



N° 4402

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7, alinéa 1, du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

sur la mise en œuvre de 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,

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. Serge BLISKO et Guy LEFRAND,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- LES TEXTES D'APPLICATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011	7
A. L'INTERVENTION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION	9
1) Saisine facultative et saisine de plein droit	9
2) Saisine en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre	17
B. LES NOUVELLES MODALITES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT	19
1) L'admission en soins	19
2) Le programme de soins	21
3) Un suivi spécifique pour certains patients	24
C. L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE	28
1) Le suivi des patients en soins ambulatoires	29
2) Les commissions départementales des soins psychiatriques	30
3) Les unités pour malades difficiles	32
II.- LES SIX PREMIERS MOIS DE MISE EN ŒUVRE DE LA LOI	35
A. CHRONIQUE D'UNE CATASTROPHE EVITEE	35
1) Une mobilisation exemplaire pour appliquer la loi au 1 ^{er} août... ..	35
2) ... qui ne préjuge cependant pas de la suite	39
B. L'ORGANISATION DES AUDIENCES DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION	45
1) La saisine du juge	45
2) La tenue des audiences	47
3) Les décisions de jugement	51
C. LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS SANS CONSENTEMENT	52
1) L'admission et le maintien en soins	53
2) Le nombre de certificats médicaux	54
3) Les sorties de courte durée non accompagnées	55

TRAVAUX DE LA COMMISSION	57
ANNEXE 1 : LISTE DES PROPOSITIONS	73
ANNEXE 2 : TABLEAU DE SUIVI DES DECRETS D'APPLICATION	74
ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	79

INTRODUCTION

En application de l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, le présent rapport fait état, à l'issue d'un délai de six mois, des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux soins et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Rappelons que la loi, dans son volet sanitaire, substitue à la notion d'hospitalisation sous contrainte celle de soins sans consentement et permet désormais une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, dans le cadre d'un programme de soins, se substituant à la pratique des sorties d'essai. Face à cet élargissement des modalités de soins, la loi prévoit néanmoins un suivi spécifique des patients considérés comme potentiellement dangereux, consistant essentiellement en une information du préfet et en la production d'avis médicaux supplémentaires lorsqu'il est envisagé de modifier la forme de prise en charge ou de prononcer la levée des hospitalisations dont font l'objet les personnes déclarées pénalement irresponsables ainsi que celles séjournant ou ayant séjourné dans une unité pour malades difficiles. La loi vise également à tenir compte des faiblesses du dispositif issu de la loi du 27 juin 1990 et, notamment, à répondre aux problèmes pratiques posés par l'absence de tiers dans l'accès aux soins : pour ce faire, une procédure d'admission en soins sans tiers « en cas de péril imminent » a été créée. Enfin, la loi comprend un volet « organisation » ayant trait tant à la prise en charges des urgences psychiatriques qu'aux questions de suivi et de réinsertion sociale des patients.

L'examen du texte par le Parlement a été marqué par deux décisions du Conseil constitutionnel, l'une rendue le 26 novembre 2010, l'autre le 9 juin 2011, en réponse à deux questions prioritaires de constitutionnalité. Ces décisions, à l'origine du volet judiciaire de la loi, ont imposé, pour la première, l'instauration d'un contrôle systématique du juge judiciaire sur les mesures d'hospitalisation sans consentement dans les quinze premiers jours suivant l'admission en soins, puis tous les six mois et, pour la seconde, la production d'un second avis médical dans tous les cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre lorsque ce dernier estime qu'un hospitalisation complète n'est plus nécessaire.

Conformément à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, la loi du 5 juillet 2011 est entrée en vigueur le 1^{er} août 2011 : à cette date, l'ensemble des textes d'application, à l'exception d'une circulaire parue le 11 août 2011 et d'un décret toujours en cours de consultation, étaient publiés. Le présent rapport analyse le contenu de ces dispositions réglementaires mais revient également sur les six premiers mois de mise en œuvre de la loi, qui apparaissent déjà riches d'enseignements. La réforme ayant été mise en place très rapidement, notamment grâce à une mobilisation exemplaire de l'ensemble des acteurs concernés, vos rapporteurs ont ainsi eu la possibilité d'en contrôler la mise en œuvre concrète et de formuler en conséquence un certain nombre de propositions en vue d'une meilleure application du texte sur le terrain.

I.- LES TEXTES D'APPLICATION DE LA LOI DU 5 JUILLET 2011

Afin de répondre à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 ⁽¹⁾ et conformément à son article 18 (I), 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 est entrée en vigueur au **1^{er} août 2011**, à l'exception de ses dispositions relatives à l'unification du contentieux des soins psychiatriques sans consentement sous l'égide du juge judiciaire (article 7), destinées à n'entrer en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2013 (article 18, II). Les décrets et circulaires nécessaires à l'application de la loi sont donc parus très rapidement dans la foulée de la promulgation du texte. Seul un décret n'a pas été publié à ce jour.

• Les modalités d'application de la loi du 5 juillet 2011 ont été définies principalement au travers de trois **décrets d'application** :

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

– le **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 **décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011** relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française de 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 ⁽²⁾.

Le seul texte d'application à n'avoir pas été publié à ce jour est le **décret en Conseil d'État censé déterminer les conditions d'application de l'article L. 3222-1-2 du code de la santé publique** (5° de l'article 8 de la loi) relatif aux conventions qui doivent être passées entre le directeur de l'établissement de santé, le préfet, les collectivités territoriales et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en vue d'« *assurer le suivi et favoriser la réinsertion sociale* » des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

• Plusieurs **circulaires d'application** émanant des ministères chargés de la justice, de la santé et de l'intérieur ont été publiées afin d'accompagner la mise en œuvre de la réforme par les juridictions et les administrations :

(1) *Décision fixant au 1^{er} août 2011 la prise d'effet de l'abrogation de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique dans sa version antérieure à la loi.*

(2) *Ce décret vise, d'une part, à prévoir que les dispositions du code de la santé publique issues des décrets n° 2011-846 et 2011-847 sont applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie (article D. 3844-1) et, d'autre part, à adapter la terminologie et les références à l'organisation applicable dans ces territoires. En conséquence, il ne fera pas l'objet d'un commentaire détaillé dans le présent rapport.*

– la **circulaire du 21 juillet 2011 du ministère de la justice** relative à la présentation des principales dispositions de 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 et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques, publiée au Bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés. Cette circulaire, adressée aux premiers présidents de Cour d’appel, aux procureurs généraux ainsi qu’aux présidents et procureurs des tribunaux supérieurs d’appel, détaille les **nouvelles procédures judiciaires devant le juge des libertés et de la détention (JLD)** en matière de soins psychiatriques sans consentement ;

– la **circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 du ministère de la santé** relative aux droits et à la protection des personnes faisant l’objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette circulaire, destinée aux établissements de santé, vise à expliciter « *les nouvelles relations entre les établissements de santé et les tribunaux de grande instance* » principalement au travers de deux sujets : d’une part, les délais à prendre en compte pour la saisine du juge dans le cas de passage préalable d’un patient dans une unité de médecine d’urgence et, d’autre part, l’organisation des audiences et la création de salles d’audience dans les établissements de santé. De nombreux documents y sont annexés : y figurent notamment le détail des modalités de protection des échanges dématérialisés entre les directeurs d’établissements et les juges des libertés et de la détention, les impératifs techniques pour l’implantation d’une salle d’audience au sein d’un établissement de santé ou encore la procédure d’assermentation et la description du rôle de l’agent hospitalier au cours d’une audience par visioconférence. Cette circulaire propose également des modèles de requête en mainlevée de soins psychiatriques (requête facultative) et de saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle systématique des mesures d’hospitalisation complète en soins psychiatriques ;

– la **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. Cette circulaire, à destination des préfets et des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), présente la réforme, et, plus particulièrement, les nouvelles dispositions relatives aux **soins psychiatriques sur décision du représentant de l’État** et le rôle des agences dans la gestion de ces mesures.

• On notera également que la loi du 5 juillet 2011 a prévu le dépôt par le Gouvernement de deux **rapports** :

– le premier, prévu à l’**article 11**, sur « *l’état de la recherche médicale française en psychiatrie, faisant état des principaux besoins identifiés, notamment en matière d’observance thérapeutique et de suivi épidémiologique des patients, et décrivant les moyens à mettre en œuvre dans ce domaine* » doit être déposé au Parlement dans un délai d’un an à compter de la promulgation de la loi ;

– le second, prévu à l’**article 12**, sur « *l’évolution du statut et des modalités de fonctionnement de l’infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris* » devait être remis dans un délai de six mois à compter de cette même promulgation. D’après les informations dont disposent vos rapporteurs, le rapport aurait bien été rédigé et conclurait à la nécessité d’adosser la structure à un établissement de santé disposant de la mission de service public d’accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement, mais n’a pas encore été transmis aux assemblées.

A. L’INTERVENTION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

Découlant directement de la décision n° 2010-71 QPC du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, l’instauration, en sus du recours facultatif existant, d’un **contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures privatives de liberté résultant de l’admission en soins psychiatriques sans consentement** constitue un des apports majeurs de la loi du 5 juillet 2011. Ce contrôle, qui, contrairement au recours facultatif, ne concerne que les mesures d’hospitalisation complète⁽¹⁾, est enserré dans des délais très stricts prévus à l’article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, conformément à la décision précitée du Conseil constitutionnel⁽²⁾. Il doit 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.

