une durée d'un mois est prise** par le directeur d'établissement.

Rappelons que l'article L. 3212-4 détermine la procédure applicable à l'issue de la période d'observation et de soins initiale. Il prévoit ainsi dans son deuxième alinéa que le directeur d'établissement « *prononce le maintien des soins en retenant la forme de prise en charge proposée par le psychiatre* » lorsque les deux certificats médicaux prévus à l'article L. 3211-2-2 (celui de 24 heures et celui de 72 heures) ont conclu à la nécessité de prolonger les soins. N'étant assortie d'aucune durée, cette décision de maintien est donc implicitement prononcée pour une durée pouvant aller de deux à cinq jours, c'est-à-dire jusqu'à la prochaine échéance, fixée par l'article L. 3212-7 à huit jours maximum après l'admission. À cette date, un nouveau certificat médical est établi « *au vu [duquel] (...), les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois* » (deuxième alinéa de l'article L. 3212-7).

Ces dispositions ayant vocation à être supprimées, le 1° introduit directement au sein du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 la précision selon laquelle le directeur d'établissement prononce le maintien des soins « *pour une durée d'un mois* ». On notera que la notion de durée maximale n'a pas été reprise, dans la mesure où elle pouvait porter à confusion : cette durée d'un mois est considérée comme « maximale » car la mesure de soins peut être levée à tout moment ; elle ne signifie pas en revanche que le directeur pourrait maintenir les soins en fixant la durée de son choix, sous réserve que celle-ci soit inférieure à un mois. Dans les faits, le directeur se borne en effet à prononcer, ou non, le maintien en soins pour un mois. Toute autre interprétation rendrait en outre impossible la computation des délais pour le réexamen des hospitalisations complètes par le juge, qui sont comptabilisés en mois.

Le 2° modifie quant à lui la rédaction de l'article L. 3212-7 afin de **supprimer la référence au certificat de « J+8 »**. Les dispositions relatives à la production de ce certificat sont remplacées par la mention selon laquelle, à l'issue de la première période d'un mois, le directeur peut prononcer le maintien des soins pour des périodes d'un mois renouvelables (*a*). Ces dispositions ne modifient pas le droit en vigueur puisqu'elles figurent déjà aujourd'hui au deuxième alinéa de l'article L. 3212-7 : le contenu de cet alinéa étant ainsi « remonté » au sein du premier alinéa (*b*), le deuxième alinéa est supprimé (*c*). Enfin, la précision selon laquelle le certificat de J+8 est envoyé au juge, qui figure à la fin du dernier alinéa de l'article, est elle-aussi supprimée (*d*).

2. Mise en cohérence de la procédure permettant de passer d'une mesure de soins à la demande d'un tiers à une mesure de soins sur décision du représentant de l'État

Le 3° du présent article vise quant à lui à mettre en cohérence les dispositions du **dernier alinéa de l'article L. 3212-9** du code de la santé publique avec celles de l'article L. 3213-6 auxquelles cet alinéa renvoie.

L'article L. 3212-9 prévoit les conditions dans lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil d'un patient admis en soins à la demande d'un tiers peut s'opposer à la levée de la mesure de soins ou faire en sorte que cette mesure soit transformée en mesure de soins sur décision du représentant de l'État, lorsque la demande de levée émane d'un proche ⁽¹⁾. Deux cas de figure sont prévus :

– le premier autorise le directeur d'établissement à ne pas « *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 possibles ;

– le second prévoit que le directeur de l'établissement informe de la demande de levée le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, « *lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». L'article L. 3213-6 alors s'applique : le préfet peut prendre admettre le patient en soins psychiatriques sans consentement sur le fondement de l'article L. 3213-1 (mesure de soins sur décision du représentant de l'État).

Cette seconde possibilité, qui figure donc au dernier alinéa de l'article L. 3212-9, ne fait en réalité que reprendre les dispositions de l'article L. 3213-6 en les appliquant au contexte particulier d'une demande de levée de la mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'article L. 3213-6 permettant par ailleurs à tout moment le **passage d'une mesure de soins prise en application du chapitre II** du titre premier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique **à une mesure prise sur le fondement du chapitre III**. Un hiatus existe néanmoins entre la rédaction de cet alinéa et celle de l'article L. 3213-6 qui ménage en effet la possibilité pour le

(1) Le 2° de l'article L. 3211-9 fait plus précisément référence à « l'une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1 », qui fixe la liste des personnes que le directeur d'établissement doit s'efforcer de prévenir en cas d'admission d'une personne en soins sans consentement en cas de péril imminent (en l'absence de tiers), en l'occurrence : la famille de la personne malade ; le cas échéant, la personne chargée de sa protection juridique ; ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (à l'exception des personnels soignants de l'établissement d'accueil).

préfet de prendre sa décision au vu soit d'un certificat médical soit « *lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, [d']un avis médical sur la base de son dossier médical* ». L'objectif du présent 3° est donc de prévoir une même possibilité au dernier alinéa de l'article L. 3212-9.

*

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 50 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 8 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. La loi prévoit une évaluation approfondie dès lors que la durée des soins est supérieure à un an. L'article 7 ne prévoyant pas la reconduction de cet examen dans l'hypothèse où la prise en charge se poursuivrait au-delà d'un an, l'objet de cet amendement est de prévoir cette éventualité.

Il permet par ailleurs de substituer la notion d'« évaluation approfondie », imprécise et incertaine quant à ses conséquences juridiques, à celle d'« évaluation médicale ».

M. le rapporteur. Si vous acceptez de rectifier votre amendement afin, non pas de substituer l'adjectif « médicale » à l'adjectif « approfondie » mais de remplacer l'expression « évaluation approfondie » par celle d'« évaluation médicale approfondie », je serai favorable à l'amendement AS 8.

M. Gérard Sebaoun. L'évaluation n'est-elle pas médicale par nature ?

La Commission adopte l'amendement AS 8 rectifié de Mme Valérie Boyer.

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 51 du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

Article 7 bis

Rapport sur la dématérialisation du registre des hospitalisations sous contrainte

La Commission est saisie de l'amendement AS 52, du rapporteur, portant article additionnel après l'article 7.

M. le rapporteur. Le registre est un énorme recueil de décisions et de documents médicaux concernant les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. À l'évidence, sa tenue est chronophage et sa consultation difficile. Les techniques contemporaines permettraient d'organiser un archivage de meilleure qualité, de façon dématérialisée, mais les personnes qui le consultent, par exemple les membres de la commission départementale des soins psychiatriques, doivent le signer et y apposer d'éventuelles observations.

Il nous a été demandé de façon pressante de réformer ce registre. Sa suppression n'est pas envisageable s'agissant d'hospitalisations sous contrainte car le registre est une garantie pour les patients. En revanche, nous pourrions envisager de le dématérialiser. Nous demandons donc au Gouvernement, dans l'année qui suivra le vote de la loi, de nous présenter un rapport sur la base duquel nous pourrions légiférer. Je vous indique, madame Boyer, que cet amendement répond par avance à votre amendement AS 14, que nous examinerons après l'article 11.

La Commission adopte l'amendement AS 52.

Avant l'article 8

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 53, du rapporteur, portant article additionnel avant l'article 8 et modifiant le titre du chapitre II.

CHAPITRE II

Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits et clarification des procédures applicables dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Article 8

(articles L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-5, L. 3213-7, L. 3213-8 et L. 3213-9-1 du code de la santé publique)

Clarification des procédures applicables aux personnes déclarées pénalement irresponsables et aux cas de désaccord entre psychiatre et préfet

Le présent article propose de modifier sur plusieurs points les dispositions prévues au chapitre III du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique relatives aux mesures de soins psychiatriques sans consentement prises sur décision du représentant de l'État dans le département. Ces modifications sont de trois ordres, elles visent :

– tout d'abord, à tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 en ce qui concerne le **régime de levée des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les personnes déclarées pénalement irresponsables ainsi que celles séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles** introduit par la loi du 5 juillet 2011 ;

– ensuite, à procéder à la **suppression du certificat de « J+8 »** comme cela est proposé dans le cadre des mesures de soins décidées en application du chapitre II (voir *supra* le commentaire des 1^o et 2^o de l'article 7) ;

– enfin, à résoudre le hiatus existant entre les articles L. 3213-5 et L. 3213-9-1 du code de la santé publique sur les cas de **désaccord entre psychiatre et préfet concernant la levée des mesures de soins**.

1. Les dispositions visant à tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012

Le 1°, 4° et 5° du présent article visent à introduire les modifications rendues nécessaires par la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 concernant le régime d'entrée et de sortie d'hospitalisation sans consentement des personnes déclarées pénalement irresponsables.

• Le 1° modifie tout d'abord l'article **L 3213-1** du code de la santé publique qui détermine la procédure applicable à l'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État. Il supprime tout d'abord au **a)** les dispositions qui font obligation au psychiatre d'**informer le directeur de l'établissement d'accueil du patient de l'existence d'« antécédents » mentionnés dans le dossier médical du patient** susceptibles d'entraîner l'application d'un régime spécifique de sortie de soins pour l'intéressé. Ces « antécédents » sont soit une hospitalisation antérieure ordonnée suite à une décision d'irresponsabilité pénale, soit un séjour préalable d'au moins un an en unité pour malades difficiles. À charge ensuite pour le directeur d'établissement de signaler « *sans délai* » ces éléments au préfet (deuxième alinéa du I). Cette obligation d'information et de transmission au préfet ne s'applique pas toutefois lorsque les antécédents susmentionnés remontent à plus de 10 ans.

Le **b)** propose quant à lui une nouvelle rédaction du III de l'article L. 3213-1 qui prévoit les cas dans lesquels le préfet ne peut décider d'une **prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète** sans avoir recueilli au préalable l'avis du collège mentionné à l'article L. 3213-9. Sont aujourd'hui concernées par cette procédure :

– les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire qui font l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou en ont fait l'objet au cours des dix dernières années ;

– les personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État qui séjournent dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou y ont séjourné, pendant au moins un an, au cours des dix dernières années.

L'objet de cette nouvelle rédaction est de restreindre le champ des personnes concernées par ces dispositions aux **seules personnes déclarées pénalement irresponsables et hospitalisées sur ce fondement au moment où la question de la modification de leur forme de prise en charge se pose** (il n'est donc plus tenu compte des « antécédents » susmentionnés). En outre, conformément à la décision du Conseil constitutionnel, ce dispositif de « sûreté » est limité aux personnes ayant commis des infractions graves, caractérisées par une référence aux peines encourues (au moins cinq ans d'emprisonnement en cas

d'atteinte aux personnes ou au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens).

