

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE L'OUTRE-MER,
DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
ET DE L'IMMIGRATION

MINISTÈRE DE L'EMPLOI,
DU TRAVAIL ET DE LA SANTÉ

Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

NOR : IOCD1122419C

Validée par le CNP le 29 juillet 2011 – Visa CNP 2011-211.

Mots clés : soins psychiatriques sur décision du préfet.

Références :

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

Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques ;

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.

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration et le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département et Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agence régionale de santé.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 et les décrets n° 2011-846 et n° 2011-847 du 18 juillet 2011 modifient les dispositions du code de la santé publique relatives aux droits des patients en hospitalisation psychiatrique et le régime des hospitalisations sans consentement, issues de la loi du 27 juin 1990.

Cette réforme prend en compte les deux décisions du Conseil constitutionnel rendues sur questions prioritaires de constitutionnalité (QPC n° 2010-71 du 26 novembre 2010 et QPC n° 2011-135/140 du 9 juin 2011). Elle s'inscrit également dans le cadre des préconisations de plusieurs rapports d'inspections générales, dont notamment le rapport des inspections générales des affaires sociales et des services judiciaires de mai 2005.

La présente circulaire comprend :

- une présentation de la réforme ;
- un rappel du rôle des ARS dans la gestion des mesures de soins psychiatriques sur décision du préfet ;
- des éléments pour la mise en œuvre de cette réforme.

1. Présentation de la réforme

1.1. De l'hospitalisation d'office aux soins psychiatriques sur décision du préfet

Une des principales novations de la réforme porte sur la substitution de la notion de soins psychiatriques sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement. Désormais, le patient fera l'objet de soins psychiatriques sur décision du préfet et non plus d'une hospitalisation d'office. Les modèles d'arrêtés préfectoraux sont revus afin de tenir compte de cette évolution.

Cette substitution ouvre la possibilité d'une prise en charge soit en hospitalisation complète, soit sous une autre forme incluant, le cas échéant, des hospitalisations partielles, des consultations ou des soins à domicile (art. L. 3211-2-1).

La forme de prise en charge devra être adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental du patient.

1.2. *Entrée, formes de prise en charge, suivi*

Le maintien des conditions d'entrée dans les soins psychiatriques

Les conditions d'entrée définies aux articles L. 3213-1 et L. 3213-2 ne sont pas modifiées.

Ainsi, le préfet de département ou, à Paris, le préfet de police 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.

De même, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire ou, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires (art. L. 3213-2). Cette information doit toujours être transmise dans les vingt-quatre heures au préfet qui prononce, s'il y a lieu, un arrêté dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme de quarante-huit heures.

Les modifications apportées à la procédure avant le terme
des quinze premiers jours suivant l'admission en soins psychiatriques

La loi du 5 juillet 2011 modifie le rythme d'élaboration des certificats médicaux dans les quinze premiers jours qui suivent l'admission en soins psychiatriques et instaure une période initiale d'observation et de soins d'une durée maximale de soixante-douze heures (art. L. 3211-2-2).

La période initiale d'observation et de soins, qui débute à l'admission en soins psychiatriques, consiste toujours en une hospitalisation complète. Elle a pour finalité d'évaluer la capacité du patient à consentir aux soins, d'engager les soins nécessaires et d'évaluer l'état du patient pour définir la forme de prise en charge la mieux adaptée à ses besoins : prise en charge libre ou mesure de contrainte en hospitalisation complète, partielle ou soins ambulatoires.

Afin de mieux appréhender l'évolution de l'état du patient, le rythme de production des certificats médicaux en début de procédure ainsi que la qualité de leurs auteurs ont été revus. En effet, outre le ou les certificats à l'admission, sont prévus un certificat établi dans les vingt-quatre heures et un nouveau certificat qui doit être établi dans les soixante-douze heures suivant l'admission en soins. Ces deux certificats médicaux établis par un psychiatre de l'établissement d'accueil constatent l'état mental du patient et confirment ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné.