1) Saisine facultative et saisine de plein droit

Le **décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011** définit la procédure judiciaire applicable tant dans les cas de recours facultatif devant le juge des libertés et de la détention (article L. 3211-12 du code de la santé publique) que dans le cadre des saisines automatiques instituées par l’article 1^{er} de la loi, étant entendu que les dispositions communes du code de procédure civile restent applicables, sous réserve des dispositions particulières prévues par le code de la santé publique (article R. 3211-7). Une nouvelle section 3 est ainsi introduite au sein du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre II de la troisième partie de la partie réglementaire du code de la santé publique, elle-même divisée en deux sous-sections, la première consacrée à la « *procédure de mainlevée des mesures de soins psychiatriques* » (articles R. 3211-8 à R. 3211-26), c’est-à-dire au recours facultatif devant le juge, la seconde concernant la « *procédure de contrôle des mesures de soins psychiatriques* » (articles R. 3211-27 à R. 3211-34), c’est-à-dire le contrôle

(1) Aussi, comme le rappelle la circulaire du 21 juillet 2011, les mesures d’hospitalisation partielle n’ont-elles pas à être soumises au juge dans le cadre du recours systématique.

(2) L’hospitalisation sans consentement ne peut être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d’une juridiction de l’ordre judiciaire.

systématique. Un grand nombre de dispositions sont toutefois identiques dans les deux procédures.

• *Les modalités de saisine*

Aux termes de l'article R. 3211-8 du code de la santé publique, qui s'applique aux deux procédures, la saisine s'effectue par une requête « *transmise par tout moyen permettant de dater sa réception au greffe du tribunal de grande instance* ». Il s'agit d'une simple requête dont le contenu n'est pas modifié par rapport au droit antérieur.

Cette requête doit être signée, datée et comporter les nom, prénom, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur, lorsque celui-ci est une personne physique. Si le demandeur est une personne morale, la requête doit mentionner sa forme, sa dénomination, son siège social et l'organe qui la représente légalement. La requête doit également indiquer l'identité de la personne faisant l'objet de la mesure de soins, son domicile ou, le cas échéant, l'établissement où elle réside. Enfin, elle doit, le cas échéant, mentionner les coordonnées du tuteur ou du curateur, ou des représentants légaux de la personne faisant l'objet de la mesure de soins, si celle-ci est mineure.

Dans le cadre d'une saisine facultative, l'article R. 3211-9 précise que la requête peut être déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil. Elle peut également être formée par simple déclaration verbale auprès du directeur de l'établissement d'accueil, à charge pour lui d'établir un procès-verbal, daté et signé par le patient (si possible), et contenant les mentions prévues à l'article R. 3211-8 précité. Il appartient alors au directeur de transmettre sans délai la requête au greffe du tribunal, en y joignant les pièces justificatives que le plaignant entend produire, ainsi qu'un dossier comprenant les pièces mentionnées à l'article R. 3211-11 du code de la santé publique ⁽¹⁾. Il dispose d'un délai de cinq jours à compter du dépôt de la requête par le patient pour transmettre ce dossier.

(1) Ce dossier comprend « tous les éléments utiles au tribunal » et notamment :

- quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers, les nom, prénom et adresse de ce tiers, ainsi qu'une copie de la demande d'admission ;
- quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté préfectoral ou le plus récent des arrêtés préfectoraux ayant maintenu la mesure de soins ;
- quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale constatant l'irresponsabilité pénale ;
- une copie des certificats et avis médicaux au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;
- l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 pour les patients faisant l'objet d'une surveillance particulière ;
- le cas échéant l'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle et l'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient indiquant, selon le cas, les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition ou attestant que son état mental ne fait pas obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle.

Dans le cadre d'une saisine systématique, ce délai n'est pas applicable. Les pièces susmentionnées, ainsi que l'avis conjoint des psychiatres ⁽¹⁾ mentionné au II de l'article L. 3211-12-1 (qui comprend également la mention d'éventuels motifs médicaux susceptibles de faire obstacle à l'audition du patient) doivent être transmises 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, 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** ou au moins **huit jours avant l'expiration du délai de six mois** (articles R. 3211-27 et R. 3211-28). Il convient de souligner que ces délais constituent des dates-butoirs : comme l'indique la circulaire du 21 juillet 2011, rien n'empêche que le juge, si les circonstances le permettent, soit saisi avant.

La circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2012 précise en outre les modalités de transmission des éléments du dossier nécessaires pour la saisine du juge des libertés et de la détention (voie postale, télécopie, transmission de documents numériques cryptés) et indique qu'un projet de système d'information dédié à ces échanges, assurant la confidentialité et l'imputabilité des documents, est en cours d'élaboration.

Enfin, signalons, s'agissant des pièces du dossier, que la circulaire du 21 juillet 2011 prévoit la communication au juge des libertés et de la détention d'une **copie du bulletin n° 1 du casier judiciaire** du patient, démarche « *seule susceptible de permettre d'identifier les situations dans lesquelles, à raison d'un antécédent de déclaration d'irresponsabilité pénale suivie d'une admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire, l'avis du collège de professionnels de santé doit se substituer à l'avis conjoint de deux psychiatres pour permettre au juge de statuer* ». Cette précision est pour le moins étonnante dans la mesure où la décision d'admission figure dans tous les cas parmi les pièces du dossier. Et son utilité apparaît d'autant plus contestable que, d'après les informations transmises à vos rapporteurs par le Syndicat de la Magistrature, seules les décisions d'irresponsabilité pénale prises depuis 2008 et accompagnées d'une mesure de sûreté ou d'hospitalisation figurent au casier judiciaire. En conséquence, cette pièce n'apportera aucune information sur les décisions prises antérieurement, ni sur les décisions d'admission en soins suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale prises par le préfet sur le fondement de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique ou, *a fortiori*, sur les décisions d'hospitalisation en unité pour malades difficiles.

(1) *Ou du collège, pour les patients faisant l'objet d'une surveillance particulière (patients admis en soins sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire, qui soit font ou ont fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale soit séjournent ou ont séjourné pendant au moins un an en UMD au cours des dix dernières années).*

Le greffe du tribunal enregistre, dès sa réception, la requête qui est ensuite transmise :

– dans le cadre d'un recours facultatif, le cas échéant, au tiers qui a demandé l'admission en soins ou au préfet qui a ordonné la mesure de soins ; s'il n'est pas l'auteur de la saisine, au patient, à son tuteur ou son curateur si il y a lieu, ou encore à ses représentants légaux, s'il est mineur ; au ministère public ; au directeur de l'établissement d'accueil, sauf s'il est l'auteur de la requête ou s'il l'a établie (article R. 3211-10) ;

– dans le cadre d'une saisine systématique, « aussitôt », le cas échéant, au tiers à l'origine de la demande d'admission en soins ; au patient, ou, si il y a lieu, à son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux, s'il est mineur ; au ministère public (article R. 3211-29).

Notons que la circulaire du 21 juillet 2011 insiste sur la **communication systématique de la requête au ministère public**, qui est ainsi *a minima* partie jointe à l'audience, et souligne qu'il est souhaité « *que le ministère public soit étroitement associé au contrôle de la nécessité des mesures de soins psychiatriques et soit en mesure de donner son avis dans chaque affaire* ».

• **L'audience**

Dès réception de la requête et des pièces (dans le cadre d'un contrôle systématique) ou, au plus tard, à la réception des pièces transmises par le directeur de l'établissement dans un délai de cinq jours (dans le cadre d'une requête facultative), « **le juge fixe la date, l'heure, le lieu et les modalités de tenue de l'audience** » (articles R. 3211-12 et R. 3211-29). Les parties en sont informées par tout moyen. Dans l'avis d'audience, elles sont avisées que les pièces sont consultables au greffe du tribunal ; quant au patient, il peut y avoir accès dans l'établissement où il séjourne, dans le respect, pour les documents faisant partie du dossier médical, des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Une copie peut également être délivrée, sur demande, aux avocats des parties. La circulaire du 21 juillet 2011 précise enfin que, dans le cas où l'accès aux pièces aurait été entravé pendant la procédure du fait de l'impossibilité pour la personne de se déplacer ou en raison de son refus de se plier, au sein de l'établissement, aux conditions prévues par l'article L. 1111-7, il appartient au juge de lui en **donner connaissance à l'audience**, en application de l'article 16 du code de procédure civile (principe du débat contradictoire).

Aux termes du dernier alinéa de l'article R. 3211-12 (applicable aux deux procédures), « *la personne qui fait l'objet de soins est avisée de son droit d'être assistée d'un avocat choisi par elle ou, à sa demande, désigné d'office* ». Ce même alinéa précise que, dans le cas où le juge déciderait, au vu d'un avis médical attestant que des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à l'audition de l'intéressé (article L. 3211-12-2 du code de la santé publique), qu'il n'y a pas lieu

d'entendre la personne qui fait l'objet des soins, « *celle-ci est avisée de ce qu'elle sera représentée par un avocat.* »

Le décret du 18 juillet 2011 rappelle néanmoins le principe posé par la loi selon lequel **la personne hospitalisée est entendue par le juge « dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2 »**. La circulaire du 21 juillet 2011 renforce la portée de ce principe en précisant que, lorsque le patient est absent parce qu'il n'a pu être transféré au tribunal (et non parce qu'il ne peut être présent en raison de son état de santé), **le juge ne peut statuer en son absence sauf si le patient a expressément donné son accord pour être représenté par un avocat à cette audience.**

Le renvoi à l'article L. 3211-12-2 vise tant la forme que le lieu et les modalités de l'audience. Sur la forme, rappelons que le patient est entendu dans le cadre d'un **débat contradictoire, au terme duquel le juge statue publiquement.**

Sur le lieu de l'audience, il s'agit du « **siège du tribunal de grande instance** » sauf si le juge 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 et permettre au juge de statuer publiquement** ». Un **cahier des charges immobilier** est annexé à la circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 : il présente l'aménagement-type d'une salle d'audience, précisant la taille des locaux nécessaires, les aménagements immobiliers périphériques et les aménagements intérieurs. D'autres fiches annexées à cette circulaire décrivent le box d'entretien confidentiel avec l'avocat, la salle des délibérés et le schéma d'organisation de la salle d'audience (croquis explicitant la place respective du tribunal, du ministère public, du greffe, des avocats, du public, *etc.*). **Pour utiles que puissent être ces précisions, on peut néanmoins s'interroger sur la pertinence des normes qu'elle institue, qui paraissent tout à fait disproportionnées** : par exemple, une salle d'audience de 30 m² minimum, offrant une capacité d'accueil de 15 places, comportant deux accès (un pour le public et pour le tribunal), avec une salle des délibérés de 12 m² attenante, *etc.* Vos rapporteurs peuvent attester que la salle d'audience du tribunal de grande instance de Créteil dans laquelle ils se sont rendus ne remplissait pas ces critères ! Il apparaît donc incohérent d'imposer le respect de telles normes aux établissements de santé ; il est cependant à craindre que ces dispositions aient déjà eu un **effet dissuasif** pour nombre d'entre eux.