Pour une meilleure lisibilité de cet article, votre rapporteur propose de le réécrire intégralement au présent 1°.

● Le 4° modifie ensuite l'**article L. 3213-7** du code de la santé publique qui prévoit la possibilité pour le préfet de prendre « *toute mesure utile* » après avoir été avisé par les autorités judiciaires lorsque celles-ci estiment que l'état mental d'une personne, qui a bénéficié soit d'un **classement sans suite** car elle était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (article L. 121-2 du code pénal) soit d'une décision, d'un jugement ou d'un arrêt de **déclaration d'irresponsabilité pénale** pour cause de trouble mental, nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public. L'objectif de ces dispositions est de permettre l'admission de l'intéressé en **soins sans consentement sur décision du représentant de l'État**, lorsque son hospitalisation n'est pas ordonnée directement par les autorités judiciaires en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale. La procédure prévoit à cet égard que le préfet ordonne « *sans délai* » la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade au vu duquel, il peut prononcer une mesure d'admission en soins sans consentement dans les conditions prévues à l'article L. 3213-1.

Le **a)** vise tout d'abord à alléger la procédure administrative en prévoyant que la production du certificat médical susmentionné n'est pas requise lorsque la personne déclarée pénalement irresponsable est déjà prise en charge en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État. Il est en effet inutile dans ce cas d'ordonner la production d'un nouveau certificat, uniquement pour modifier le fondement de la mesure en cours.

Le **b)** permet quant à lui d'introduire deux nouveaux alinéas permettant de répondre aux exigences du Conseil constitutionnel qui a soulevé, dans sa décision du 20 avril 2012, l'absence d'« **information préalable de la personne intéressée** ». Il est ainsi prévu dans le premier alinéa que si l'état de la personne le permet, « *celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le représentant de l'État dans le département* ». Cet alinéa précise, comme à l'article L. 3211-3 relatif aux informations à fournir aux personnes admises en soins psychiatriques sans consentement, que cette information « *est transmise par tout moyen et de manière appropriée* » à son état.

Le deuxième alinéa du **b)** prévoit quant à lui une **information spécifique du préfet lorsque les faits pour lesquels la personne a été déclarée pénalement irresponsable sont d'une particulière gravité** (faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens). Cette information conditionne en

effet la mise en œuvre du régime spécifique de mainlevée par le juge et de levée par le préfet de la mesure de soins sans consentement de l'intéressé prévu, pour le premier, aux II de l'article L. 3211-12 et aux II et III de l'article L. 3211-12-1, et, pour le second, au III de l'article L. 3213-1 et à l'article L. 3213-8 (dans leur rédaction résultant de la présente proposition de loi). Il est également précisé, toujours pour répondre aux considérations exprimées par le Conseil constitutionnel, que les personnes concernées doivent également être informées de l'existence de ce régime spécifique et de ses conséquences sur les conditions dans lesquelles la levée de leur mesure de soins pourra être décidée.

• Le 5° enfin introduit au sein de l'**article L. 3213-8** du code de la santé publique les modifications de coordination rendues nécessaires par la suppression du régime spécifique de sortie de soins des personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) et la redéfinition de ce même régime pour les personnes déclarées pénalement irresponsables. Les quatre premiers alinéas de cet article, qui font obligation au préfet d'obtenir **l'avis du collège mentionné à l'article L. 3213-9 ainsi que deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux experts psychiatres**, avant de prononcer la levée de la mesure de soins d'un patient relevant de l'une ou l'autre des catégories introduites par la loi du 5 juillet 2011 ⁽¹⁾, sont remplacés par un alinéa qui limite la mise en œuvre de cette procédure aux seules personnes déclarées pénalement irresponsables ayant commis des faits d'une particulière gravité.

2. La suppression du certificat de « J+8 »

En complément du raccourcissement des délais prévus par la présente proposition de loi pour le contrôle judiciaire systématique des mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète (voir *supra* le commentaire de l'article 7), le 2° modifie l'**article L. 3213-3** du code de la santé publique afin de prévoir la suppression de la production d'un certificat médical « *entre le cinquième et le huitième jour* » suivant l'admission en soins.

Tel est l'objet du **a**) qui vise par ailleurs à réparer un oubli en introduisant une référence à l'article 706-135 du code de procédure pénale : le représentant de l'État dans le département doit en effet réexaminer tous les mois les mesures de soins sans consentement pour maintenir (ou non) sa décision, qu'elles aient été prises sur le fondement de l'article L. 3213-1, sur celui de l'article L. 3213-2 (mesure provisoire prise par le maire puis confirmée par le préfet) ou encore sur celui de l'article 706-135 (hospitalisation prononcée par les autorités judiciaires à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale). En toute logique, il conviendrait également de citer l'article L. 3213-6 sur le fondement duquel une admission en soins sans consentement peut également être prise par le préfet (transformation d'une mesure de soins sur demande d'un tiers en mesure de soins

(1) *Personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire qui font l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou en ont fait l'objet au cours des dix dernières années et personnes admises en soins sur décision du représentant de l'État qui séjournent dans une unité pour malades difficiles (UMD) ou y ont séjourné, pendant au moins un an, au cours des dix dernières années.*

sur décision du représentant de l'État) et l'article L. 3213-7 qui constitue en quelque sorte le pendant de l'article 706-135. Une autre alternative serait de simplement remplacer l'ensemble de ces références par un renvoi général aux décisions d'admission prises sur le fondement du chapitre III.

Par coordination, le **b)** supprime quant à lui au II de l'article L. 3213-3 la mention de l'envoi du certificat de « J+8 » au juge des libertés et de la détention qui était prévu lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

3. La modification du dispositif introduit par la loi du 5 juillet 2011 à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011

Les 3^o et 6^o visent à mettre en cohérence les dispositions des **articles L. 3213-5 et L. 3213-9-1** du code de la santé publique.

Rappelons en effet qu'après l'adoption en première lecture par l'Assemblée nationale d'un dispositif introduit à l'article L. 3213-5 du code de la santé publique renvoyant au juge des libertés et de la détention le soin de trancher les litiges entre psychiatre et préfet concernant la levée d'une mesure de soins, le Sénat a adopté en deuxième lecture en séance un amendement du Gouvernement visant, pour tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011, à introduire un dispositif à l'article L. 3213-9-1 prévoyant un deuxième avis de psychiatre en cas de désaccord entre psychiatre et préfet sur la levée de la mesure de soins ou sur la modification de la forme de la prise en charge.

Eu égard aux délais d'examen du projet de loi, l'Assemblée nationale n'avait alors pu qu'adopter le texte conforme en troisième lecture, sans pouvoir introduire de coordination entre les dispositions de l'article L. 3213-5 et celles de l'article L. 3213-9-1. Le rapporteur de la commission des affaires sociales, Guy Lefrand, notait alors dans son rapport : « *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^{er} 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* »⁽¹⁾. Bien qu'une partie de ces questions ait été réglée, sur le plan pratique, par le biais de la « foire aux questions », outil d'accompagnement de la réforme des soins sans consentement, ouverte en 2011 sur le site internet du ministère de la santé⁽²⁾, la présente proposition de loi prévoit néanmoins de supprimer toute source possible de confusion entre les deux procédures :

– d'une part, **en abrogeant l'article L. 3213-5 (3^o)** ;

(1) Extrait du rapport n° 3546 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 juin 2011.

(2) <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques>

– d’autre part, **en proposant une nouvelle rédaction de l’article L. 3213-9-1** offrant une synthèse des dispositions de ces deux articles (6°).

Le 6° du présent article réécrit ainsi entièrement l’article L. 3213-9-1 en s’inspirant grandement, sur la forme, des dispositions de l’article L. 3213-5 et essentiellement, sur le fond, des dispositions de l’actuel article L. 3213-9-1 (deuxième avis de psychiatre requis en cas de désaccord), tout en conservant néanmoins la possibilité d’un recours au juge des libertés et de la détention dans un cas bien précis.

Le **I de l’article L. 3213-9-1** prévoit tout d’abord que lorsqu’un psychiatre propose de mettre fin à la mesure d’hospitalisation complète d’un patient admis en soins sur décision du représentant de l’État (qu’il s’agisse de lever la mesure de soins ou simplement de modifier la forme de prise en charge), il en informe le directeur de l’établissement qui en réfère « *dans les vingt-quatre heures* » au préfet, ce dernier disposant alors d’un « *délai de trois jours francs* » après réception du certificat médical du psychiatre attestant que les soins ne sont plus nécessaires pour prendre sa décision. Cette procédure est quasi-identique à celle prévue au premier alinéa de l’article L. 3213-5 qui la limitait toutefois aux seuls cas de levée de la mesure de soins.

Le **II** prévoit quant à lui le recours à l’**avis d’un deuxième psychiatre** « *lorsque le représentant de l’État décide de ne pas suivre l’avis* » du premier. Le directeur d’établissement, informé « *sans délai* » par le préfet de sa décision, demande l’examen du patient par ce deuxième psychiatre qui est tenu de rendre son avis « *dans un délai maximal de soixante-douze heures* » à compter de la décision du préfet. Cet avis ne porte que sur la « ***nécessité de l’hospitalisation complète*** ». Le deuxième psychiatre se prononce uniquement sur cet aspect et ne donne aucune recommandation quant à l’opportunité soit de lever purement et simplement la mesure de soins soit de se limiter à modifier la forme de prise en charge.

Le **III** traite des deux cas de figure possibles une fois le deuxième avis rendu :

– si celui-ci confirme l’**absence de nécessité** de l’hospitalisation complète, **le préfet est tenu soit de prononcer la levée de la mesure de soins soit de modifier la forme de prise en charge**, conformément à la recommandation formulée par le premier psychiatre dans le certificat médical qui lui a été transmis. Rappelons à cet égard qu’aujourd’hui, l’article L. 3213-9-1 prévoit simplement que le représentant de l’État ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d’une mesure de soins sous une autre forme que l’hospitalisation complète, sans qu’il soit précisé si celui-ci est tenu, ou non, de suivre la recommandation initiale qui lui a été faite ;

– si celui-ci préconise le **maintien de l’hospitalisation complète** et que le préfet maintient effectivement l’hospitalisation, alors le dispositif aujourd’hui

prévu par l'article L. 3213-5 s'applique : le préfet informe de sa décision le **directeur d'établissement qui saisit le juge des libertés et de la détention** afin qu'il statue « à bref délai » sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12 (recours facultatif). Il est toutefois précisé que ces dispositions ne s'appliquent pas si le contrôle systématique à J+15 aujourd'hui, J+10 dans la présente proposition de loi, n'a pas encore eu lieu, le juge des libertés et de la détention étant de toute façon appelé à se prononcer sur la mesure.