Par ailleurs, un examen somatique est également réalisé par tout médecin dans les vingt-quatre heures suivant l'admission du patient, afin d'exclure une origine somatique d'un trouble d'allure psychiatrique. Conformément à l'article R. 6153-3, un interne peut réaliser cet examen somatique, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. Cet examen médical ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical.

À l'issue de cette période maximale de soixante-douze heures, et dès lors que les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir le patient en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement propose dans un avis motivé la forme de la prise en charge. Cet avis doit être clair c'est-à-dire, dactylographié, précis et compréhensible.

Par la suite, et quelle que soit la forme de la prise en charge, un certificat ou avis médical, confirmant ou infirmant la nécessité de soins et l'adaptation de la forme de la prise en charge, est établi par un psychiatre de l'établissement après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision d'admission en soins psychiatriques. Ce certificat remplace le certificat qui était antérieurement établi dans les quinze jours de l'hospitalisation d'office (art. L. 3213-3-I).

Lorsque le patient fait l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète, ce nouveau certificat est adressé par le directeur de l'établissement au juge des libertés et de la détention (art. L. 3213-3-II).

La prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète

Comme indiqué plus haut, la loi du 5 juillet 2011 prévoit désormais plusieurs types de forme de prise en charge : l'hospitalisation complète et les autres formes de prise en charge, alternatives à l'hospitalisation complète (art. L. 3211-2-1).

Ces alternatives à l'hospitalisation complète peuvent prendre plusieurs formes, notamment une hospitalisation à temps partiel (de jour, de nuit), des soins à domicile, des consultations en ambulatoire, des activités thérapeutiques. Dans ce cas, un programme de soins définissant les types de soins, leur lieu de réalisation et leur périodicité doit être établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

La qualité des informations contenues dans le programme de soins est la garantie d'une décision éclairée du préfet. En effet, il appartient au préfet d'arrêter la forme de la prise en charge, soit en hospitalisation complète, soit sous une autre forme. Dans ce dernier cas, le préfet joint à sa décision le programme de soins.

En fonction des soins décidés par le psychiatre, le programme de soins précise la forme de l'hospitalisation partielle (jour, nuit), le lieu de la prise en charge ainsi que la fréquence des consultations et visites en ambulatoire ou à domicile. Par ailleurs, il mentionne l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

En cas d'existence d'un traitement médicamenteux, le programme de soins ne porte aucune mention sur la nature ou le détail de ce traitement, notamment sur les modalités d'administration de ce traitement (4^e du II de l'article R. 3211-1).

De même, le programme ne comporte pas d'indication sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Toute modification du programme de soins relève d'un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient et vise à adapter les soins à l'évolution de l'état de santé de ce dernier.

À cet égard, toute modification ayant pour effet de changer substantiellement la forme de prise en charge doit être portée à la connaissance du préfet. Elle est en effet susceptible de conduire à une appréciation différente au regard des considérations d'ordre public. Le préfet doit pouvoir, le cas échéant, confirmer l'évolution du programme de soins par un nouvel arrêté.

Une modification peut être considérée comme substantielle dès lors qu'un des éléments constitutifs de la décision évolue notablement par sa fréquence (par exemple une consultation par mois en lieu et place de deux consultations hebdomadaires ou réciproquement), par sa nature (évolution des formes de prise en charge d'une hospitalisation incomplète en mode ambulatoire par exemple) ou par la durée de la prise en charge.

Afin de limiter le nombre de modifications, le programme de soins peut prévoir la durée pendant laquelle les soins sont dispensés selon une certaine fréquence (pendant un mois deux consultations hebdomadaires, puis une consultation hebdomadaire).

Par ailleurs, pour éviter les ruptures de soins, parallèlement à la possibilité d'une prise en charge extrahospitalière des patients, l'article L. 3211-11 encadre le suivi des intéressés en prévoyant que le psychiatre participant à la prise en charge du patient peut modifier à tout moment la forme de la prise en charge pour garantir la continuité des soins du patient au vu de son état. À ce titre, le praticien peut proposer une hospitalisation complète du patient. Dans ce cas, une décision modifiant la forme de la prise en charge est prise.