En ce qui concerne les modalités de l'audience, rappelons que le juge peut décider que celle-ci se déroule avec l'**utilisation de « moyens de télécommunication audiovisuelle »** sous réserve que l'état mental du patient n'y fasse pas obstacle et que celui-ci ne s'y oppose pas. L'article R. 3211-15 (II) dispose que dans ce cas de figure, le procès-verbal des opérations réalisées dans la salle d'audience de l'hôpital est dressé et signé par un agent de l'établissement d'accueil désigné par le directeur parmi les agents ayant préalablement prêté

serment devant le tribunal de grande instance⁽¹⁾. Le procès-verbal précise le numéro de l'affaire, la date de début et de fin de la connexion, les nom et coordonnées de l'avocat assistant le patient présent et le caractère public ou non de l'audience. Il est adressé au juge dans les meilleurs délais par tout moyen. Rappelons enfin que le juge peut décider que les débats auront lieu 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. La circulaire du 21 juillet 2011 précise néanmoins que « *dans tous les cas, la décision devra être rendue publiquement* ».

Aux termes des articles R. 3211-3 et R. 3211-15, le juge entend les personnes présentes ou leur représentant qui ont été destinataires de l'avis d'audience. Il précise enfin que le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques est entendu s'il souhaite s'exprimer. Quant au ministère public, lorsqu'il n'est pas partie principale à l'audience, il « *fait connaître son avis dans les conditions définies par le deuxième alinéa de l'article 431 du code civil* » (c'est-à-dire soit par voie de conclusions écrites mises à disposition des parties, soit oralement lors de l'audience).

Enfin, l'article R. 3211-26 prévoit que, dans le cadre des requêtes facultatives, le juge peut « *rejeter sans tenir d'audience les demandes répétées si elles sont manifestement infondées* ». Ces dispositions reprennent celles préalablement introduites par le décret du 20 mai 2010 à l'article R. 3211-18 du code de la santé publique⁽²⁾. Bien qu'elle ne soit pas expressément prévue par la loi⁽³⁾, cette disposition vise à faire en sorte que les services du juge des libertés et de la détention ne soient pas submergés par des requêtes répétitives et sans fondement. L'Union Syndicale des Magistrats souligne cependant que cette disposition pourrait être génératrice de contentieux, notamment en raison du flou des critères mentionnés.

• *Les demandes d'expertises*

Dans le cas d'une requête facultative, comme dans celui d'une saisine automatique, le juge, s'il l'estime nécessaire, peut ordonner une expertise. Les règles de droit commun sont applicables à la désignation du ou des experts, sauf dans le cas où ces expertises sont prescrites par la loi⁽⁴⁾.

Les articles R. 3211-13 et R. 3211-30 précisent en outre que les experts désignés par le juge ne peuvent exercer dans l'établissement d'accueil du patient.

(1) Par ce serment, l'agent jure de « bien et fidèlement remplir ses fonctions et de ne rien révéler ou utiliser de ce qui sera porté à sa connaissance à l'occasion de leur exercice ».

(2) Décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement prévue à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

(3) La loi donne en revanche la possibilité au magistrat de statuer conjointement sur une requête individuelle présentée concomitamment à une saisine automatique.

(4) Le juge doit alors nécessairement désigner un expert figurant sur la liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé de la région où se situe l'établissement.

Et, lorsque le juge ordonne une double expertise (par exemple en application du II de l'article L. 3211-12), les deux experts doivent procéder à des examens séparés de la personne qui fait l'objet de soins.

Enfin, le **déla**i fixé aux experts par le juge pour qu'ils remettent leurs rapports ne peut excéder **quinze jours dans le cadre d'une saisine facultative, dix jours dans le cadre d'une saisine systématique**, le délai accordé au juge pour statuer étant alors prolongé de quatorze jours (article L. 3211-12-1 du code de la santé publique).

Signalons que la circulaire du 21 juillet 2011 souligne l'importance des documents médicaux figurant désormais dans le dossier, jugés « *plus élaborés et complets que de simples certificats et se prononçant sur la nécessité du maintien en soins* », et insiste sur le **caractère subsidiaire** des expertises susceptibles d'être ordonnées, se référant à l'article 147 du code de procédure civile aux termes duquel le juge doit limiter le choix des mesures d'instruction à ce qui est suffisant pour la solution du litige. **La circulaire n'incite donc pas les magistrats à ordonner des expertises supplémentaires, en dehors des cas expressément prévus par la loi pour les patients faisant l'objet d'une surveillance particulière** ⁽¹⁾.

• *Le jugement*

Dans le cadre d'une saisine facultative, l'article R. 3211-16 prévoit que l'ordonnance du juge est rendue dans un **déla**i de **douze jours** à compter de l'enregistrement de la requête au greffe. Ce délai est porté à vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée.

Dans le cadre d'une saisine automatique, la décision doit être rendue **avant l'expiration du quinzième jour** suivant l'admission en soins sans consentement en hospitalisation complète (ou du sixième mois). Rappelons que si le juge ne statue pas dans les délais prévus par la loi, l'hospitalisation complète est levée d'office : aux termes du IV de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, « *la mainlevée est acquise à l'issue de chacun des délais* ». Il en va de même **si le juge a été saisi tardivement**, c'est-à-dire après l'expiration des délais prévus à l'article R. 3211-27 (entre le 12^e et le 15^e jour ou dans la dernière semaine avant l'échéance de six mois) : il constate alors sans débat que **la mainlevée 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**. La circulaire du 21 juillet 2011 recommande néanmoins que, pendant la période immédiatement consécutive à l'entrée en vigueur de la loi, il soit fait une appréciation souple des circonstances ayant conduit le directeur d'établissement ou le préfet à saisir le juge tardivement.

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

Rappelons en outre qu'en cas de mainlevée acquise en application des dispositions qui précèdent, cette décision ne met pas nécessairement fin à tout soin psychiatrique, qu'il soit délivré dans le cadre d'un programme de soins (article L. 3211-12-5) ou en soins libres (article L. 3211-12-6). Enfin, sur la base d'éléments nouveaux, le patient peut également faire l'objet d'une nouvelle décision d'admission en soins sous forme d'hospitalisation complète.

Hormis ces cas de figure spécifiques où la décision n'est pas prise au fond, le juge des libertés et de la détention peut soit ordonner le maintien du patient en hospitalisation complète, soit ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, en l'assortissant ou non d'une prise d'effet différé de vingt-quatre heures destiné à permettre l'établissement d'un programme de soins (III des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 du code de la santé publique). La circulaire du 21 juillet 2011 précise à cet égard que « *lorsque le juge use de cette faculté, sa décision ne contraint ni l'établissement de soins, ni le représentant de l'État dans le département à mettre en œuvre un programme de soins constituant une alternative à l'hospitalisation complète* ».

Alors qu'elles devaient auparavant nécessairement faire l'objet d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les modalités de notification du jugement sont simplifiées par le décret du 18 juillet 2011 : désormais, **l'ordonnance est notifiée**, contre récépissé ou émargement, aux parties présentes à l'audience au cours de laquelle la décision est rendue. La notification aux personnes avisées qui ne se sont pas présentées, ainsi qu'au ministère public, est faite « *dans les meilleurs délais* » par tout moyen permettant d'en établir la réception.

• *Les voies de recours*

L'ordonnance du juge des libertés et de la détention est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel dans un **délai de dix jours à compter de sa notification** (articles R. 3211-18 et R. 3211-33). La décision du premier président de la cour d'appel doit ensuite être rendue dans un délai de douze jours à compter de la saisine, porté à vingt-cinq en cas de demande d'expertise.

Toutefois, lorsque le ministère public **demande à ce que le recours soit déclaré suspensif**, le délai d'appel est ramené à **six heures**. En cas de recours suspensif, le premier président de la cour d'appel ne dispose plus que d'un délai de **trois jours** pour se prononcer, quatorze jours si une expertise est ordonnée ⁽¹⁾. Dans l'attente, la personne qui fait l'objet de soins est donc maintenue à la disposition de la justice, puis jusqu'à ce que le premier président statue sur la

(1) À cet égard, la circulaire du 21 juillet 2011 note que, contrairement au délai imparti au juge des libertés et de la détention en première instance, qui est la conséquence directe des exigences fixées par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010, et qui ne saurait être prorogé, il en va autrement du délai de 3 jours imparti au premier président pour examiner à nouveau la question en appel, de sorte que ce délai peut être compté et prorogé conformément aux articles 640 à 642 du code de procédure civile.

demande d'effet suspensif et, s'il y fait droit, jusqu'à ce qu'il soit statué au fond : à cette fin, l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique prévoit le maintien du patient en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond.