Enfin, le **IV** reprend les dispositions qui figurent actuellement au dernier alinéa de l'article L. 3213-9-1 visant à adapter la procédure prévue au présent article aux cas des patients soumis à un régime spécifique de levée de la mesure de soins dont ils font l'objet, c'est-à-dire désormais aux seules personnes déclarées pénalement irresponsables ayant commis des faits d'une certaine gravité. Ces dispositions prévoient que l'ensemble des avis prévus à l'article L. 3213-8 (celui du collègue et celui des deux experts psychiatres) doivent s'accorder à constater que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire pour que le préfet lève la mesure de soins ou modifie la forme de prise en charge.

*

La Commission examine l'amendement AS 54 du rapporteur.

M. le rapporteur. Alors que l'article L. 3213-1 devait être abrogé à la suite de la décision du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel, le législateur de 2011 l'a modifié sans le réécrire complètement. Pour une meilleure lisibilité de ses dispositions, nous en proposons donc une rédaction globale.

La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Elle examine ensuite l'amendement AS 6 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. L'objectif de cet amendement est de rationaliser les obligations incombant aux médecins : si l'obligation de dactylographier les certificats médicaux n'est pas adaptée aux médecins, notamment ceux qui interviennent à l'extérieur de l'établissement hospitalier, en particulier le week-end, il doit néanmoins être demandé aux psychiatres d'établir un certificat « clair, précis et compréhensible ».

M. le rapporteur. La loi ne doit pas être bavarde. Nous souhaitons tous des certificats lisibles, car un certificat illisible n'a aucune valeur, et nous savons tous que certaines écritures, en particulier celles des médecins et des avocats, sont illisibles. La loi indique que le certificat doit permettre au juge de motiver l'hospitalisation sous contrainte. Elle apporte donc les précisions nécessaires.

En outre, si nous devons voter cet amendement, il faudrait qu'il s'applique à tous les régimes d'admission en soins sans consentement alors que votre rédaction ne s'applique qu'aux hospitalisations décidées par le préfet. Avis défavorable.

Mme Valérie Boyer. Je partage votre remarque, monsieur le rapporteur.

M. le rapporteur. Il va de soi qu'un certificat doit être lisible, car si le juge n'est pas capable de lire le certificat, il en déduit qu'il n'est pas en situation de remplir son office et en tire les conséquences en demandant une mainlevée. À ce titre, le caractère *a minima* lisible du certificat a des conséquences juridiques.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte successivement l'amendement rédactionnel AS 56, l'amendement de coordination AS 57, les amendements rédactionnels AS 58 et AS 59, l'amendement AS 60 de suppression de dispositions inutilement restrictives et l'amendement rédactionnel AS 61 du rapporteur.

La Commission examine l'amendement AS 55 du rapporteur.

M. le rapporteur. L'article L. 3213-8 devant être formellement abrogé suite à la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, le présent amendement vise à le rétablir par avance dans son entier.

La Commission adopte l'amendement.

Elle adopte ensuite successivement l'amendement de précision AS 62, l'amendement de simplification AS 63 et l'amendement de clarification AS 64 du rapporteur.

La Commission adopte l'article 8 modifié à l'unanimité.

Article 9

(articles L. 3222-3 du code de la santé publique)

Suppression du régime légal des unités pour malades difficiles

La création par le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge d'un régime spécifique de mainlevée des mesures de soins sans consentement des personnes séjournant ou ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) a rendu nécessaire la définition dans la loi de ces unités, qui n'existaient auparavant qu'au plan réglementaire. On notera à cet égard que le législateur de 2011 s'est contenté de « remonter » au niveau législatif une partie des dispositions qui figuraient alors à l'article R. 3221-6 du code de la santé publique. Cet article définissait alors les UMD comme des unités « à vocation interrégionale, implantées dans un établissement de santé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique ».

La création de l'article L. 3222-3 n'ayant répondu qu'à la nécessité d'établir une base légale pour les unités pour malades difficiles afin de permettre la création, parallèlement, d'un régime spécifique de levée des mesures de soins des patients séjournant ou ayant séjourné pendant une certaine durée dans ces unités, la suppression de ce même régime conduit logiquement à la suppression de cet article.

En conséquence, le présent article prévoit l'**abrogation de l'article L. 3222-3 du code de la santé publique**.

Votre rapporteur tient cependant à souligner que cette abrogation n'a nullement pour effet de supprimer ces unités ou de les priver de tout fondement juridique. Si elles pourront être modifiées afin de tenir compte de l'abrogation de l'article L. 3222-3 et de réintégrer une définition de ces unités dans l'article R. 3222-6 ⁽¹⁾, **les dispositions réglementaires relatives aux UMD demeurent** et continuent de régir, entre autres, les conditions d'entrée et de sortie des patients ⁽²⁾. Il convient en revanche de souligner qu'une réflexion plus large est en cours au ministère de la santé sur la question de la prise en charge de la violence dans les établissements psychiatriques, réflexion qui englobe mais également dépasse la question des unités pour malades difficiles. La Haute Autorité de santé a été saisie dans ce cadre et devrait produire des recommandations.

*

La Commission examine l'amendement AS 12 de Mme Valérie Boyer.

Mme Valérie Boyer. Cet amendement vise à encadrer légalement l'admission en unité pour malades difficiles (UMD). Il n'existe en France que 11 UMD qui n'offrent que 450 places. Une admission dans une UMD peut donc impliquer pour un patient son transfert dans un autre département, voire une autre région. C'est pourquoi il est indispensable de mettre en place un contrôle.

Par ailleurs, il y a lieu de demander à la Haute autorité de santé (HAS) d'établir un référentiel de ces unités.

M. le rapporteur. Ce référentiel a déjà été demandé à la HAS par le ministère de la santé. Il ne vous a pas échappé que vous nous proposez un amendement qui contredit totalement la proposition de loi qui prévoit la suppression du régime légal des UMD. Vous aménagez le statut des UMD là où la proposition de loi considère l'UMD comme un dispositif de santé ne nécessitant aucun statut légal : le passage, aussi prolongé soit-il, d'un patient en UMD n'aura

(1) *Modifié par le décret du 18 juillet 2011, l'article R. 3222-6 dispose dans sa version actuelle que « les unités pour malades difficiles prévues à l'article L. 3222-3 sont implantées dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1. Elles ont une vocation interrégionale et ne font pas partie des secteurs définis à l'article R. 3221-1. »*

(2) *Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.*

désormais aucune conséquence sur les conditions de sa sortie de l'hospitalisation sous contrainte.

Mme Valérie Boyer. C'est pour cette raison que mon groupe votera contre votre proposition de loi.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 sans modification.

TITRE III

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Le présent titre qui se compose d'un article unique vise à clarifier les dispositions applicables aux personnes détenues et à simplifier leur prise en charge.

Article 10

(articles L. 3214-1 et L. 3214-2 du code de la santé publique)

Réaffirmation du droit à une prise en charge psychiatrique adaptée des personnes détenues souffrant de troubles mentaux

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu la mise en place d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. La création des UHSA, dont la construction doit permettre de disposer au total de 705 places (440 pour les neuf unités de la première tranche et 265 pour les huit unités de la seconde tranche), a pour objectif d'adapter l'offre de soins psychiatriques pour les personnes détenues et d'améliorer leur prise en charge. Celle-ci était en effet limitée auparavant aux services médico-psychologiques régionaux (SMPR) situés dans les établissements pénitentiaires ou aux unités pour malades difficiles (UMD) des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Si la mise en place des UHSA doit signifier la fin des hospitalisations complètes en SMPR, elle ne ferme toutefois pas la porte aux prises en charge en UMD. La loi du 5 juillet 2011 a d'ailleurs réaffirmé la possibilité d'accueillir les personnes détenues dans ce cadre en modifiant l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, introduit par l'article 48 de la loi du 9 septembre 2002, afin de préciser que les personnes détenues pouvaient également être admises dans une unité pour malades difficiles sur la base d'un certificat médical.

L'article L. 3214-1 prévoit ainsi que « *l'hospitalisation en soins psychiatriques d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée*

dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3 ».

Ces dispositions appellent aujourd'hui de nouvelles modifications :

– d'une part, afin de **tirer les conséquences de la suppression, par l'article 9 de la présente proposition de loi, du régime légal des UMD** créé par la loi du 5 juillet 2011 (voir *supra* le commentaire de l'article 9) ;

– d'autre part, afin d'améliorer concrètement les modalités de prise en charge en UHSA des personnes détenues en réaffirmant la possibilité pour celles-ci d'y être accueillies y compris lorsqu'elles sont en soins libres. Si, sur le principe, cette prise en charge ne soulève pas de difficultés, il convient néanmoins de **préciser les conditions de passage d'une prise en charge en soins sans consentement à une prise en charge en soins libres** en faisant en sorte qu'une personne détenue accueillie en UHSA en soins sans consentement, dont la mesure de soins est levée mais qui serait désireuse de rester hospitalisée en soins libres, n'ait pas à retourner d'abord en détention avant de pouvoir être de nouveau admise en UHSA en soins libres.

Dans cette perspective, le présent article modifie les articles L. 3214-1 et L. 3214-2 du code de la santé publique.

Le 1° supprime tout d'abord au sein du II de l'article L. 3214-1 la référence à l'article L. 3222-3, abrogé à l'article 9. Votre rapporteur estime toutefois que cette suppression est insuffisante dans la mesure où la référence aux unités pour malades difficiles est par ailleurs conservée. Une nouvelle rédaction de l'article dans son entier, plus claire, serait par ailleurs souhaitable.