Les sorties accompagnées de courte durée (art. L. 3211-11-1)

La loi du 5 juillet 2011 a maintenu le régime antérieur des autorisations de sortie d'établissement accordées aux patients hospitalisés, pour motif thérapeutique ou pour effectuer des démarches extérieures.

La nouveauté réside seulement dans la possibilité pour un membre de la famille ou pour la personne de confiance désignée par le patient de l'accompagner. Auparavant, seul un soignant pouvait accomplir ces missions.

Pour les patients faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet, le régime de décision implicite d'acceptation est maintenu. La demande, accompagnée des mêmes éléments d'informations qu'antérieurement, ainsi que de l'avis du psychiatre traitant, est transmise quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Il convient désormais de préciser les modalités d'accompagnement envisagées.

Par ailleurs, si la sortie accompagnée concerne un patient faisant l'objet d'un suivi particulier, la mention de celui-ci doit figurer dans la demande.

Comme antérieurement, le préfet peut s'opposer à la demande de sortie accompagnée qui lui est transmise quarante-huit heures au préalable.

1.3. Transformation d'une mesure de soins psychiatriques sur demande de tiers ou en cas de péril imminent en mesures de soins psychiatriques sur décision du préfet (art. L. 3213-6)

L'article L. 3213-6 permet au préfet de modifier le cadre juridique des soins sans consentement d'un patient jusqu'alors placé en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

Ainsi, sur la base du certificat ou avis médical d'un psychiatre de l'établissement attestant 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 préfet peut prendre une mesure de soins psychiatriques.

Le patient fait alors l'objet d'une nouvelle période de soins et d'observation, les certificats établis dans les vingt-quatre heures, puis dans les soixante-douze heures sont alors élaborés par deux psychiatres différents.

La procédure antérieure qui prévoyait un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office, caduc à défaut de confirmation sous les quinze jours, est supprimée.

1.4. Rôle du juge des libertés et de la détention (JLD)

Le contrôle systématique des mesures par le JLD (art. L. 3211-12-1 et L. 3213-5)

Outre la procédure de requête aux fins de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques ouverte notamment à la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques (art. L. 3211-12), un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète par le juge des libertés et de la détention est mis en place (art. L. 3211-12-1). Cette nouvelle procédure répond aux exigences fixées par le Conseil constitutionnel.

Ce contrôle systématique s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète continue, ainsi qu'aux décisions les renouvelant :

- celles décidées par le préfet sur le fondement des articles L. 3213-1 (hospitalisation initiale), L. 3213-4 (renouvellement de la mesure à un mois, puis trois mois, puis tous les six mois), L. 3213-6 (lorsque consécutivement à des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, un psychiatre constate la nécessité de soins, le patient compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public) et L. 3214-1 (mesure concernant une personne détenue) ;
- celles prononcées, à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale émanant soit de la chambre de l'instruction, ou d'une juridiction de jugement (art. 706-135 du code de procédure pénale), soit émanant du préfet (art. L. 3213-7).

Le nouveau contrôle intervient, conformément à l'exigence constitutionnelle, avant l'expiration du quinzième jour d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de la décision de réhospitalisation, puis à l'issue de chaque période de six mois continus à compter de la précédente décision judiciaire, y compris si cette décision intervient dans le cadre d'une requête en mainlevée. En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les six mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les six mois.

Le préfet, lorsqu'il est l'auteur de la décision ou lorsque cette décision a été prise par l'autorité judiciaire, doit donc saisir le juge des libertés et de la détention :

- pour l'exercice de son contrôle avant l'échéance du quinzième jour, au plus tard trois jours avant l'expiration du délai dans lequel le juge doit statuer. Sa saisine, accompagnée des pièces utiles à l'examen du dossier, doit donc intervenir au plus tard le douzième jour à compter de l'admission en hospitalisation complète (deuxième alinéa du IV de l'article L. 3211-12-1 et de l'article R. 3211-27) ;
- pour l'exercice du contrôle avant l'échéance du sixième mois, au moins huit jours avant l'expiration de ce délai.