Pour respecter le principe du contradictoire lors de l'examen de la demande d'effet suspensif, il incombe au ministère public de mettre les parties en mesure de produire leurs observations (article R. 3211-20). Notons que la décision est ensuite portée à la connaissance des parties, puis mise à exécution par les soins du ministère public. Comme le souligne la circulaire du 21 juillet 2011, « *la mise en œuvre pratique de ce dispositif repose sur une **mobilisation particulière des parquets*** ». C'est pourquoi les procureurs de la République devront veiller à prendre connaissance des affaires en première instance, non seulement pour pouvoir éclairer, par leur avis, les juges des libertés et de la détention qui seront tenus de statuer dans des délais très brefs, mais également parce que cette prise de connaissance leur permettra, en second lieu, d'apprécier, dans le délai de six heures qui leur est imparti, s'il convient de s'opposer à la décision du juge en formant un appel avec demande d'effet suspensif.

2) Saisine en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre

Ainsi que le note la circulaire du ministère de la justice du 21 juillet 2011, la loi du 5 juillet 2011 a introduit plusieurs cas de contrôle systématique par le juge des mesures d'hospitalisation complète. Outre le contrôle prévu à l'article L. 3211-12-1, il convient de mentionner l'existence du **contrôle de plein droit prévu à l'article L. 3213-5 du code de la santé publique** : lorsqu'au-delà des quinze premiers jours d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, celui-ci n'ordonne pas la levée de la mesure de soins en hospitalisation complète demandée par le psychiatre, le directeur de l'établissement d'accueil du patient est tenu de saisir le juge des libertés et de la détention afin qu'il statue sur cette mesure.

Cette disposition, introduite dès l'examen du projet de loi en première lecture à l'Assemblée nationale par un amendement de votre rapporteur, ne fait l'objet d'**aucune disposition d'application**, contrairement aux autres formes de saisine, qu'il s'agisse de la saisine facultative ou la saisine de plein droit des quinze premiers jours. Peut-on considérer que les dispositions relatives à la procédure figurant aux articles R. 3211-8 à R. 3211-26 sont applicables à cette saisine dans la mesure où la loi dispose que le juge « *statue à bref délai dans les conditions prévues à l'article L. 3211-12* » ? C'est effectivement la solution retenue par la circulaire du 21 juillet 2011, mais il aurait néanmoins pu être souhaitable dans un objectif de clarté et d'intelligibilité de la norme qu'une disposition réglementaire renvoie explicitement à ces articles.

La mise en œuvre de cet article soulève par ailleurs une autre difficulté qui est celle de son **articulation avec les dispositions de l'article L. 3213-9-1** du code de la santé publique. Cet article, introduit en deuxième lecture au Sénat suite

à une nouvelle décision du Conseil constitutionnel dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité concernant les soins psychiatriques sans consentement, et plus précisément l'ancienne procédure d'hospitalisation d'office ⁽¹⁾, a en effet des répercussions importantes sur l'ensemble des dispositions du chapitre III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, et en particulier de l'article L. 3213-5. Or, l'examen du projet de loi en troisième lecture à l'Assemblée nationale n'a pas permis de lever ces ambiguïtés, en raison des délais contraints d'examen du texte imposés par le Conseil constitutionnel lui-même. Votre rapporteur émettait alors le souhait dans son rapport (n° 3546) qu'un certain nombre de précisions puissent être apportées par le biais d'une modification du **décret en Conseil d'État auquel renvoie l'article L. 3213-11** pour déterminer autant que de besoin les modalités d'application du chapitre III : il n'en a cependant rien été.

Rappelons que l'article L. 3213-9-1 vise à faire en sorte que **dans tous les cas où intervient un désaccord entre le psychiatre et le préfet, à quelque moment que ce soit, la mesure d'hospitalisation complète ne puisse être maintenue que si elle est confirmée par un second avis psychiatrique concluant à sa nécessité.** À défaut, le représentant de l'État doit en tirer les conséquences et soit prononcer la levée pure et simple de la mesure de soins, soit modifier la forme de prise en charge du patient pour passer d'une hospitalisation complète à une prise en charge sous une autre forme incluant des soins ambulatoires (2° de l'article L. 3211-2-1). Or, force est de constater que cette procédure entre, au moins partiellement, en concurrence avec celle prévue à l'article L. 3213-5, qui constitue elle-même une réponse à la question du désaccord entre le psychiatre et le préfet.

La **circulaire du 21 juillet 2011** précise en revanche que des instructions ont été données aux directeurs d'établissements « *afin que la saisine systématique du juge prévue par l'article L. 3213-5 n'interfère pas avec la procédure administrative de résolution des conflits entre psychiatres et représentants de l'État organisée par l'article L. 3213-9-1 en conséquence de la décision n° 2011-135/140 QPC du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011* ».

Ainsi, lorsque l'article L. 3213-5 a vocation à s'appliquer, il est demandé aux directeurs d'établissement de **surseoir à la saisine du juge des libertés et de la détention dans l'attente du second avis médical** exigé par l'article L. 3213-9 :

– si ce second avis est défavorable au maintien en hospitalisation, la saisine du juge des libertés et de la détention n'a plus lieu d'être, le représentant de l'État dans le département ayant désormais compétence liée pour prononcer la levée de la mesure de soins ;

– en revanche, si le second avis est favorable au maintien en hospitalisation, la saisine du juge s'impose.

(1) Décision n° 2011-135/140 QPC du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011.

On notera que la circulaire du 21 juillet 2011 envisage également le cas d'un cumul entre les contrôles systématiques prévus à l'article L. 3211-12-1 et le contrôle au titre de l'article L. 3213-5⁽¹⁾ : elle renvoie aux dispositions générales de l'article 367 du code de procédure civile permettant la jonction des deux dossiers, qui doivent alors être examinés en tenant compte des délais prescrits par l'article L. 3211-12-1.

B. LES NOUVELLES MODALITES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Si l'intervention du juge sur les mesures privatives de libertés résultant de l'admission en soins psychiatriques sans consentement constitue une avancée majeure de la loi du 5 juillet 2011, celle-ci se veut également porteuse d'une rénovation de la prise en charge psychiatrique et d'une adaptation de ses modalités. L'objectif est à la fois de garantir un meilleur accès aux soins, notamment via la procédure d'admission en cas de péril imminent qui permet de pallier l'absence fréquente de tiers, et de promouvoir des modalités de soins plus adaptées, ne reposant plus exclusivement sur une hospitalisation complète, mais sur un programme de soins pouvant inclure différentes formes de prise en charge. Tout en tentant de rendre plus effectives les garanties apportées aux personnes malades, la loi prévoit également des mesures de précaution renforcées pour certaines catégories de malades dont la dangerosité potentielle apparaît comme plus élevée.

Plusieurs de ces dispositions nécessitaient d'être précisées par voie réglementaire, ce qui fut fait par le biais du **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.

1) L'admission en soins

Alors que les dispositions législatives antérieures ne faisaient l'objet d'aucune disposition réglementaire, le décret du 18 juillet 2011 a introduit quatre articles relatifs à la procédure d'admission en soins.

• Les soins psychiatriques sur demande d'un tiers

L'article 3 du décret du 18 juillet 2011 modifie l'intitulé du chapitre II du titre I^{er} du livre II de la troisième partie de la partie réglementaire du code de la santé publique afin d'y insérer la notion d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent et introduit un article R. 3212-1, dont l'objet est de préciser la forme et le contenu de la demande d'admission « *prévue à l'article L. 3212-1* ».

(1) Ce cumul n'est cependant possible que dans le cadre du contrôle régulier à six mois, les dispositions de l'article L. 3213-5 n'étant applicables qu'au-delà des quinze premiers jours de l'hospitalisation.

Il s'agit plus précisément de la demande d'admission présentée par un tiers ⁽¹⁾ mentionnée au **1° du II de l'article L. 3212-1** ⁽²⁾. L'article R. 3212-1 dresse ainsi la liste des **mentions manuscrites** devant figurer dans la demande :

- la formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ;
- les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ;
- le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ;
- la date ;
- la signature du tiers.

Aux termes du dernier alinéa de l'article R. 3212-1, la demande d'admission peut être reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte, dans les cas où la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire.

• *Les soins sur décision du représentant de l'État*

Signalons à titre liminaire que les conditions d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État n'ont pas été modifiées par rapport aux conditions d'hospitalisation d'office applicables avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. La possibilité pour le maire ou, à Paris, le commissaire de police d'ordonner en urgence des « **mesures provisoires** » prenant la forme d'une admission en soins sans consentement, sous réserve d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet de manière à ce que ce dernier puisse, sans délai, prendre un arrêté d'admission en soins, n'a pas non plus été modifiée par la loi.

En revanche, le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 6 octobre 2011 ⁽³⁾, a censuré une partie de ce dispositif, considérant que le danger immédiat pour la sûreté des personnes autorisant le recours aux mesures provisoires ne pouvait être attesté que par un avis médical et non, « *à défaut* », par la seule **notoriété publique**, comme le prévoyait l'article L. 3213-2 du code de la santé publique. Signalons que le Conseil constitutionnel a cependant limité la portée de cette décision pour le passé aux litiges non définitivement jugés au 7 octobre 2011.

(1) *En l'occurrence* : « un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade ».