Le 2° apporte quant à lui deux précisions au sein de l'article L. 3214-2 afin de favoriser le passage des personnes détenues des soins sans consentement aux soins libres :

– il insère tout d'abord dans la liste des articles des autres chapitres du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique applicables aux personnes détenues, qui figure au premier alinéa, la **mention de l'article L. 3211-12-6** qui prévoit que « *lorsque la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet est levée en application du présent chapitre ou des chapitres II ou III du présent titre, un psychiatre de l'établissement d'accueil l'informe, en tant que de besoin, de la **nécessité de poursuivre son traitement en soins libres** et lui indique les modalités de soins qu'il estime les plus appropriées à son état* ». Rappelons à cet égard que les dispositions du chapitre III du titre II de la troisième partie sont applicables aux personnes détenues admises en soins sans consentement, en vertu du deuxième alinéa de l'article L. 3214-4 aux termes duquel le régime de leur hospitalisation « *est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1* » ;

– il complète ensuite le dernier alinéa afin d’apporter un bémol à la règle selon laquelle, lorsque la mainlevée de la mesure d’hospitalisation complète d’une personne détenue est prononcée par le juge, « *le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d’État mentionné à l’article L. 3214-5* ». L’objectif est de préciser que **le retour en détention n’a pas lieu d’être « lorsque la personne détenue est hospitalisée (...) en consentant à ses soins »**. Votre rapporteur estime toutefois que le décret précité devrait prévoir des modalités *ad-hoc* de recueil de l’assentiment du patient à ses soins, l’objectif n’étant évidemment pas que des patients soient retenus à l’hôpital contre leur gré après avoir bénéficié d’une mainlevée de leur mesure de soins sans consentement.

*

La Commission examine l’amendement AS 65 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise à clarifier les dispositions relatives à la prise en charge des détenus admis en soins psychiatriques, avec ou sans leur consentement.

La Commission adopte l’amendement à l’unanimité.

Puis elle adopte l’amendement rédactionnel AS 66 du rapporteur.

La Commission adopte, à l’unanimité, l’article 10 modifié.

Après l’article 10

La Commission examine l’amendement AS 2, de M. Jean-Louis Roumegas, portant article additionnel après l’article 10.

M. Jean-Louis Roumegas. Comme vous le savez, les parlementaires ont le droit de visiter les établissements pénitentiaires et les centres de rétention. Je propose par cet amendement d’étendre ce droit aux établissements de santé habilités à recevoir des personnes internées sans consentement.

M. le rapporteur. Je suis parfaitement d’accord avec vous sur le fond, en revanche je ne souhaite pas inscrire cette prérogative des parlementaires dans le code de procédure pénale, cela afin d’éviter toute stigmatisation et tout risque d’assimilation du malade mental à une personne faisant l’objet d’une procédure pénale. Je vous propose donc de retirer votre amendement afin d’en préparer un nouveau dans une rédaction qui permettra de l’incorporer au code de la santé publique, et de le représenter dans le cadre de la réunion prévue au titre de l’article 88.

M. Jean-Louis Roumegas. Je ne suis pas convaincu par votre remarque, mais j’accepte votre proposition.

M. le rapporteur. L'article 719 du code de procédure pénale fait partie du chapitre intitulé « De l'exécution des peines privatives de liberté ». Y placer une disposition relative aux hôpitaux psychiatriques comporte certains risques que je préfère ne pas prendre. J'ajoute qu'il serait plus pédagogique de la présenter dans le code de la santé publique.

M. Christian Hutin, vice-président. J'ai moi-même défendu ce droit des parlementaires pour éviter les dérives que nous connaissons dans les régimes dictatoriaux, qui ont pour habitude d'enfermer les opposants politiques dans les hôpitaux psychiatriques.

M. Jean-Louis Roumegas. Cette disposition correspond à l'intention du rapporteur de rétablir la psychiatrie dans le droit commun et la citoyenneté.

M. le rapporteur. Je m'attache à améliorer le regard que l'on porte de l'extérieur sur les hôpitaux psychiatriques, c'est pourquoi je suis très attentif à la place de cette disposition.

M. Jérôme Guedj. Cela me rappelle un ancien maire d'une ville de mon département qui adressait à ses opposants au conseil municipal la photocopie des articles du code de santé publique rappelant les prérogatives du maire en matière d'hospitalisation d'office...

M. Gérard Sebaoun. Il est normal que les parlementaires s'intéressent aux lieux où sont enfermées des personnes sans leur consentement, mais il s'agit d'hôpitaux où leur déambulation n'est peut-être pas opportune.

M. Christian Hutin, vice-président. Il suffit de l'encadrer.

M. le rapporteur. Je comprends votre argument, mais les députés et les sénateurs n'iront pas en convoi et respecteront les personnes soignées et les soignants. J'observe qu'une série de personnes visitent déjà les hôpitaux psychiatriques – le préfet, le président du tribunal de grande instance, le Procureur de la République, le maire de la commune, les membres de la commission départementale des soins psychiatriques et le contrôleur général des lieux de privation de liberté...

M. Gérard Sebaoun. Je voudrais vous alerter sur une dérive : un certain nombre de parlementaires ont demandé à visiter des lieux de détention accompagnés de journalistes et de cameramen. Je suis extrêmement défavorable à cette demande. Je ne voudrais pas que par parallélisme des formes, nous nous retrouvions dans la même situation.

M. Jean-Louis Roumegas. Je n'ai pas signé cette demande, mais mon amendement pose le problème du pouvoir du médecin dans une démocratie. C'est une question fondamentale. Je souhaite pour ma part que la démocratie soit présente partout, y compris face à la science et à la médecine.

Mme Martine Pinville. Je n'ai pas, moi non plus, signé cette demande. Il est souhaitable que la démocratie s'invite partout, mais nous pouvons faire notre travail sans avoir besoin de la presse. Cela dit, est-il absolument nécessaire pour nous de visiter des lieux de soins ?

M. Christian Hutin, vice-président. Nous parlons de lieux de privation de liberté.

M. Jérôme Guedj. Nous pourrions élargir le débat aux EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), qui, je le rappelle, ne sont pas des lieux de privation de liberté.

M. le rapporteur. Je ne tiens pas à ouvrir la boîte de Pandore, mais je ne suis pas d'accord avec vous, monsieur Guedj. Un lieu de privation de liberté est une notion objective et non une définition légale. Je propose que nous y réfléchissions dans le cadre de la mission sur la santé mentale.

L'amendement AS 2 est retiré.

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES

Le présent titre prévoit les dispositions de coordination rendues nécessaires par les modifications introduites par la présente proposition de loi avec d'autres articles du code de la santé publique par ailleurs non modifiés par le texte. Il fixe également le calendrier d'entrée en vigueur de la loi et prévoit un article de gage visant, notamment, à compenser les charges éventuelles pour le budget de l'État résultant de l'assistance obligatoire par un avocat des patients dont la mesure de soins sans consentement est contrôlée par le juge des libertés et de la détention.

Article 11

(articles L. 3215-2, L. 3844-1 et L. 3844-2 du code de la santé publique)

Coordinations

• Le **I** substitue au sein du 6° de l'**article L. 3215-2** du code de la santé publique une référence à l'article L. 3213-9-1 à la référence à l'article L. 3213-5, abrogé par l'article 8 de la présente proposition de loi. Ledit article 8 réécrit en outre l'article L. 3213-9-1 afin d'y intégrer des éléments figurant actuellement au sein de l'article L. 3213-5. Rappelons que le 6° de l'article L. 3215-2 détermine les peines encourues par un directeur d'établissement qui omettrait d'aviser le préfet dans les délais prévus par la loi de l'avis du psychiatre préconisant la levée de la mesure de soins sans consentement d'un patient admis en application du chapitre III (soins sans consentement sur décision du représentant de l'État).

● Le **II** introduit plusieurs modifications au sein de l'**article L. 3844-1** qui détermine les conditions dans lesquelles les dispositions du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique relatif aux modalités de soins psychiatriques sont applicables en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie :

– le **1°** adapte la référence aux modes de prise en charge mentionnées aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 (dans la version de cet article résultant de la présente proposition de loi) figurant au 4° de cet article ;

– le **2°** vise à modifier ou à supprimer certaines des adaptations prévues au 7° de l'article afin de remplacer les mentions renvoyant à un décret en Conseil d'État par des mentions renvoyant à un décret simple. Ainsi la référence au décret en Conseil d'État déterminant les conditions dans lesquelles le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité est modifiée afin de tenir compte du déplacement de ces dispositions au sein de l'article L. 3211-2-1. Il est également tenu compte de la suppression de la détermination, par décret en Conseil d'État, des délais de saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre de son contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète, ces délais étant désormais fixés dans la loi (IV de l'article L. 3211-12-1). Enfin, le régime spécifique de sortie de soins des personnes ayant séjourné en UMD étant supprimé, il n'y a plus de renvoi au décret en Conseil d'État pour déterminer la durée de séjour requise pour figurer comme antécédent entraînant l'application d'un régime de sortie spécifique (III de l'article L. 3213-1). Ces modifications doivent en outre être complétées, car elles ne couvrent pas l'ensemble des références devant être supprimées ou adaptées pour les mêmes raisons ;

– le **3°** vise quant à lui à modifier les références mentionnées au 9° en raison de la suppression de la phrase figurant au dernier alinéa de l'article L. 3212-7 ainsi qu'au III de l'article L. 3213-3 afin de prévoir l'envoi au juge des libertés et de la détention du certificat dit de « J+8 », par cohérence avec la suppression de ce certificat (articles 7 et 8 de la présente proposition de loi) ;

– le **4°** prévoit quant à lui d'adapter la référence à l'article L. 3213-1 mentionnée au *b* du 11° à la suite de la suppression du deuxième alinéa du I de cet article prévue par le *a* du 1° de l'article 8.

● Enfin, le **III** modifie l'**article L. 3844-2** qui prévoit les adaptations nécessaires des dispositions du titre II « Organisation » du livre II « Lutte contre les maladies mentales » de la troisième partie du code de la santé publique pour leur application en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie. L'objectif est de supprimer la référence figurant au 5° à l'article L. 3222-3, abrogé par l'article 9 de la présente proposition de loi.

*

La Commission adopte l'amendement de coordination AS 67 du rapporteur.

Puis elle **adopte**, à l'unanimité, l'article 11 **modifié**.

Après l'article 11

La Commission **rejette**, sur avis défavorable du rapporteur, l'amendement AS 14, de Mme Valérie Boyer, portant article additionnel après l'article 11.

Article 12

Entrée en vigueur des dispositions de la loi

Le présent article vise à prévoir une entrée en vigueur différée des dispositions de la proposition de loi à l'exception de celles qui ont vocation à se substituer aux dispositions déclarées inconstitutionnelles par la décision du 20 avril 2012 et dont l'abrogation doit être effective le 1^{er} octobre 2013.

Le **I** prévoit une entrée en vigueur de la loi le 1^{er} janvier 2014, sous réserve des dispositions du présent article.

Le **II** prévoit ainsi que les dispositions visant à adapter le régime de sortie de soins spécifique pour les personnes hospitalisées en soins sans consentement à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale entrent en vigueur dès le 1^{er} octobre 2013.