En cas de saisine après l'expiration du délai prévu, le juge des libertés et de la détention constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Le IV de l'article L. 3211-12-1 laisse cependant au juge une marge d'appréciation pour statuer sur la demande malgré une saisine tardive. En effet, le juge ne constatera pas la mainlevée s'il est justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et si le débat peut avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

L'article R. 3211-28 prévoit que la saisine est accompagnée, lorsqu'ils ont été requis, de l'avis de deux psychiatres de l'établissement dont l'un participe à la prise en charge du patient ou de l'avis du collège de soignants (II de l'article L. 3211-12-1) ainsi que des pièces prévues aux 1^o à 4^o de l'article R. 3211-11 et, le cas échéant, de l'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle et de l'avis médical mentionné par l'article L. 3211-12-2, au vu duquel le juge décide des modalités d'audition de la personne qui fait l'objet des soins.

L'article L. 3211-12-2 prévoit plusieurs modalités d'audience : audience au tribunal, audience au sein de l'établissement de santé dans une salle spécialement aménagée, visioconférence.

À l'issue de l'audience, le juge peut, soit maintenir l'hospitalisation complète, soit en ordonner la mainlevée.

Toutefois, que la décision de mainlevée de l'hospitalisation complète soit prise à la suite de l'exercice du recours facultatif prévu par l'article L. 3211-12, ou qu'elle intervienne dans le cadre du contrôle systématique instauré par les nouveaux articles L. 3211-12-1 et L. 3213-5, le juge apprécie, au vu des éléments du dossier, s'il convient ou non d'assortir sa décision d'une mention en différant l'effet pendant une durée qui ne peut excéder vingt-quatre heures.

Ce délai doit alors permettre d'élaborer un programme de soins pour une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète. À défaut d'élaboration de ce programme de soins et de la prise d'un arrêté modifiant la forme de la prise en charge, la mesure de soins prend fin.

En l'absence de décision du juge des libertés et de la détention dans les délais fixés pour le contrôle systématique ou en cas de constatation de la mainlevée, soit qu'il n'ait pas pu statuer, soit qu'il n'ait pas été saisi dans les temps, le patient peut faire l'objet de soins psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation complète dès la mainlevée, sous réserve que les conditions d'admission en soins psychiatriques soient toujours réunies et qu'un programme de soins soit établi (art. L. 3211-12-5).

Les évolutions de la répartition des contentieux entre les deux ordres de juridictions

Le nouvel article L. 3216-1 transfère au juge judiciaire, à compter du 1^{er} janvier 2013, le contentieux de la régularité des décisions administratives, ainsi que le contentieux indemnitaire en résultant. La juridiction administrative restera compétente pour statuer sur les recours introduits antérieurement à cette date.

1.5. Dispositions particulières relatives à certains patients

Les patients concernés

Le législateur a introduit des dispositions particulières pour certains patients, dont la situation est sensible. Celles-ci s'appliquent lors du contrôle de la mesure de contrainte et lors des décisions en ordonnant la mainlevée.

Ces dispositions particulières concernent :

- les patients qui lors de l'examen de leur dossier font l'objet de soins suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale ordonnée par l'autorité judiciaire sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou par le préfet en application de l'article L. 3213-7 ;
- les patients qui lors de l'examen de leur dossier sont placés en unité pour malades difficiles (UMD) au cours de la mesure de soins décidée par le préfet en application de l'article L. 3213-1 ;
- les patients qui, alors qu'ils font l'objet d'une mesure de soins psychiatriques décidée par le préfet ont, depuis moins de dix ans :
 - soit, fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (1^o du II de l'article L. 3211-12) ;
 - soit séjourné en UMD durant une période continue d'au moins un an, (2^o du II de l'article L. 3211-12 et article R. 3222-9).

Lorsque le psychiatre a connaissance, au regard des informations disponibles dans le dossier médical, que le patient qu'il prend en charge relève de ces dispositions particulières, il doit en informer le directeur de l'établissement, qui le signale au préfet (I de l'article L. 3213-1). Cette information est transmise par le psychiatre au moment où celui-ci envisage :

- une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ;
- une sortie accompagnée de courte durée ;
- une levée de la mesure de soins psychiatriques.