(2) *Les cas d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent sont prévus au 2° du II de ce même article.*

(3) *Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011, Mme Oriette P.*

En dehors des dispositions spécifiques aux patients faisant l'objet d'une surveillance particulière (*cf. infra*), le chapitre III du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique ne nécessitait pas de dispositions réglementaires d'application. Le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 est néanmoins venu préciser dans son article 4 que les certificats et avis médicaux établis dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État sont « **précis et motivés** » (article R. 3213-3), et encore plus précisément motivés lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever la mesure d'hospitalisation complète⁽¹⁾. Ils doivent en outre être **dactylographiés**. S'agissant de l'avis motivé du psychiatre sur la forme de prise en charge du patient, la circulaire interministérielle du 11 août 2011 précise en outre que celui-ci doit être « *clair, c'est-à-dire dactylographié, précis et compréhensible* ». Il est curieux de noter que ces mêmes précisions ne figurent pas dans le décret s'agissant des certificats et avis médicaux prévus dans le cadre d'une mesure de soins sur demande d'un tiers, lesquels ne semblent pas devoir être moins « précis et motivés ».

L'article L. 3213-5-1 du code de la santé publique permet au représentant de l'État d'ordonner à tout moment l'**expertise psychiatrique** des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement soit sur le fondement de l'article L. 3213-1 (décision du représentant de l'État) soit à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (article 706-135 du code de procédure pénale ou article L. 3213-7 du code de la santé publique) ainsi que des personnes détenues faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (article L. 3214-1). Cet article renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser le délai maximal dans lesquels le préfet peut exiger la production de l'expertise : l'article R. 3213-1 dispose à cet égard qu'il ne peut excéder **dix jours** à compter de la désignation de l'expert.

2) Le programme de soins

Comme le soulignait votre rapporteur dans son rapport sur le projet de loi en première lecture (n° 3189), le premier objectif de la réforme consiste à adapter la loi à l'évolution des soins psychiatriques et des thérapeutiques afin de permettre à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation complète. La loi du 5 juillet 2011 entérine ainsi le **passage d'un régime d'hospitalisation sous contrainte à un régime de soin sans consentement** en dissociant l'obligation de se soigner des modalités du soin et en mettant fin au primat de l'enfermement ou de l'internement.

(1) « *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.* »

L'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique prévoit en conséquence deux formes de prise en charge :

– l'hospitalisation complète au sein d'un établissement ayant reçu la mission de service public d'accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement ;

– toute autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile dispensés par un établissement chargé de la mission de service public précitée, et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type. Dans ce cas, la prise en charge est formalisée dans le cadre d'un **programme de soins** qui « *définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État* ».

Aux termes de l'article R. 3211-1 du code de la santé publique, issu du décret du 18 juillet 2011, le programme de soins est établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient. Il mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence de ce dernier (I).

Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

– une hospitalisation à temps partiel ;

– des soins ambulatoires ;

– des soins à domicile ;

– l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Selon les cas, le programme précise la forme que revêt l'hospitalisation partielle, la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il doit mentionner **l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge**. Signalons que la circulaire interministérielle du 11 août 2011 insiste, dans le cadre d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'État, sur la « *qualité des informations contenues dans le programme de soins (...) garantie d'une décision éclairée du préfet* ».

N'étant **ni un certificat médical ni une ordonnance**, le programme de soins ne comporte en revanche « *pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique* » et, dans l'hypothèse de l'existence d'un traitement, il ne mentionne « *ni la nature ni le détail du traitement* », notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

L'article R. 3211-1 (III) rappelle que, conformément à la loi, l'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, il appartient en outre au psychiatre d'indiquer au patient que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut notamment proposer son hospitalisation complète en cas d'une « *inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé* ».

Il est en outre précisé dans ce même paragraphe que **le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient**. Il s'agit là d'une simple information, le directeur de l'établissement ayant compétence liée pour toutes les décisions d'admission, de réadmission, de modification de la prise en charge ou de levée de la mesure de soins qu'il prend.

Il n'en va pas de même en revanche de l'information du préfet prévue au IV du même article dans le cadre d'une mesure de soins décidée par le représentant de l'État (ou application de l'article 706-135 du code de procédure pénale). Rappelons que la décision de modifier la forme de prise en charge de ces patients relève en effet de la compétence du préfet, qui se prononce sur la base de l'avis motivé prévu à l'article L. 3211-2-2 (à l'issue du délai de 72 heures) ou d'un certificat médical circonstancié susceptible d'être produit à tout moment par le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient (article L. 3211-11). Aux termes du II de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, le préfet décide de la forme de prise en charge dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical.

L'article R. 3211-1 précise également que « *le représentant de l'État est informé de la modification du programme de soins lorsque celle-ci a pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient, afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté* ».

On peut s'interroger sur l'interprétation qui doit être faite de ces dispositions. En effet, la circulaire interministérielle du 11 août 2011 explicite que « *le préfet doit pouvoir, le cas échéant, confirmer l'évolution du programme de soins par un nouvel arrêté* » : juridiquement, on voit mal pourquoi il serait nécessaire de confirmer la prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète décidée précédemment, et ce d'autant plus qu'il semble n'y avoir aucune automaticité à la nécessité de confirmer la modification du programme de soins par un nouvel arrêté préfectoral (*cf.* « *le cas échéant* »). On peut en revanche considérer que l'article R. 3211-1 laisse clairement la possibilité au préfet de prendre un **nouvel arrêté modifiant la forme de prise en charge afin de réadmettre le patient en hospitalisation complète** ? La circulaire du 11 août 2011 souligne d'ailleurs que la modification substantielle du programme

de soins « *est en effet susceptible de conduire à une appréciation différente au regard des **considérations d'ordre public*** ». On peut par exemple estimer que le passage d'une hospitalisation de jour à des soins ambulatoires uniquement pourrait correspondre à ce cas de figure, ce que confirme d'ailleurs la circulaire du 11 août 2011 qui définit les différents cas de figure envisageables : « *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* ».

Ainsi, même si le programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre participant à la prise en charge du patient, afin de tenir compte de l'évolution de son état de santé (article L. 3211-2-1), la possibilité laissée au préfet de s'opposer à cette modification, lorsqu'elle apparaît comme substantielle, devra donc être prise en compte par le psychiatre. Il serait toutefois paradoxal et sans doute source de contentieux qu'un patient, dont le psychiatre estime qu'il peut faire l'objet d'une prise en charge plus souple dans le cadre de son programme de soins, soit au final réhospitalisé par le préfet. On peut donc espérer que ces dispositions aient essentiellement pour effet de favoriser le dialogue en amont entre le psychiatre, qui prend en charge le patient, et le préfet, qui est à l'origine de la mesure de soins.

3) Un suivi spécifique pour certains patients

• *Patients concernés*

En contrepartie du passage de l'hospitalisation sous contrainte aux soins sans consentement, qui facilite la prise en charge extrahospitalière, il est apparu nécessaire de prévoir des dispositions spécifiques afin d'améliorer la surveillance de certains patients susceptibles de présenter un danger pour autrui.

Les dispositions retenues par la loi du 5 juillet 2011 consistent essentiellement en une information du préfet et en la **prescription d'avis médicaux supplémentaires lorsque la levée d'une mesure de soins ou la modification de la forme de prise en charge est envisagée** pour certains patients, en l'occurrence ceux qui séjournent ou ont déjà séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) ou ceux qui ont été hospitalisés suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Rappelons que sur la proposition de votre rapporteur, la mise en œuvre de ces dispositions a été encadrée par l'instauration d'un « **droit à l'oubli** », les hospitalisations ayant eu lieu il y a plus de **dix ans** n'étant pas prises en compte pour l'application de ces dispositions. La loi renvoie en outre au pouvoir réglementaire le soin de déterminer la durée minimum de séjour en unité pour malades difficiles ou en hospitalisation complète suite à une décision d'irresponsabilité pénale requise pour que ces dispositions s'appliquent.

Aux termes de l'article 6 du décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011, cette durée a été fixée à **un an** (article R. 3222-9 du code de la santé publique). La **circulaire interministérielle du 11 août 2011** précise en outre que, parmi les personnes qui font l'objet d'une nouvelle mesure de soins sur décision du représentant de l'État après avoir préalablement séjourné en UMD, seules seront soumises à un suivi spécifique celles dont le séjour en UMD a duré plus d'un an **de manière continue**.

Ainsi, sont au final concernés par ces dispositions particulières :

– les patients qui 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 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° du II de l'article L. 3211-12) soit séjourné en UMD durant une période continue d'au moins un an (2° du II de l'article L. 3211-12 et article R. 3222-9).

• ***Levée de la mesure de soins et modification de la prise en charge***

Comme le rappelle la circulaire interministérielle du 11 août 2011, lorsque le psychiatre a connaissance, au regard des informations disponibles dans le dossier médical, que le patient qu'il prend en charge doit faire l'objet d'une surveillance particulière, il en informe le directeur de l'établissement, lequel le signale au préfet (I de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique). Cette information est directement 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.

En effet, aux termes des articles L. 3213-1 et L. 3213-3 du code de la santé publique, le préfet ne peut décider d'une prise en charge des patients soumis à une surveillance particulière sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'**avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9**. Il ne peut en outre mettre fin à la mesure de soins psychiatriques de ces patients qu'après avoir recueilli l'avis de ce même collègue et **deux avis concordants sur**

l'état mental du patient émis par deux experts psychiatres (article L. 3213-8 du code de la santé publique). Ces deux procédures sont enserrées par des délais fixés en partie par la loi et en partie par voie réglementaire.