Le **III** règle quant à lui les modalités d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives au contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures d'hospitalisation complète en soins sans consentement dans les dix premiers jours de l'hospitalisation. Ces dispositions sont complétées par des dispositions similaires concernant, d'une part, le contrôle du juge dans les dix jours suivant une ré-hospitalisation consécutive à l'échec d'un programme de soins et, d'autre part, les nouveaux délais de saisine du juge. L'objectif est de faire en sorte que ces nouvelles modalités de contrôle soient applicables aux **mesures de soins décidées à compter du 1^{er} janvier 2014**.

Enfin, le **IV** vise quant à lui simplement à rendre les dispositions transitoires applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

*

La Commission **adopte** successivement l'amendement de précision AS 68, l'amendement rédactionnel AS 69 et l'amendement de précision AS 70 du rapporteur.

Elle **adopte** ensuite, à l'unanimité, l'article 12 **modifié**.

Article 13

Gage

Le présent article vise à compenser les éventuelles charges pour l'État susceptibles de résulter de la mise en œuvre de la présente loi par une hausse des droits sur le tabac. Ce gage est introduit essentiellement afin de faire face à la hausse potentielle du coût de l'aide juridictionnelle qui pourrait résulter de l'obligation d'assistance par un avocat dans le cadre des recours, facultatifs ou systématiques, concernant les mesures de soins sans consentement. D'après le ministère de la justice, ce surcoût pourrait atteindre 717 000 euros.

La Commission adopte, à l'unanimité, l'article 13 sans modification.

Après l'article 13

La Commission examine l'amendement AS 13, de Mme Valérie Boyer, portant article additionnel après l'article 13.

Mme Valérie Boyer. La formation initiale et continue des juges et des avocats ne leur permet pas toujours de répondre correctement aux attentes imposées par la loi de 2011. Par ailleurs, les soignants méconnaissent les contraintes et les particularités de la justice. Cela nuit à l'intérêt des patients. Pour combler cette carence, je propose de prévoir dans la loi l'obligation d'organiser au moins une fois par an une journée d'échanges, d'information et de formation regroupant les personnels des établissements de santé et les avocats, les magistrats, les greffiers et les membres des commissions départementales des soins psychiatriques.

M. le rapporteur. Il serait souhaitable, en effet, d'instaurer des formations associant les professionnels de santé et du droit, mais je ne pense pas qu'il soit du domaine de la loi d'organiser ces formations. Elles n'entrent pas en outre dans le cadre du développement professionnel continu prévu par l'article 59 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) que vous citez dans votre amendement, puisque celui-ci s'adresse aux seules professions de santé. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine l'amendement AS 23 du rapporteur.

M. le rapporteur. Le titre qui a été attribué à la proposition de loi correspondait au décret signé par le Président de la République pour l'ouverture de la session extraordinaire, mais souhaitant apporter plus de précision à ce titre, je vous propose la formulation suivante : « proposition de loi visant à modifier la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ».

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

*La Commission **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **modifiée**.*

*

* *

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

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
Code de la santé publique	<p>Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>RENFORCEMENT DES DROITS ET GARANTIES ACCORDÉS AUX PERSONNES EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Amélioration de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement</p>	<p>Proposition de loi visant à modifier la loi n° 2011 - 803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge</p> <p>Amendement AS 23</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>RENFORCEMENT DES DROITS ET GARANTIES ACCORDÉS AUX PERSONNES EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Amélioration de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement</p>
	<p>Article 1^{er}</p> <p>Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 3211-2-1 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 3211-2-1. – I – Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.</p> <p>« La personne est prise en charge :</p> <p>« 1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;</p> <p>« 2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours à temps complet ou non effectués</p>	<p>Article 1^{er}</p> <p>« 2° Soit ...</p> <p>... échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps</p>

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
établissement de ce type.	dans un établissement de ce type.	<i>partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement de ce type</i>
Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé.	« II. – Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.	Amendement AS 24
L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil au cours duquel il reçoit l'information prévue à l'article L. 3211-3 et est avisé des dispositions de l'article L. 3211-11.	« Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien à l'issue duquel il apprécie l'aptitude du patient à respecter ce programme de soins. Au cours de cet entretien, il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.	« III. – Aucune mesure de contrainte ne peut ...
Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.	« III. – Aucune mesure de contrainte <u>liée à l'administration des soins</u> ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge dans les conditions prévues au 2° du I. » ;	... charge <i>sous la forme prévue au 2° du I.</i> » ;
Art. L. 3211-2-2. – Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application 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.	2° Le dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 est ainsi rédigé :	Amendements AS 26 et AS 25
Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard		

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>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 desquels la décision d'admission a été prononcée.</p>		
<p>Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.</p>		
<p>Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures mentionné au troisième alinéa du présent article, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins.</p>	<p>« Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. » ;</p>	
<p>Art. L. 3211-3. – Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.</p>		
<p>Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état</p> <p>.....</p>	<p>3° Au deuxième alinéa de l'article L. 3211-3, la référence : « , L. 3213-1 » est <u>par deux fois</u> supprimée ;</p>	<p>3° Au deuxième alinéa de l'article L. 3211-3, la <i>première occurrence</i> de la référence : « , L. 3213- 1 » est supprimée ; »</p>

Amendement AS 27

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>Art. L. 3211-12-5. – Lorsque la mainlevée d’une mesure d’hospitalisation complète est acquise en application du IV de l’article L. 3211-12-1, le patient peut, dès cette mainlevée, faire l’objet de soins psychiatriques sous la forme mentionnée au 2° de l’article L. 3211-2-1 si les conditions prévues au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 sont toujours réunies et selon les modalités prévues, respectivement, aux chapitres II ou III du présent titre.</p>	<p>4° Au premier alinéa de l’article L. 3211-12-5, au 2° du I de l’article L. 3212-1 et à la première phrase de l’avant-dernier alinéa de l’article L. 3222-1-2, après la référence : « 2° », est insérée la référence : « du I ».</p>	
<p>Dans ce cas, un programme de soins est établi en application de l’article L. 3211-2-1. La période d’observation et de soins initiale mentionnée à l’article L. 3211-2-2 n’est pas applicable.</p>		
<p>Art. L. 3212-1. –I. – Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l’objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d’un établissement mentionné à l’article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :</p>		
<p>1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;</p>		
<p>2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d’une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d’une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l’article L. 3211-2-1.</p>		
<p>.....</p> <p>Art. L. 3222-1-2. – Le directeur de chaque établissement de santé mentionné à l’article L. 3222-1 conclut des conventions avec :</p>		
<p>1° Le représentant de l’État dans le département ou, à Paris, le préfet de police ;</p>		
<p>2° Les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondants ;</p>		
<p>3° Le directeur général de l’agence régionale de santé.</p>		
<p>Les conventions mentionnées au</p>		

Dispositions en vigueur

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.

« Art. L. 3211-11-1. – Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement, par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée en application de l'article L. 1111-6 pendant toute la durée de la sortie.

Texte de la proposition de loi

Article 2

L'article L. 3211-11-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 3211-11-1. – Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de courte durée :

« 1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. La personne malade est accompagnée par un membre du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée en application de l'article L. 1111-6 du présent code, pendant toute la durée de la sortie ;

« 2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures.

« Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci de

Texte de la Commission

Article 2

Alinéa supprimé

Amendement AS 28

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>L'autorisation de sortie accompagnée de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.</p>	<p>l'autorisation de sortie et de sa durée.</p> <p>« Les sorties mentionnées aux 1° et 2° du présent article sont sans effet sur la forme de la prise en charge des patients décidée en application des 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et sur la computation des délais mentionnés à l'article L. 3211-12-1.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Amendement AS 29</p>
<p>Dans le cas où la mesure a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'État dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.</p>	<p>« L'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement.</p> <p>« Dans le cas où la mesure de soins psychiatriques a été prise en application du chapitre III du présent titre, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite du représentant de l'État dans le département notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. »</p>	<p>« Dans ...</p> <p>... l'avis favorable du psychiatre mentionné au quatrième alinéa du présent article, au plus tard ...</p>
<p>Art. L. 3222-1-1 A. – Dans chaque territoire de santé, l'agence régionale de santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les ser-</p>	<p>Article 3</p> <p>Le même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article L. 3222-1-1 A, après le mot : « psychiatriques », sont insérés les mots : « , notamment en cas de nécessité de retour d'un patient en hospitalisation</p>	<p>... lieu. »</p> <p>Amendement AS 30</p> <p><i>« Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci de l'autorisation de sortie et de sa durée. »</i></p> <p>Amendement AS 31</p> <p>Article 3</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte de la Commission
<p>vices 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.</p>	<p>complète dans les conditions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11, » ;</p>	
<p>Ce dispositif a pour objet de faire assurer aux personnes atteintes de troubles mentaux, en quelque endroit qu'elles se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état et, le cas échéant, de faire assurer leur transport vers un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1.</p>		
<p>Art. L. 3222-1-1 A. – Le directeur de chaque établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 conclut des conventions avec :</p>		
<p>1° Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police ;</p>		
<p>2° Les collectivités territoriales et leurs groupements compétents sur les territoires de santé correspondants ;</p>		
<p>3° Le directeur général de l'agence régionale de santé.</p>		
<p>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.</p>		
<p>Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article.</p>	<p>2° Le dernier alinéa de l'article L. 3222-1-2 est supprimé.</p>	

CHAPITRE II

Amélioration du contrôle du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement

Article 4

Le II de l'article L. 3211-12 du même code est ainsi rétabli :

« 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 du présent code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 du même code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes prévues au livre II du code pénal ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens prévues au livre III du même code.

« Le juge ne peut en outre 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 au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement. »

Art. L. 3211-12. – 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 du présent code :

1° Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ou qu'elle fait l'objet de soins en application de l'article L. 3213-1 du présent code et qu'elle a déjà fait l'objet d'une mesure de soins 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 en application de l'article L. 3213-1 du présent code 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.

Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du présent II, le juge ne peut en outre 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 au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

Le présent II n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° ont pris fin depuis au moins dix ans.

CHAPITRE II

Amélioration du contrôle du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement

Article 4

« II. – ...

... personnes ou d'au moins ...

... code.