Pour apprécier la proposition de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le préfet dispose pour ces patients d'un avis supplémentaire émis par un collège défini à l'article L. 3211-9 (III de l'article L. 3213-1). Dès lors que la proposition du psychiatre de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète est confirmée par l'avis du collège, le préfet suit la proposition.

L'avis du collège doit être transmis dans un délai maximal de sept jours suivant l'établissement du certificat médical initial ou la demande de saisine du collège par le préfet auprès du directeur de l'établissement (art. R. 3213-2).

Cet avis est également requis si le préfet envisage de prendre un nouvel arrêté suite à la modification du programme de soins (IV de l'article R. 3211-1).

Pour lever la mesure de soins psychiatriques, l'avis du collège doit être complété par les deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres experts prévus à l'article L. 3213-8. Le préfet désigne dans les vingt-quatre heures suivant la production de l'avis du collège les deux experts et précise le délai dont ils disposent pour rendre leur avis. Ce délai ne peut excéder dix jours (art. R. 3213-1). Passé ce délai, le préfet prend immédiatement sa décision.

Aux termes de l'article R. 3213-3 : « Les certificats et avis médicaux établis [dans ce cadre] sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés.

Lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, ils sont motivés au regard des soins nécessités par les troubles mentaux de la personne intéressée et des incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes. »

Les unités pour malades difficiles (UMD)

La loi du 5 juillet 2011 définit désormais les unités pour malades difficiles (UMD) qui peuvent prendre en charge les patients faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète décidés par le préfet, les détenus faisant l'objet de soins psychiatriques ou les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sur décision judiciaire, lorsque l'état de ces patients présente des difficultés telles que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique.

Les procédures antérieures relatives à l'admission dans ces unités (arrêté de transfert, engagement de reprise, arrêté d'admission) sont désormais codifiées aux articles R. 3222-2 et R. 3222-3.

Il convient de souligner que ces patients peuvent bénéficier de sorties accompagnées de courte durée (art. R. 3222-4).

La direction de l'établissement organise le transport sanitaire des patients vers l'unité pour malades difficiles. La mise à disposition d'une escorte de policiers ou de gendarmes peut être accordée par le préfet en cas de circonstances exceptionnelles.

1.6. Conditions et modalités d'aménagement ou de levée des mesures (art. L. 3213-5)

Les délais

Afin d'améliorer les droits des patients, les délais dans lesquels le préfet statue sur une proposition du psychiatre de lever la mesure de soins psychiatriques sont désormais précisés.

Ainsi, le préfet dispose d'un délai de trois jours francs après réception du certificat médical attestant que les conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques ne sont plus remplies et proposant la levée de la mesure. Ce délai est prolongé en cas de demande d'expertise psychiatrique. Le directeur de l'établissement dispose, quant à lui, toujours de vingt-quatre heures pour transmettre ce certificat.

La procédure particulière lorsque le préfet ne suit pas la proposition formulée par le psychiatre

La décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011 a conduit le législateur à prévoir une procédure lorsque le préfet ne suit pas une proposition de levée d'une mesure d'hospitalisation complète.

Ainsi, il résulte de l'article L. 3213-9-1, que si le préfet souhaite ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement de faire sortir le patient de l'hospitalisation complète, 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 au plus tard soixante-douze heures après la demande du préfet, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet, en situation de compétence liée, ordonne la mise en place de la mesure de soins proposée par le psychiatre traitant et prend un arrêté en ce sens auquel il joint le programme de soins.

Si le deuxième avis psychiatrique ne confirme pas le premier, le patient reste alors en hospitalisation complète.

Dans le cas d'une demande de levée de la mesure de soins psychiatriques, si le second avis propose le maintien de l'hospitalisation complète (les deux avis médicaux sont donc divergents), la décision revient alors au juge des libertés et de la détention en application de l'article L. 3213-5. Il appartiendra alors au directeur de l'établissement de saisir le juge de ce dossier.