Ainsi, s'agissant de la **forme de prise en charge**, l'article L. 3213-1 (II) du code de la santé publique dispose que le préfet décide « *dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical* » établi au bout de 72 heures de la forme de prise en charge du patient. Toutefois, pour décider d'une autre forme de prise en charge que l'hospitalisation complète pour les patients faisant l'objet d'une surveillance particulière, il doit solliciter l'avis du collège qui, aux termes de l'article R. 3211-6, dispose d'un délai maximal de cinq jours à compter de sa convocation pour se prononcer. Or, si ce même article prévoit un délai réduit dans les cas où le collège intervient dans le cadre d'une procédure judiciaire, cette possibilité n'est pas mentionnée dans le cadre d'une procédure de modification de la prise en charge. On peut donc s'interroger sur la compatibilité entre le délai de trois jours imposé par la loi au préfet pour qu'il se prononce sur la forme de prise en charge et le délai de cinq jours prévu par le décret pour que le collège se prononce.

Les dispositions de l'article R. 3211-6 ne sont en revanche pas applicables aux cas visés par les articles L. 3213-3 et L. 3213-4 qui prévoient également la possibilité pour le préfet de modifier la forme de prise en charge du patient après réception du certificat de huitaine et des certificats mensuels. L'article L. 3213-3 (III) dispose que le préfet 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. L'article L. 3213-8 contient des dispositions similaires s'agissant de la **levée de la mesure de soins** : « *Le représentant de l'État dans le département fixe les délais dans lesquels les avis du collège 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 collège et des deux psychiatres sont recueillis sont déterminées par ce même décret en Conseil d'État* ».

Ainsi l'article R. 3213-2 prévoit que lorsqu'un psychiatre propose une modification de la prise en charge d'un patient faisant l'objet d'une surveillance particulière ou la levée de la mesure de soins, **l'avis du collège est transmis au préfet** « *dans les sept jours qui suivent l'établissement [du] certificat* » recommandant une autre forme de prise en charge ou la fin de la mesure de soins. Il semblerait donc qu'il revienne au directeur de l'établissement de fixer « *la date avant laquelle l'avis doit être rendu* », conformément à l'article R. 3211-3, de manière à ce que le délai de transmission au préfet soit respecté. Il est en outre précisé que **le préfet peut fixer un délai plus bref**.

Le collège de soignants

Aux termes de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, les avis médicaux supplémentaires requis par la loi pour les patients soumis à une surveillance particulière sont rendus par des experts et par un collège de soignants composé de trois membres de l'établissement d'accueil * :

- un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- un psychiatre ne participant pas à sa prise en charge ;
- un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à sa prise en charge.

L'article 2 du décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 fixe les modalités de désignation des membres du collège ainsi que ses règles de fonctionnement.

L'article R. 3211-2 du code de la santé publique prévoit ainsi que chaque formation du collège est fixée par le directeur ou le représentant légal de l'établissement. S'agissant du psychiatre participant à la prise en charge du patient, l'article R. 3211-2 précise qu'il s'agit du « **psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée** » ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge ; quant au psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, il est « *désigné nommément par le directeur de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale pour les médecins* » ; le membre de l'équipe pluridisciplinaire est également nommément désigné par le directeur.

Le fonctionnement du collège est régi par les articles R. 3211-3 à R. 3211-6. Le collège se réunit sur convocation du directeur de l'établissement d'accueil, qui fixe l'ordre du jour et mentionne, pour chaque patient, la date avant laquelle l'avis doit être rendu. En effet, aux termes de l'article R. 3211-6, le **déla**i maximal dans lequel le collège doit rendre son avis est fixé à **cinq jours** à compter de la date de convocation ; ce délai peut toutefois être réduit lorsque l'avis du collège est requis dans le cadre d'une saisine du juge des libertés et de la détention de manière à respecter les délais prévus par la loi.

L'article R. 3211-4 précise à cet égard qu'en cas d'urgence ou pour des raisons liées à l'organisation du service, les membres du collège peuvent participer aux débats au moyen de **techniques de communication téléphonique ou audiovisuelle**.

En termes de procédure, l'article R. 3211-5 dispose que l'avis du collège mentionne le nom et la qualité des membres présents, les dossiers traités au cours de la séance et l'avis pris pour chacun des dossiers. Cet avis, validé par le **secrétaire désigné au début de chaque séance**, est transmis sans délai au directeur de l'établissement qui, selon les cas, le transmet sans délai au préfet ou au juge des libertés et de la détention. Le même article précise en outre que « *tout membre du collège peut demander qu'il soit fait mention de son désaccord avec l'avis rendu* ».

* *Rappelons que le collège est également compétent pour se prononcer sur le cas des personnes hospitalisées sur demande d'un tiers pour lesquelles la durée des soins excède une période continue d'un an : le maintien des soins est alors subordonné à une évaluation approfondie de l'état mental du patient réalisée par le collège (article L. 3212-7 du code de la santé publique).*

Soulignons que la circulaire interministérielle du 11 août 2011 précise que « *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 ». Ces dispositions découlent directement de l'article L. 3213-9-1 du code de la santé publique introduit lors de l'examen du projet de loi en deuxième lecture au Sénat suite à la décision du Conseil constitutionnel du 9 juin 2011. Bien que cela ne soit pas précisé par la circulaire, un raisonnement identique doit être tenu en matière de levée de la mesure de soins, sous réserve que « *chacun des avis et expertises prévus à l'article L. 3213-8 constate que la mesure d'hospitalisation complète n'est plus nécessaire* » (dernier alinéa de l'article L. 3213-9-1) : le préfet peut alors soit prononcer la levée de la mesure de soins soit modifier la forme de prise en charge du patient.

Rappelons enfin que, dans le cas d'une demande de levée de la mesure de soins, la décision du préfet nécessite, outre l'avis du collège, **deux avis psychiatriques supplémentaires**. L'article R. 3213-2 précise à cet égard que les deux experts sont désignés dans les vingt-quatre heures suivant la production de l'avis du collège (ou l'expiration du délai imparti à cette fin) par le représentant de l'État. Celui-ci leur précise le délai dont ils disposent, lequel ne peut excéder **dix jours**. Notons également que, lorsqu'ils concluent à la nécessité de lever la mesure d'hospitalisation complète, les certificats et avis médicaux produits doivent être « *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* » (article R. 3213-3).

C. L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

La loi du 5 juillet 2011 a principalement modifié les dispositions du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique relatives aux droits des patients et aux modalités de leur prise en charge, mais, au travers de son article 8, elle a également complété les dispositions du titre II relatives à l'organisation de la médecine psychiatrique.

Cet article apporte ainsi un certain nombre de précisions concernant le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de la mission de service public d'accueil en soins psychiatriques sans consentement, dans leur relation avec les familles et les aidants et dans la gestion des urgences psychiatriques. À cet égard, on notera que les dispositions de l'article L. 3222-1-1 imposant aux directeurs des agences régionales de santé d'organiser dans chaque territoire de santé un dispositif de **réponse aux urgences psychiatriques** devraient trouver une traduction concrète dans le volet « urgences » des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ; seuls deux schémas sont cependant opérationnels pour le moment ⁽¹⁾.

Parmi les autres dispositions de l'article 8, trois articles appelaient des textes d'application : les articles L. 3222-1-2 (conventions destinées à assurer le

(1) Deux agences ont pour l'heure publié leurs projets régionaux de santé ; dix-neuf autres ont achevé le travail mais leurs projets régionaux sont encore en cours de consultation ; cinq n'achèveront l'exercice qu'à la fin du premier semestre.

suivi et la réinsertion sociale des patients bénéficiant d'une mesure de soins sous une autre forme que l'hospitalisation complète), L. 3222-3 (définition des unités pour malades difficiles) et L. 3223-1 (compétences des commissions départementales des soins psychiatriques).

1) Le suivi des patients en soins ambulatoires

Aux termes de l'**article L. 3222-1-2 du code de la santé publique**, le directeur de chaque établissement de santé disposant de la mission de service public d'accueil en soins psychiatriques sans consentement doit conclure, avec le préfet, les collectivités territoriales compétentes et le directeur général de l'agence régionale de santé, des conventions fixant « *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* » et prévoyant « *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* ». Les conditions d'application de ce dispositif sont définies par décret en Conseil d'État.

D'après les informations dont disposent vos rapporteurs, un premier projet de décret aurait été rédigé puis abandonné après avoir été soumis à la consultation des professionnels, les dispositions relatives aux conditions de réintégration en hospitalisation complète des patients ne respectant pas leur programme de soins prévues par le texte ayant été unanimement rejetées.

Un nouveau projet de décret serait de nouveau en cours de consultation. Il prévoirait que les conventions définissent les modalités de coopération entre les personnels de l'établissement en charge du patient, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, ainsi que les services territoriaux d'assistance sociale, en coordination avec les actions menées par les familles et les aidants⁽¹⁾. Ces conventions pourraient ensuite être déclinées individuellement par le biais d'un protocole individuel relatif au patient.

L'objectif poursuivi est à la fois d'assurer la continuité de la prise en charge du patient mais également de déterminer les procédures à mettre en œuvre en cas d'urgence. À cet égard, le décret devrait préciser que les conventions prévoient également les conditions dans lesquelles le patient en programme de soins est réhospitalisé à temps complet. La première version du décret allait au-delà et précisait les modalités du transport du patient vers l'établissement de santé et les conditions d'accès au domicile du patient, y compris avec le recours des forces de l'ordre.

(1) Ces modalités de coopération devraient notamment consister en des échanges d'informations.

2) Les commissions départementales des soins psychiatriques

La loi du 5 juillet 2011 a transformé les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) en commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP). Partant du constat que la majorité des commissions départementales éprouvaient d'importantes difficultés à jouer pleinement leur rôle, elle a également procédé à un **resserrement de leurs missions sur le cas des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement**. Ainsi sont-elles chargées désormais « *d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} [du livre II de la troisième partie du code de la santé publique] ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes* ».