Amendement AS 32

Article 5

L'article L. 3211-12-1 du même code est ainsi rédigé :

Art. L. 3211-12-1. – I. – L'hospitalisation complète d'un patient 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 du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code 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 des chapitres II ou 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 dernier 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 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 des articles L. 3211-12 ou L. 3213-5 du présent code 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 mêmes articles

« Art. L. 3211-12-1. – I. – L'hospitalisation complète d'un patient 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 du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code 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 dix jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 du présent code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de six jours à compter de l'admission mentionnée au présent alinéa ;

« 2° Avant l'expiration d'un délai de dix jours à compter de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3 du même code. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi dans un délai de six jours à compter de la décision mentionnée au présent alinéa ;

« 3° Avant l'expiration d'un délai de six mois à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du présent code 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

Article 5

« 1° Avant ...

... compter de cette admission.

Amendement AS 33

« 2° Avant ...

... compter de cette décision.

Amendement AS 34

« 3° Avant ...

... application du présent I ou des articles L. 3211-12 ou L. 3113-9-1 du présent code, lorsque ...

... délai en application du 2° du présent I

706-135 du code de procédure pénale, L. 3211-12 ou L. 3213-5 du présent code ou du présent article 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 1° à 3° du présent I, 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 chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

II. – La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12 ont pris fin depuis au moins dix ans.

mêmes articles 706-135 du code de procédure pénale, L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du présent code ou du présent article fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi huit jours au moins avant l'expiration du délai de six mois prévu au présent alinéa.

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné, avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I, 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 chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée à l'avant-dernier alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« II. – La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

« Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9.

ou de l'un des mêmes articles L. 3211-12 ou L. 3213-9-1 du présent code, ou toute nouvelle décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale fait courir à nouveau ce délai. Le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours ...
... alinéa.

Amendements AS 35, AS 36 et AS 37

« Toutefois ...

... expertise, *soit* en application du III du présent article, *soit* à titre exceptionnel, en considération *de l'avis mentionné au II du présent article*, ce délai ...

... préalable.

Amendements AS 38 et AS 39

III. – Le juge des libertés et de la détention ordonne, s’il y a lieu, la mainlevée de la mesure d’hospitalisation complète.

Lorsqu’il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu’un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l’article L. 3211-2-1. Dès l’établissement de ce programme ou à l’issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d’hospitalisation complète prend fin.

Toutefois, lorsque le patient relève de l’un des cas mentionnés aux 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. Le présent alinéa n’est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° du II de l’article L. 3211-12 ont pris fin depuis au moins dix ans.

IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n’a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l’issue de chacun de ces délais.

Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l’expiration d’un délai fixé par décret en Conseil d’État, il constate sans débat que la mainlevée de l’hospitalisation complète 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.

« III. – Le juge des libertés et de la détention ordonne, s’il y a lieu, la mainlevée de la mesure d’hospitalisation complète.

« Lorsqu’il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures afin qu’un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l’article L. 3211-2-1. Dès l’établissement de ce programme ou à l’issue du délai mentionné à la phrase précédente, la mesure d’hospitalisation complète prend fin.

« Toutefois, lorsque le patient relève de l’un des cas mentionnés au 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 de la mesure d’hospitalisation complète est acquise à l’issue de chacun de ces délais.

« Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l’expiration de l’un des délais fixés au I du présent article, il constate sans débat que la mainlevée de l’hospitalisation complète 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. »

« Lorsqu’il ...

... application *du II* de l’article ...

... fin.

Amendement AS 40

« IV. – ...

... statué *avant l’expiration du délai de dix jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de six mois prévu au 3° du même I*, la mainlevée ...
... délais.

Amendement AS 41

« Si ...

... l’expiration *du délai de six jours prévu aux 1° et 2° du I ou du délai de quinze jours prévu au 3° du même I* du présent article ...

... défense. »

Amendement AS 42

Article 6

L'article L. 3211-12-2 du même code est ainsi rédigé :

Art. L. 3211-12-2. – Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement, sous réserve des dispositions prévues à l'article 11-1 de la loi n° 72-626 du 5 juillet 1972 instituant un juge de l'exécution et relative à la réforme de la procédure civile.

À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

Le juge des libertés et de la détention statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, si une salle d'audience a été spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre au juge de statuer publiquement, celui-ci peut décider de statuer dans cette salle.

Lorsque le juge des libertés et de la détention décide de statuer dans cette salle, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance.

« Art. L. 3211-12-2. – I. – Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge, après débat contradictoire, statue publiquement. Il peut néanmoins décider que les débats ont lieu ou se poursuivent en chambre du conseil s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, si l'une des parties le demande ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice.

« À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue et doit être assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

« Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance. Cette salle doit assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance.

Article 6

« Art. L. 3211-12-2. ...

... Il peut décider ...

... privée, *s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande. Il est fait droit à cette demande lorsqu'elle émane de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.*

Amendements AS 43 et AS 44

« À ...

... entendue, *assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.* Si, au vu ...

... *avocat dans les conditions prévues au présent alinéa.*

Amendement AS 45

« Le ...

... d'accueil ou, *en cas de nécessité impérieuse, sur l'emprise d'un autre ...*

... instance.

Amendement AS 46

Le juge des libertés et de la détention peut également décider que l'audience se déroule dans la salle d'audience mentionnée au troisième alinéa du présent article avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle dans les conditions prévues à l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;

2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient.

Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience 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, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, 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 elle lui a déjà été remise.

Art. L. 3211-12-4. – L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou

« II. – En cas de nécessité, le juge des libertés et de la détention peut également décider que l'audience se déroule au siège du tribunal de grande instance avec l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle dans les conditions prévues à l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

« 1° Un avis médical a attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé ;

« 2° Le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'accord exprès du patient.

« Il est alors dressé un procès-verbal des opérations effectuées dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I et dans la salle d'audience du tribunal de grande instance.

« L'avocat de la personne peut se trouver auprès du juge ou auprès de son client. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec son client, 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 la disposition de l'avocat dans les locaux de l'établissement, sauf si elle lui a déjà été remise.

« III. – Lorsque le juge des libertés et de la détention statue dans la salle mentionnée au dernier alinéa du I, le président du tribunal de grande instance peut, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance. »

« II. – À titre exceptionnel, le juge des libertés et de la détention peut décider que l'audience se déroule dans une salle d'audience du tribunal de grande instance et dans la salle d'audience mentionnée au dernier alinéa du I du présent article reliées directement par un moyen de télécommunication audiovisuelle garantissant la confidentialité de la transmission, dans les conditions suivantes sont réunies :

Amendement AS 48

« Il est alors dressé, dans chacune des deux salles d'audience, un procès-verbal des opérations effectuées.

Amendement AS 47

Article 6 bis

L'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué. Le débat est tenu selon les modalités prévues à l'article L. 3211-12-2.

L'appel formé à l'encontre de l'ordonnance mentionnée au premier alinéa n'est pas suspensif. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue alors à bref délai dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Art. L. 3212-4. – Lorsque l'un des deux certificats médicaux 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 d'accueil prononce

1° La seconde phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , à l'exception du dernier alinéa du I » ;

2° Le deuxième alinéa est complétée par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque l'ordonnance mentionnée au même premier alinéa a été prise en application de l'article L. 3211-12-1, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience. »

Amendement AS 49

TITRE II

CONSOLIDATION DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

CHAPITRE I^{ER}

Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits dans le cadre d'une mesure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Article 7

Le chapitre II du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

TITRE II

CONSOLIDATION DES PROCÉDURES APPLICABLES AUX MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

CHAPITRE I^{ER}

Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits dans le cadre d'une mesure de soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Article 7

immédiatement la levée de cette mesure.

Lorsque les deux certificats médicaux 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 du même article L. 3211-2-2. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre.

Dans l'attente de la décision du directeur de l'établissement, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Lorsque le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne malade propose de modifier la forme de prise en charge de celle-ci, le directeur de l'établissement est tenu de la modifier sur la base du certificat médical ou de l'avis mentionnés à l'article L. 3211-11.

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, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du

1° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, après la seconde occurrence du mot : « soins », sont insérés les mots : « pour une durée d'un mois, » ;

2° L'article L. 3212-7 est ainsi modifié :

a) Au début, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À l'issue de la première période de soins psychiatriques prononcée en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article. » ;

b) Au début de la première phrase du premier alinéa, les mots : « Après le cinquième jour et au plus tard le huitième à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques » sont remplacés par les mots : « Dans les trois derniers jours de chaque période mentionnée au premier alinéa » ;

b) ...

... jours de *chacune* des périodes mentionnées au premier alinéa » ;

Amendement AS 50

dossier médical.

Au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné au premier alinéa du présent article, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'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, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9. Ce collègue 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 collègue, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux 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 et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical mentionnés au premier alinéa du présent article est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.

Art. L. 3212-9. – Le directeur de

c) Le deuxième alinéa est supprimé ;

c bis) Le troisième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, après le mot : « évaluation », est inséré le mot : « médicale » ;

– après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Cette évaluation est renouvelée tous les ans. »

Amendement AS 8 (rect)

d) La seconde phrase du dernier alinéa est supprimée ;

l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques 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 le cas mentionné au 2° du présent article, 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 ce même cas, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de vingt-quatre heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6.

3° Au dernier alinéa de l'article L. 3212-9, après le mot : « certificat », sont insérés les mots : « médical ou un avis médical ».

3° ...

... ou, *en cas d'impossibilité d'examiner le patient*, un avis médical ».

Amendement AS 51

Article 7 bis

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la dématérialisation du registre prévu à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, examinant sa faisabilité technique et détaillant les modalités de consultation et de recueil des observations des autorités chargées du contrôle des établissements de santé accueillant des personnes en soins psychiatriques sans consentement susceptibles d'être mises en œuvre ainsi que les adaptations législatives ou réglementaires qu'elle rendrait nécessaires.

CHAPITRE II

Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits et clarification des procédures applicables dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Article 8

Le chapitre III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 3213-1 est ainsi modifié :

Art. L. 3213-1. – I. – Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

Lorsque les éléments du dossier médical du patient font apparaître qu'il 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 du présent code et qu'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1, une sortie de courte durée mentionnée à l'article L. 3211-11-1 ou la levée de la mesure de soins est envisagée, le psychiatre qui participe à sa prise en charge en informe

a) Le deuxième alinéa du I est supprimé ;

CHAPITRE II

Rationalisation du nombre de certificats médicaux produits et clarification des procédures applicables dans le cadre d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'État

Amendement AS 53

Article 8

1° L'article L. 3213-1 est ainsi rédigé :

« I. – Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222 - 1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

le directeur de l'établissement d'accueil qui le signale sans délai au représentant de l'État dans le département. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque les mesures de soins susmentionnées ont pris fin depuis au moins dix ans.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet 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:

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 deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II. – Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, 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 du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme 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.