2. Rôle des agences régionales de santé

2.1. Cadre légal et réglementaire dans lequel interviennent les ARS

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et au territoire a fixé le principe d'intervention de l'ARS pour le compte du préfet (art. L. 1435-1) : « pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaires et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'État territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence ». À cette fin, une astreinte doit donc être organisée pour assurer cette mise à disposition « à tout moment » (en dehors des heures ouvrées).

Le décret relatif aux pouvoirs des préfets (art. 13 du décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié) précise que le « préfet de département est assisté dans l'exercice de ses fonctions du directeur général de l'ARS et du responsable de sa délégation territoriale dans le département ».

Ce dispositif est également précisé par le décret n° 2010-338 du 31 mars 2010 relatif aux relations des représentants de l'État dans le département, dans la zone de défense et dans la région et l'agence régionale de santé pour l'application des articles L. 1435-1, L. 1435-2 et L. 1435-7 et les instructions interministérielles des 24 mars et 24 septembre 2010 (1). Ce décret prévoit que des protocoles départementaux triennaux visent notamment à préciser « les modalités suivant lesquelles l'ARS intervient pour préparer et, le cas échéant, mettre en œuvre les compétences du préfet au titre de la veille, de la sécurité, et de la police sanitaire ainsi que de la salubrité et de l'hygiène publiques. Il précise notamment ses interventions en ce qui concerne : la préparation ou la mise en œuvre des décisions relatives aux hospitalisations sans consentement ».

Les protocoles, pris en application de ces références, sont signés après consultation du comité régional de sécurité sanitaire, présidé par le préfet de région, réunissant le directeur général de l'ARS et les préfets des départements de la région.

À cet égard, l'entrée en vigueur au 1^{er} août 2011, de la loi du 5 juillet 2011 justifie que le comité régional de sécurité sanitaire soit réuni afin de coordonner l'organisation à mettre en place à l'échelle de la région.

2.2. Organisation des ARS

La loi du 5 juillet 2011 n'apporte pas de modification majeure sur le rôle des ARS. Les organisations mises en place localement continuent donc à s'instituer dans le cadre des protocoles relatifs aux modalités de coopération entre les préfets et les directeurs généraux des agences régionales de santé, conformément aux textes rappelés ci-dessus et à la circulaire DGS/MC4 n° 2011-66 du 11 février 2011 relative au rôle des agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office.

Il appartient aux directeurs généraux d'ARS de définir l'organisation interne de leur agence et les modalités pratiques de mise en œuvre de la réponse aux demandes préfectorales pour apporter la meilleure qualité de service, et répondant notamment aux exigences de délais prévus par la loi.

(1) Instruction interministérielle santé-intérieur du 24 mars 2010 sur les relations entre les préfets et les agences régionales de santé (ARS) – mesures transitoires.

Circulaire IOCA 1024175C du 24 septembre 2010 relative à la conclusion des protocoles pluriannuels entre le préfet et le DGARS.

Afin de fiabiliser les échanges avec les préfets et les établissements de santé ainsi que, le cas échéant, les établissements pénitentiaires, chaque ARS fera connaître les interlocuteurs désignés en matière de soins psychiatriques au sein de l'ARS, notamment pour les périodes d'astreinte.

2.3. Appui apporté par l'ARS

Les ARS veillent à ce que le dossier produit soit établi conformément aux textes en vigueur, notamment à ce que le dossier soumis à l'appréciation du préfet soit complet et que les documents qu'il contient soient datés, signés et exploitables.

S'agissant des pièces utiles à l'appréciation du préfet, l'ARS s'assure ainsi que l'avis médical est dactylographié, clair et précis sur les motifs qui conduisent le médecin psychiatre à proposer une mesure de contrainte, un maintien, une nouvelle modalité de prise en charge ou une mainlevée.