Aux termes de l'article L. 3223-1 du code de la santé publique, la commission départementale des soins psychiatriques dispose des compétences suivantes (en gras, celles résultant de la loi du 5 juillet 2011) :

« 1^o est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre I^{er} du présent livre, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ;

2^o reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou celles de leur conseil et examine leur situation ;

*3^o examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale et, **obligatoirement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État** :*

a) celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée en application du 2^o du II de l'article L. 3212-1 ;

b) celle de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;

4^o saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

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

6° adresse, chaque année, son rapport d'activité, **dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État**, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

7° peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

8° statue sur les modalités d'accès aux informations mentionnées à l'article L. 1111-7 de toute personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale. »

Parmi les nouvelles missions confiées à la commission départementale des soins psychiatriques en vertu de l'article L. 3223-1, on notera l'examen obligatoire de la situation des personnes admises en soins en cas de péril imminent et de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'un an⁽¹⁾. Les conditions dans lesquelles l'examen de ces situations a lieu sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le III de l'article R. 3223-8 précise à cet égard que « pour l'application des dispositions des 2° et 3° de l'article L. 3223-1, la commission peut demander au directeur de l'établissement ou au préfet (...) de lui communiquer copie des décisions de justice, des décisions administratives, des avis, des certificats et des programmes de soins relatifs à la mesure de soins dont la personne dont elle examine la situation fait l'objet ».

On rappellera également que la commission départementale des soins psychiatriques est fondée, en application de l'article L. 3212-9 du code de la santé publique, à demander à un directeur d'établissement de lever une mesure de soins psychiatriques sans consentement sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : la levée est alors de droit. L'article R. 3223-9 précise à cet égard que la commission saisit le directeur de l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Ce dernier doit informer la commission de la date de levée de la mesure. Une même demande peut être adressée par la commission au préfet dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement prise sur décision du représentant de l'État, mais celui-ci n'est pas tenu d'y souscrire

(1) On passe ici d'un examen systématique de la situation de toutes les personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois à celle des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement depuis plus d'un an.

(article L. 3213-4) ; aucune disposition réglementaire ne précise la procédure applicable.

Signalons également que, dans un souci d'uniformisation, le contenu du **rapport d'activité** des commissions départementales des soins psychiatriques doit être fixé par un décret en Conseil d'État. L'article R. 3223-11 du code de la santé publique prévoit ainsi que ce rapport comporte :

– les statistiques d'activité de la commission, présentées sous la forme d'un tableau conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé ;

– le bilan de l'utilisation de la procédure d'admission en soins en cas de péril imminent et de la procédure applicable en cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ⁽¹⁾ ;

– une synthèse des conclusions de la commission sur les réclamations qu'elle a reçues et sur les constatations qu'elle a opérées lors de la visite d'établissements, notamment en ce qui concerne la tenue des registres et le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, ainsi que le nombre de malades entendus.

3) Les unités pour malades difficiles

Le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 introduit dans la partie réglementaire du code de la santé publique plusieurs articles relatifs aux unités pour malades difficiles (UMD). Rappelons que celles-ci n'étaient auparavant mentionnées qu'incidemment à l'article R. 3221-6 : *« Ne font pas partie des secteurs [psychiatriques] les unités pour malades difficiles, 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 (...) »*.

L'article 5 du décret reformule l'article R. 3221-6, notamment afin de préciser que ces unités sont implantées dans des établissements disposant de la mission de service public d'accueil en soins psychiatriques sans consentement ; quant à l'article 6, il introduit, en application du dernier alinéa de l'**article L. 3222-3 du code de la santé publique** ⁽²⁾, une section unique consacrée aux unités pour malades difficiles au sein du chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, qui ne contenait jusqu'alors aucune disposition réglementaire.

L'article R. 3222-1 dispose ainsi que les unités pour malades difficiles sont *« spécialement organisées à l'effet de mettre en œuvre les protocoles*

(1) Procédure sur demande d'un tiers ne nécessitant qu'un seul certificat médical pour l'admission en soins.

(2) « Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'État ».

thérapeutiques intensifs et les mesures de sûreté particulières adaptés à l'état des patients mentionnés à l'article L. 3222-3 », c'est-à-dire : les patients admis en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, ceux qui ont été hospitalisés sur décision judiciaire ou décision du représentant de l'État faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale et, enfin, les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans leur consentement.

L'article R. 3222-2 définit les **conditions d'admission** dans ces unités : il prévoit que celle-ci est prononcée par arrêté du préfet du département d'implantation de l'unité – ou du préfet de police à Paris – sur proposition d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, et avec l'accord du psychiatre responsable de l'unité. Il dresse en outre la liste des pièces figurant dans le dossier médical et administratif du patient au vu duquel le préfet doit se prononcer :

– un certificat médical établi par le psychiatre demandant l'admission et précisant les motifs de cette demande ainsi que les éventuelles expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ;

– l'engagement signé par le préfet concerné de faire à nouveau hospitaliser ou incarcérer le patient dans son département dans un délai de vingt jours à compter d'un arrêté de sortie de l'unité pour malades difficiles ;

– l'indication des mesures de protection des biens du patient qui seront prises, si elles s'avèrent nécessaires.

Aux termes de l'article R. 3222-3, le transfert du malade est pris en charge, à l'aller comme au retour, par l'établissement à l'origine de la demande d'admission en unité pour malades difficiles. La circulaire interministérielle du 11 août 2011 précise que « *la mise à disposition d'une escorte de policiers ou de gendarmes peut être accordée par le préfet en cas de circonstances exceptionnelles* ».

En cas de désaccord du psychiatre responsable de l'unité pour malades difficiles ⁽¹⁾, le préfet peut ordonner une expertise psychiatrique de la personne malade aux frais de l'établissement de santé qui est à l'origine de la demande d'admission. Il peut également saisir la commission du suivi médical qui statue sur l'admission (II de l'article R. 3222-2).

La **commission du suivi médical**, implantée dans chaque département comprenant une unité pour malades difficiles, est composée de quatre membres (un médecin inspecteur de santé et trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité) nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour un mandat de trois ans renouvelables (article

(1) Notons qu'aux termes du III de l'article R. 3222-2, préalablement à l'admission, les psychiatres exerçant dans l'unité pour malades difficiles peuvent se rendre sur les lieux d'hospitalisation ou de détention du malade pour l'examiner, après accord du préfet du département d'implantation de l'unité.

R. 3222-6). Cette commission peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé dans une telle unité et examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans l'unité (article R. 3222-7). Elle saisit le préfet lorsqu'elle estime que les conditions du maintien dans l'unité ne sont plus remplies et informe la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) des conclusions des examens auxquels elle procède. Enfin, la commission peut être saisie par tout patient hospitalisé dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches, ainsi que diverses autres personnalités ⁽¹⁾.

Lorsque la commission du suivi médical, éventuellement saisie par le psychiatre responsable de l'unité, constate que les conditions de prise en charge ne sont plus réunies, elle saisit le préfet afin qu'il prononce la sortie du patient. Aux termes de l'article R. 3222-5, cette sortie peut prendre la forme :

– d'une levée de la mesure de soins ou d'une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète ;

– d'un transfert dans un autre établissement de santé chargé d'assurer la mission de service public d'accueil en soins psychiatriques sans consentement ;

– d'un retour dans l'établissement de santé d'origine ⁽²⁾ ;

– d'un retour en détention pour les personnes détenues.

Notons enfin que l'article R. 3222-6 renvoie à un arrêté du ministre chargé de la santé le soin de préciser « *les conditions de fonctionnement de la commission, les cas de déport de ses membres et le montant de l'indemnité qu'ils perçoivent* ».

(1) Les procureurs de la République des départements d'origine ou d'accueil ; les préfets des départements d'origine ou d'accueil ou, à Paris, le préfet de police ; le psychiatre responsable de l'unité ; le médecin généraliste ou le psychiatre privé traitant le patient ; le psychiatre hospitalier responsable du secteur psychiatrique d'origine ; le directeur de l'établissement où est implantée l'unité ; le directeur de l'établissement d'origine.

(2) En cas de contestation de cet établissement, le préfet saisit une nouvelle fois la commission du suivi médical qui statue dans les plus brefs délais.

II.- LES SIX PREMIERS MOIS DE MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

Pour vos rapporteurs, le présent rapport ne pouvait avoir pour unique objet de faire le point sur la publication des textes d'application de la loi du 5 juillet 2011. En effet, le Conseil constitutionnel, en exigeant dans sa décision du 26 novembre 2010 l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives au 1^{er} août 2011, date laissant à peine plus de six mois au Parlement pour examiner un nouveau texte et imposant une mise en œuvre de celui-ci au cœur de la période estivale, a d'emblée fait de ses conditions concrètes d'application un enjeu à part entière du texte. Au-delà de la question des délais dans lesquels les dispositions de la loi devaient être mises en place, se posait également la question de leur réception par les professionnels concernés, notamment les juges des libertés et de la détention et les psychiatres, et des coopérations mises en place par ces professionnels pour garantir l'application effective de la loi.

Il est donc apparu nécessaire à vos rapporteurs de réexaminer la réforme adoptée à la lumière de l'application qui en a été faite sur le terrain pendant ces sept derniers mois. Sur la base des auditions qu'ils ont menées et des observations qu'ils ont effectuées à l'occasion de leurs déplacements, ils ont ainsi pu formuler un certain nombre de propositions d'amélioration.

A. CHRONIQUE D'UNE CATASTROPHE EVITEE

La nécessaire mise en œuvre de la loi au 1^{er} août 2011 constituait une source d'inquiétude majeure tant pour le Gouvernement que pour les professionnels concernés. C'est sans doute la raison pour laquelle la mobilisation des acteurs fut à la hauteur de ce qui apparaissait alors comme une « catastrophe annoncée », permettant finalement de passer le cap de cette date fatidique avec succès. Ainsi que le résume l'Union syndicale des magistrats dans un document remis à vos rapporteurs, « *à moyens constants, alors qu'ils n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble et malgré une prudente méfiance réciproque, le monde médical et le monde judiciaire ont appliqué dès le 1^{er} août 2011 des textes dont ils ne voulaient pas (...) et avec lesquels ils ont dû se familiariser en urgence* ».