III. – Le représentant de l'État ne peut 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 ou a

« Le directeur de l'établissement d'accueil transmet 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 :

« 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 deux derniers alinéas du même article L. 3211 - 2 - 2.

« II.-Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, 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 du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme 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.

b) Le III est ainsi rédigé :

« III. – Le représentant de l'État ne peut 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 lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement du

« III. – ...

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 du présent code.

Le présent III n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° ont pris fin depuis au moins dix ans.

IV. – Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à l'article L. 3212-11.

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 au I de l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure provisoire prévue à l'article L. 3213-2 et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. 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.

II. – Les copies des certificats et avis médicaux prévus au présent article et à l'article L. 3211-11 sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du

premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes prévues au livre II du code pénal ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens prévues au livre III du même code. » ;

2° L'article L. 3213-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du I, les mots : « Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour puis » sont supprimés et, après la référence : « L. 3213-2 », sont insérés les mots : « ou l'exécution de la décision mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale » ;

b) La seconde phrase du II est supprimée ;

... personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens.

« IV. – Les mesures provisoires, les décisions, les avis et les certificats médicaux mentionnés au présent chapitre figurent sur le registre mentionné à L. 3212-11. ».

Amendement AS 54

a) *Le début de la première phrase du premier alinéa du I est ainsi rédigé : « Dans le mois qui suit l'admission en soins psychiatriques décidée en application du présent chapitre ou résultant de la décision mentionnée à l'article 706-135 du code de procédure pénale et ensuite ... (le reste sans changement) » ;*

Amendement AS 56

a bis) À la deuxième phrase du même alinéa, après la référence : « L. 3211-2-1 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

Amendement AS 57

certificat médical ou de l'avis médical établi, en application du I du présent article, après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision mentionnée au I de l'article L. 3213-1 est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.

III. – Après réception des certificats ou avis médicaux mentionnés aux I et II du présent article et, le cas échéant, de l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 et de l'expertise psychiatrique 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 de la personne malade. Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et l'expertise psychiatrique doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le représentant de l'État prend immédiatement sa décision.

Art. L. 3213-4. – Dans les trois derniers jours du premier mois suivant la décision d'admission en soins psychiatriques mentionnée au I de l'article L. 3213-1 ou, le cas échéant, suivant la mesure 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 médical 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 au même 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 maximales de six mois renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'État à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée 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 d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article L. 3213-1 ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5.

Le présent article n'est pas applicable aux personnes mentionnées à l'article L. 3213-8.

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 l'admission en soins psychiatriques en application du présent chapitre ou du chapitre IV du présent titre 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 la réception du certificat médical. Lorsqu'une expertise psychiatrique est ordonnée par le représentant de l'État en application de l'article L. 3213-5-1, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance.

Lorsque le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'État intervient dans les délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.

3° L'article L. 3213-5 est abrogé ;

4° L'article L. 3213-7 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

2° bis Après le mot : « mentionnées », la fin du dernier alinéa de l'article L. 3213-4 est ainsi rédigée : « au II de l'article L. 3211-12. » ;

Amendement AS 58

Art. L. 3213-7. – Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, elles avisent immédiatement la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 du présent code ainsi que le représentant de l'État dans le département qui ordonne sans délai la production d'un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel du malade. Au vu de ce certificat, il peut prononcer une mesure d'admission en soins psychiatriques dans les conditions définies à l'article L. 3213-1.

À toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'État dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

« Toutefois si la personne concernée fait déjà l'objet d'une mesure de soins psychiatriques en application de l'article L. 3213-1, la production de ce certificat n'est pas requise pour modifier le fondement de la mesure en cours. » ;

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Si l'état de la personne mentionnée au premier alinéa le permet, celle-ci est informée par les autorités judiciaires de l'avis dont elle fait l'objet ainsi que des suites que peut y donner le représentant de l'État dans le département. Cette information est transmise par tout moyen et de manière appropriée à l'état du malade.

« L'avis mentionné au premier alinéa indique si la procédure concerne des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes mentionnée au livre II du code pénal ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens mentionnée au livre III du même code. Dans ce cas, la personne est également informée des conditions de mainlevée de la mesure prévues aux articles L. 3211-12,

« Si ...

... information *lui* est transmise par tout moyen et de manière appropriée à *son* état.

Amendement AS 59

« L'avis ...

... personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Dans ...

... conditions *dans lesquelles il peut être mis fin à la mesure de soins*

L. 3211-12-1 et L. 3213-8. » ;

5° Les quatre premiers alinéas de l'article L. 3213-8 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Le représentant de l'État dans le département ne peut décider de mettre fin à la mesure de soins psychiatriques dont bénéficie une personne mentionnée au II de l'article L. 3211-12 qu'après avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 et après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1. » ;

6° L'article L. 3213-9-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3213-9-1. – I. – Si un psychiatre participant à la prise en charge du patient atteste par un certificat

psychiatriques en application des articles L. 3211-12, L. 3211-12-1 et L. 3213-8. » ;

Amendements AS 60 et AS 61

5° L'article L. 3213-8 est ainsi rétabli :

« Le ...

... L. 3213-5-1.

« Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collègue et des deux psychiatres mentionnés au premier alinéa doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le représentant de l'État prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collègue et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'État. » ;

Amendement AS 55

Art. L. 3213-8. – Le représentant de l'État dans le département ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres choisis 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 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 du présent code.

Le présent article n'est pas applicable lorsque les mesures de soins mentionnées aux 1° et 2° ont pris fin depuis au moins dix ans.

Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collègue et des deux psychiatres mentionnés au premier alinéa doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, le représentant de l'État prend immédiatement sa décision. Les conditions dans lesquelles les avis du collègue et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'État.

Art. L. 3213-9-1. –

médical qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement peut être levée ou que le patient peut être pris en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical.

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.

Pour les personnes mentionnées au III 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.

« II. – Lorsque le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre participant à la prise en charge du patient, il en informe sans délai le directeur de l'établissement d'accueil qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximal de soixante-douze heures à compter de la décision du représentant de l'État, un avis sur la nécessité de l'hospitalisation complète.

« III. – Lorsque l'avis prévu au II confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la levée de la mesure de soins sans consentement ou décide d'une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1, conformément à la proposition figurant dans le certificat médical mentionné au I du présent article.

« Lorsque l'avis prévu au II préconise le maintien de l'hospitalisation complète et que le représentant de l'État dans le département maintient l'hospitalisation complète, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsque la décision du représentant de l'État intervient dans les

« III. – Lorsque l'avis *du deuxième psychiatre* prévu ...

... article.

Amendement AS 62

« Lorsque l'avis *du deuxième psychiatre* prévu ...

... de l'État maintient ...

délais mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-12-1.

« IV. – Pour l'application du présent article aux personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12, le représentant de l'État prend sa décision dans les conditions prévues aux I à III du présent article si chacun des avis prévus à l'article L. 3213-8 constate que la mesure d'hospitalisation complète n'est plus nécessaire. »

Article 9

L'article L. 3222-3 du code de la santé publique est abrogé.

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 Ier du présent livre ou de 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.

TITRE III

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Article 10

Le chapitre IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues admises en soins psychiatriques en application du présent chapitre ne peuvent l'être que sous la forme d'une hospitalisation complète.

... L. 3211-12-1.

Amendement AS 62 et AS 63

« IV. – Pour l'application du premier alinéa du III aux personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12, le représentant de l'État prend l'une ou l'autre des décisions si chacun ... (le reste sans changement) ».

Amendement AS 64

Article 9

Sans modification

TITRE III

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉTENUES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Article 10

1° L'article L. 3214-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 3214-1. – I. – Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé

II. – L’hospitalisation en soins psychiatriques d’une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l’article L. 3222-1 au sein d’une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d’un certificat médical, au sein d’une unité pour malades difficiles mentionnée à l’article L. 3222-3.

Toutefois, lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l’article L. 3222-1 en dehors des unités prévues au premier alinéa du présent II.

Art. L. 3214-2. – Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s’agissant des personnes faisant l’objet de soins en application de l’article L. 3214-3, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9 et L. 3211-12 à L. 3211-12-4 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

L’avis conjoint mentionné au II de l’article L. 3211-12-1 est rendu par un psychiatre de l’établissement d’accueil, désigné par le directeur et participant à la prise en charge du patient, ainsi que par un psychiatre, consulté par tout moyen, intervenant dans l’établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation.

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application des

1° À la fin du premier alinéa du II, les mots : « mentionnée à l’article L. 3222-3 » sont supprimés ;

2° L’article L. 3214-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après la référence : « L. 3211-12-4 », est insérée la référence : « et L. 3211-12-6 » ;

mentionné à l’article L. 3222-1 au sein d’une unité hospitalière spécialement aménagée.

« II. – Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l’objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l’article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du II de l’article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l’article L. 3222-1 au sein d’une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d’un certificat médical, au sein d’une unité adaptée.

« III. – Lorsque leur intérêt le justifie, les personnes mineures détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement mentionné à l’article L. 3222-1 en dehors des unités prévues aux I et II du présent article. » ;

Amendement AS 65

a) Au premier alinéa, les références : « et L. 3211-12 à L. 3211-12-4 » sont remplacés par les références : « , L. 3211-12 à L. 3211-12-4 et L. 3211-12-6 » ;

Amendement AS 66

articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète d'une personne détenue faisant l'objet de soins en application de l'article L. 3214-3, cette décision est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 3214-5.

b) La seconde phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « , sauf si la personne détenue est hospitalisée au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée en consentant à ses soins ».

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES

Article 11

Art. L. 3215-2. – Est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 :

1° D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 sans avoir obtenu la demande d'admission en soins et les certificats médicaux prévus par le même 1° ;

2° D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 2° du même II sans disposer du certificat médical prévu par le même 2° ;

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 de l'article L. 3212-7, des 1° et 2° du I de l'article L. 3213-1 et de l'article L. 3213-3 ;

5° D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions de l'article L. 3212-11 et du IV de l'article L. 3213-1 relatives à la tenue et

TITRE IV

DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES

Article 11

à la présentation des registres ;

6° 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 médical prévu à cet article.