Dans ce cadre, l'article R. 3213-3 précise ainsi que : « lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, ils [les certificats ou avis médicaux] sont motivés au regard des soins nécessités par les troubles mentaux de la personne intéressée et des incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes. »

Cet avis sera accompagné de l'ensemble des éléments disponibles de nature à éclairer l'appréciation préfectorale (parcours médical, modalités de prise en charge, précédents connus, éventuelle décision judiciaire concluant à une irresponsabilité pénale...). Si l'avis concerne un patient relevant des dispositions particulières (*cf.* paragraphe 1.5 *supra*) le motif n'est transmis que lorsque le psychiatre envisage une sortie accompagnée de courte durée, une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète ou une levée de la mesure de soins psychiatriques.

L'ARS récapitule l'ensemble des pièces utiles afin de faciliter l'instruction des dossiers et le contrôle interne.

D'autre part, lorsque l'avis est accompagné d'un programme de soins, en cas d'évolution de la prise en charge du patient proposée au préfet, l'ARS veille à la qualité des informations contenues dans le programme de soins, qui précise les types de soins, leur lieu de réalisation et leur périodicité.

2.4. Le rôle du médecin de l'ARS

Il est rappelé qu'il n'appartient pas aux ARS, et notamment pas aux médecins affectés à l'agence, de produire un avis médical sur le dossier et sur les certificats produits par les professionnels de santé concernés.

Le rôle du médecin de l'ARS, qui ne connaît pas le patient et n'a pas qualité d'expert, ne peut consister à porter une appréciation médicale sur le bien-fondé des mesures proposées par le psychiatre hospitalier. En revanche, sa qualité de médecin facilite les contacts avec les psychiatres des établissements de santé accueillant des patients pris en charge sans leur consentement, et, le cas échéant, les échanges entre les services de la préfecture et les médecins hospitaliers.

Ce type d'interventions est suggéré par la circulaire DGS/DAGPB/MSD/99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique toujours en vigueur, qui précise que leur qualité de médecin facilite l'établissement de liens étroits avec les professionnels de la santé, notamment avec les professionnels médicaux. Pour autant, ces médecins ne sont pas seuls chargés du suivi des soins psychiatriques sans consentement, la même circulaire précisant que ce suivi peut être réalisé par des personnels administratifs, après contrôle de la procédure initiale par un médecin.

3. Mise en œuvre

La loi et les textes d'application entrent en vigueur le 1^{er} août 2011.

Toutefois, afin de permettre l'application des dispositions du IV de l'article 18 de la loi, les dispositions relatives aux modalités de recueil de l'avis du collège pour les patients faisant l'objet d'un suivi particulier sont d'ores et déjà en vigueur, afin de permettre l'examen de leur situation par le juge des libertés et de la détention dès le 1^{er} août.

Concernant la gestion des mesures de soins psychiatriques décidées par les préfets, l'application HOPSYWEB doit toujours être utilisée. Les principaux arrêtés, initiaux et de maintien, sont actualisés et donc utilisables depuis le 2 août 2011. Les utilisateurs doivent se conformer aux nouveaux modèles d'arrêtés (*cf.* : voir tableaux et arrêtés annexés).

Seuls les arrêtés concernant les modalités de prise en charge et les courriers de saisine du juge des libertés et de la détention n'existent pas dans l'application.

La mise en œuvre de cette réforme dans des délais contraints et dans une période estivale justifie un suivi attentif et renforcé. Vous voudrez donc bien organiser conjointement des cellules opérationnelles associant auprès de vous les différents acteurs concernés.

Afin de vous accompagner dans cette mise en œuvre, un dossier spécifique sur le site du ministère chargé de la santé a été ouvert (www.loipsy2011.sante.gouv.fr). Il comprend une foire aux questions, qui sera régulièrement alimentée.

Nos services restent à votre disposition pour répondre à vos interrogations.

*Le directeur de cabinet
du ministre de l'intérieur,
de l'outre-mer,
des collectivités territoriales
et de l'immigration,*
S. BOUILLON

*Le directeur de cabinet
de la secrétaire d'État chargée
de la santé auprès du ministre
de l'emploi, du travail et de la santé,*
F.-X. SELLERET