Art. L. 3844-1. – Le titre I^{er} du livre II de la présente partie est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve des adaptations suivantes :

1° La référence au représentant de l'État dans le département est remplacée par la référence au haut-commissaire de la République ;

2° Les références 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, » et les mots : « tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence » sont supprimés ;

4° Aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1, les mots : « mentionné à l'article L. 3222-1 » et les mots : « mentionné au même article L. 3222-1 » sont respectivement remplacés par les mots : « habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement » ;

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'État, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de la Polynésie française, le vice-président du gouvernement, le ministre chargé de la santé et le maire de la commune » ;

b) Pour son application en Nouvelle-Calédonie, les mots : « les autorités men-

I. – Au 6° de l'article L. 3215-2 du code de la santé publique, la référence : « L. 3213-5 » est remplacée par la référence : « L. 3213-9-1 ».

II. – L'article L. 3844-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au 4°, après les mots : « Aux 1° et 2° », sont insérés les mots : « du I » ;

tionnées à l'article L. 3222-4 » sont remplacés par les mots : « le représentant de l'État, le procureur de la République près le tribunal de première instance, le président du gouvernement de Nouvelle-Calédonie, le vice-président du gouvernement, le membre du gouvernement chargé d'animer et de contrôler le secteur de l'administration hospitalière et le maire de la commune » ;

6° Au 2° du même article L. 3211-3, les mots : « et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 » sont supprimés ;

7° Au dernier alinéa des articles L. 3211-2-1 et L. 3211-9, au 2° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 3211-12, au dernier alinéa des I et IV de l'article L. 3211-12-1, à l'article L. 3211-13, au deuxième alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, à l'article L. 3212-12, à la première phrase du deuxième alinéa du I et au 2° du III de l'article L. 3213-1, au 2° et, deux fois, au dernier alinéa de l'article L. 3213-8, à l'article L. 3213-11, à la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 3214-2 et à l'article L. 3214-5, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;

8° Au premier alinéa du I et à la dernière phrase du dernier alinéa du 1° du II de l'article L. 3212-1, les mots : « mentionné à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux conformément à la réglementation applicable localement » ;

9° À la première phrase du I de l'article L. 3212-5, à la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 3212-7, au 1° de l'article L. 3212-9, à la première phrase du II de l'article L. 3213-3, au troisième alinéa de l'article L. 3213-4 et au 3° de l'article L. 3213-9, les mots : « commission départementale des soins psychiatriques » sont remplacés par le mot : « commission » ;

10° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3212-11, les mots : « en application des articles L. 3222-4 et L. 3223-1 » sont remplacés par les

2° Au 7°, les mots : « dernier alinéa des articles L. 3211-2-1 et L. 3211-9 » sont remplacés par les mots : « premier alinéa du II de l'article L. 3211-2-1, au dernier alinéa de l'article L. 3211-9 » et les mots : « à la première phrase du deuxième alinéa du I et au 2° du III de l'article L. 3213-1, » sont supprimés ;

3° Au 9°, les deuxième et troisième occurrences des mots : « à la première phrase du » sont remplacées par le mot : « au » ;

2° Le 7° est ainsi modifié :

a) Au début, les références : « Au dernier alinéa des articles L. 3211 - 2 - 1 et L. 3211 - 9, au 2° et à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 3211 - 12, au dernier alinéa des I et IV » sont remplacées par les mots : « Au premier alinéa du II de l'article L. 3211 - 2 - 1, au dernier alinéa de l'article L. 3211 - 9, au dernier alinéa du II de l'article L. 3211 - 12, au dernier alinéa du I » ;

b) Les références : « à la première phrase du deuxième alinéa du I et au 2° du III de l'article L. 3213 - 1, » sont supprimées ;

Amendement AS 67

mots : « conformément à la réglementation applicable localement » ;

11° Le I de l'article L. 3213-1 est ainsi modifié :

a) À l'avant-dernière phrase du premier alinéa, les mots : « arrêtés préfectoraux » sont remplacés par les mots : « arrêtés du haut-commissaire de la République » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « commission départementale des soins psychiatriques » sont remplacés par le mot : « commission » ;

.....

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° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de 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 ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-2. – Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux tels que définis au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 est hospitalisée 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 L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3213-1 ou L. 3213-2. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 3222-4 est ainsi modifié :

a) Les mots : « mentionnés à l'article L. 3222-1 » sont remplacés par les mots : « habilités à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, conformément à la réglementation applicable localement » ;

4° Au b du 11°, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « deuxième ».

b) Les mots : « le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par 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 » ;

4° À l'article L. 3222-5, les mots : « dans chaque département, une commission départementale » sont remplacés par les mots : « une commission » ;

5° À la fin du second alinéa de l'article L. 3222-3, à l'article L. 3222-6 et au premier alinéa du 3° et au 6° de l'article L. 3223-1, les mots : « en Conseil d'État » sont supprimés ;

.....

III. – Au 5° de l'article L. 3844-2 du même code, les mots : « la fin du second alinéa de l'article L. 3222-3, à » sont supprimés.

Article 12

I. – La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2014, sous réserve des dispositions du présent article.

II. – L'article 4, les derniers alinéas du II et du III de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique dans leur rédaction résultant de l'article 5, le III de l'article L. 3213-1 et l'article L. 3213-8 dans leur rédaction résultant de l'article 8 et l'article 9 entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2013.

III. – Le 1° du I de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique est applicable aux décisions d'admission en soins psychiatriques prises à compter du 1^{er} janvier 2014.

IV. – Le présent article est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française. Pour son application dans ces territoires, les références au représentant de l'État dans le département ou au préfet de police sont remplacées par la référence au Haut-commissaire de la République.

Article 12

II. – ...

... résultant, *respectivement*, des 1° et 5° de l'article 8 et l'article 9 entrent en vigueur à compter du 1^{er} octobre 2013.

Amendements AS 68 et AS 69

III. – Le 1° et le 2° du I et le IV de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, *dans leur rédaction résultant de l'article 5, sont applicables aux décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement et aux décisions de réadmission en hospitalisation complète prononcées* à compter du 1^{er} janvier 2014.

IV. – Le présent article est applicable en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

Amendement AS 70

Article 13

Les charges qui pourraient résulter pour l'État de l'application de la présente loi sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Article 13

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

Table ronde n° 1 : Représentants des usagers et des familles

- **Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)** – M. Michel Girard, vice-président
- **Advocacy France** – M. Philippe Guerard, président, et M. Claude Deutsch, secrétaire général
- **Cercle de réflexion et de proposition d’actions sur la psychiatrie (CRPA)** – M. André Bitton, président
- **Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire** – Dr Patrick Chemla, psychiatre chef de pôle 51ZR4 au centre Antonin Artaud de Reims, Dr Thierry Najman, psychiatre chef de pôle au CMP adultes 92G02, Dr Mathieu Bellahsen et M. Matthieu Dissert
- **Collectif Mais c’est un homme** – M. Éric Bogaert, psychiatre
- **Union nationale Groupe d’entraide mutuelle (GEM) France** – Mme Maité Arthur, présidente, M. Claude Ehuin, vice-président, président Nord-Mentalités, membre du conseil de surveillance de l’ESPM Lille métropole, membre de la commission départementale des soins psychiatriques du Pas de Calais, vice-président du collectif inter associatif sur la santé (CISS) Nord-Pas-de-Calais, M. Ivan Dupon, secrétaire général, et Mme Annie Labbé, vice-présidente, présidente de l’association d’usagers ARGOS 2001

Table ronde n° 2 : Syndicats des personnels soignants

- **Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)** – Dr Isabelle Montet, secrétaire générale
- **Union syndicale de la psychiatrie (USP)** – M. Éric Bogaert, psychiatre
- **Syndicat des psychiatres d’exercice public (SPEP)** – Dr Michel Triantafyllou, président, Dr Jean-Paul Bouvattier, vice-président, et Dr Jean Ferrandi, secrétaire général
- **Coordination nationale infirmières (CNI)-collectif psychiatrie** – Mme Nathalie Depoire, présidente du CNI, et Mme Danièle Hengen, référente du collectif psychiatrie

- **Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP)** – Dr Pignier, Dr Gourevitch, et Dr Gilles Vidon, trésorier

Table ronde n° 3 : Fédérations hospitalières

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – M. David Causse, coordonnateur du pôle santé-social et Mme Julie Gauthier, conseillère santé-social
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, et Mme Nathalie Sanchez, adjointe au responsable du pôle organisation sanitaire et médico-social, chargée des dossiers relatifs à la psychiatrie et à la santé mentale

Table ronde n° 4 : Établissements de santé

- **Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)** – M. Joseph Halos, président
- **Conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissements de centres hospitaliers spécialisés** – Dr Bernard Lachaux, président
- **Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (SYNCASS-CFDT)** – M. Claude Lescouet, directeur des soins, secrétaire national, et M. Hubert Meunier, directeur du centre hospitalier du Vinatier à Bron
- **Syndicat des manageurs publics de santé (SMPS)** – Mme Zaynab Riet, directrice de l'établissement public de santé mentale de Ville Évrard
- **Syndicat national des cadres hospitaliers-FO** – M. Hadrien Scheibert, directeur des admissions, des finances et du système d'information du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif

Table ronde n° 5 : Magistrats, greffiers et avocats

- **Syndicat de la magistrature (SM)** – M. Éric Bocciarelli, secrétaire général, et M. Xavier Gadrat, secrétaire national
- **Syndicat des greffiers de France (SDGF-FO)** – Mme Sophie Grimault, greffière au tribunal de grande instance de Limoges, et Mme Catherine Arnal, greffière au tribunal de grande instance du Puy-en-Velay
- **Syndicat national CGT des chancelleries et des services judiciaires (CGT services judiciaires)** – M. Henri-Ferréol Billy, membre de la direction et greffier au tribunal de grande instance de Créteil

- **Conseil national des barreaux (CNB)** – Mme Carine Monzat, membre du conseil national, et M. Jacques-Edouard Briand, chargé des relations institutionnelles
- **Syndicat des avocats de France (SAF)** – M. Florian Borg, secrétaire général
- **Union syndicale des magistrats (USM)** – Mme Virginie Valton, vice-présidente, et M. Richard Samas-Santafé, trésorier

Table ronde n° 6 : Autorités administratives indépendantes

- **M. Jean-Marie Delarue**, contrôleur général des lieux de privation de liberté
- **Le défenseur des droits** – Mme Maryvonne Lyazid, adjointe du défenseur en charge de la lutte contre les discriminations, Mme Rachel Moutier, chargée de mission coordinatrice juridique pôle santé, et M. Armand Morazzani, délégué pôle santé
- **Commission nationale consultative des droits de l’homme (CNCDH)** – M. Antoine Lazarus, membre de la commission, président de l’observatoire international des prisons