1) Une mobilisation exemplaire pour appliquer la loi au 1^{er} août...

Si d'aucuns considèrent que les textes officiels d'application de la loi furent diffusés tardivement⁽¹⁾, nécessitant la production, en amont, par les syndicats ou les établissements de santé, de « *vademecum* » proposant une lecture simplifiée du texte législatif et des nouvelles procédures en découlant, la plupart

(1) La circulaire du ministère de la justice a ainsi été publiée le 21 juillet, soit une dizaine de jours seulement avant les premières audiences. La circulaire interministérielle santé-intérieur explicitant le rôle du préfet et celui des agences régionales de santé est quant à elle parue le 11 août...

des personnes auditionnées par vos rapporteurs reconnaissent qu'un grand nombre d'informations ont été mises à leur disposition dans la perspective du 1^{er} août 2011, y compris de manière interactive. Ainsi, la « **foire aux questions** » ouverte sur le site internet du ministère de la santé dédiée à la réforme (www.loipsy2011.sante.gouv.fr) a-t-elle reçu des échos très positifs. Il est d'ailleurs question que les réponses collectées dans ce cadre soient formalisées par le biais d'une circulaire.

- Plusieurs documents spécifiques ont été élaborés au niveau national, par le ministère de la santé, en vue de faciliter la mise en œuvre de la réforme (présentation de la loi, fiches de procédure, modèles-types) et diverses solutions techniques ont été proposées aux professionnels (échanges dématérialisés cryptés pour l'envoi des dossiers au tribunal, tableaux Excel pour le calcul des délais, logiciel HOPSY pour la gestion des arrêtés préfectoraux).

Un effort particulier a en outre été fourni pour la **gestion de la période transitoire**. Rappelons en effet que l'article 18 de la loi du 5 juillet 2011 prévoit, d'une part, les conditions dans lesquelles le juge des libertés et de la détention se prononce sur les mesures de soins en hospitalisation complète décidées avant l'entrée en vigueur de la loi (IV) et, d'autre part, les modalités selon lesquelles les patients en sortie d'essai au 1^{er} août 2011 sont admis en soins sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète au-delà de cette date (V).

Ces dispositions ont été exposées aux acteurs de la psychiatrie dès le 6 juillet 2011 dans un **document de présentation de la réforme**. Celui-ci insistait notamment sur le calendrier de mise en œuvre de la réforme au 1^{er} août 2011 :

- pour les mesures de soins décidées antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi, seules celles prises **entre le 23 et le 31 juillet 2011** devaient être soumises au contrôle du juge à J+15 à compter du 1^{er} août ;

- les mesures prises antérieurement au 23 juillet avaient quant à elles uniquement vocation à être examinées dans le cadre du contrôle à six mois, le juge des libertés et de la détention devant alors statuer **avant l'expiration de la plus prochaine des échéances successives de six mois suite à l'admission**. Par exemple, pour un patient admis le 3 mai 2011, le juge devait statuer avant le 3 novembre 2011, c'est-à-dire le 2 novembre au plus tard, pour un patient admis le 10 février 2010, le 9 août 2011 au plus tard ;

Dans cette perspective, le document enjoignait les professionnels à se préparer à ces échéances dès le mois de juillet notamment :

- en prévoyant la **transformation des sorties d'essai en programmes de soins**. Rappelons que la situation de ces patients n'a alors pas à faire l'objet d'une saisine systématique du juge des libertés et de la détention ;

- en **recensant les patients** qui, à la date du 1^{er} août, seraient hospitalisés depuis plus de six mois de façon à prévoir la saisine du juge des libertés et de la

détention au moins six jours avant. Ainsi, une mesure de soins prise le 2 février 2011 devait être soumise au juge le 1^{er} août 2011 dernier délai et la saisine effectuée au plus tard le 26 juillet ; idem pour une mesure prise à compter du 2 août 2010 ;

– en organisant, le cas échéant, un passage devant le juge des libertés et de la détention **dès le mois de juillet**, afin d'éviter de traiter ces cas au mois d'août ;

– en prévoyant l'organisation du contrôle à J+15 pour toutes les mesures de soins intervenant entre le 23 et le 31 juillet : pour une mesure de soins prise le 23 juillet, la décision du juge était attendue le 6 août au plus tard, le 14 août pour une admission le 31 juillet.

Le document attirait également l'attention des professionnels sur la nécessité de repérer les « **cas particuliers** », c'est-à-dire les cas de patients devant faire l'objet d'un suivi spécifique, pour lesquels l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique est requis (*voir première partie du rapport*) : ainsi, pour un patient séjournant en unité pour malades difficiles admis le 23 juillet 2011, le juge devait statuer au plus tard le 6 août, la saisine être envoyée au plus tard le 31 juillet et le collège convoqué au plus tard le 26 juillet, de manière à pouvoir rendre son avis dans le délai réglementaire de cinq jours ; pour un patient admis dans les mêmes circonstances le 2 février 2011, le juge devait statuer au plus tard le 1^{er} août, la saisine être envoyée au plus tard le 26 juillet et le collège convoqué au plus tard le 21 juillet.

Ce document a été ensuite complété, plus tardivement, par la **circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011** qui, comme indiqué dans la première partie de ce rapport, comportait une dizaine d'annexes techniques comprenant des précisions sur la protection des échanges dématérialisés entre les directeurs des établissements de santé et les juges des libertés et de la détention, des spécifications techniques relatives aux salles d'audience implantées dans les hôpitaux (cahier des charges immobilier), des précisions sur la procédure d'assermentation des agents hospitaliers en vue des audiences par visioconférence, des formulaires-types (requête en mainlevée avec notice de remplissage, saisine en vue du contrôle systématique à J+15 ou à six mois, saisine en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet) ainsi que des modèles de documents susceptibles d'être envoyés par les tribunaux (avis de saisine, avis d'audience, notification d'ordonnance, etc.).

- Du côté du ministère de la justice, l'accent a été mis sur la **formation**.

Depuis 2010, l'École nationale de la magistrature (ENM) propose en effet une formation nationale sur les atteintes à la liberté d'aller et venir et au consentement aux soins pour raisons médicales en matière de troubles psychiques, formation ouverte à la fois aux magistrats, aux médecins, aux directeurs d'établissements, aux médecins pompiers, aux commissaires de police et aux gendarmes. Dans la perspective de l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} août

2011, une nouvelle session de formation a été programmée au mois d'avril 2011 à laquelle étaient conviés, outre les magistrats, les personnels de santé (psychiatres, infirmiers, cadres de santé, etc.). 200 personnes ont ainsi participé à cette formation au cours de laquelle sont intervenus des psychiatres, un délégué du contrôleur général des lieux de privation de liberté, d'anciens patients, des magistrats et des avocats spécialisés⁽¹⁾. La prochaine session de formation est programmée fin mars 2012. En trois ans, ces sessions auront permis la formation d'environ 450 personnes, auxquelles il convient d'ajouter les 700 personnes également formées en région depuis avril 2011.

Signalons enfin qu'à partir du 25 juillet 2011, l'ENM a mis en ligne sur son site intranet un **module d'e-learning** sur la loi accessible en permanence aux magistrats et aux greffiers et transmis aux médecins, directeurs d'hôpitaux et cadres de santé.

D'une manière générale, vos rapporteurs considèrent qu'il est très important d'organiser des **formations croisées** rassemblant l'ensemble des professionnels concernés par la mise en œuvre de la loi, et en particulier les magistrats et les médecins, mais également les **avocats**. On observe en effet aujourd'hui des conceptions très diverses du rôle censé incomber aux avocats dans le cadre de ces nouvelles procédures (allant du militantisme anti-psychiatrie à la défense de la nécessité de soins pour le patient) : il serait donc utile que les barreaux soient sensibilisés aux spécificités des troubles mentaux afin, le cas échéant, d'adapter leurs pratiques.

Au-delà des connaissances qu'elles peuvent apporter sur les détails de la réforme, ces formations doivent permettre une meilleure compréhension mutuelle des acteurs, de leurs motivations et de la nature de leurs interventions : cette **acculturation réciproque** apparaît comme la condition *sine qua non* d'une réelle appropriation de la loi par ceux qui doivent la mettre en œuvre et donc, *in fine*, de son application.

<p>Proposition n° 1 : prévoir des formations communes au monde judiciaire et au monde médical.</p>

- Au niveau local, de nombreuses **réunions préparatoires** à l'entrée en vigueur de la loi ont également été organisées, tant au sein des établissements de santé qu'entre les établissements de santé et les juges des libertés et de la détention.

Lors du déplacement au sein de l'établissement Victor Dupouy d'Argenteuil, les juges de la liberté et de la détention rencontrés sur place ont ainsi indiqué avoir commencé à réfléchir à l'organisation des audiences et initié des contacts avec les établissements de santé situés dans le ressort du tribunal de

(1) À l'occasion de ces sessions de formation, un fascicule documentaire a en outre été établi par les directeurs de session, en lien avec l'École, qui est régulièrement réactualisé.

grande instance de Pontoise dès la publication de la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010. Une telle anticipation a été payante puisqu'elle a permis de trouver un terrain d'entente entre les différents protagonistes, au bénéfice des patients.

Cet exemple ne semble toutefois pas généralisé et ce type de solutions n'a pu être mis en place sur l'ensemble du territoire national. **La loi apparaît ainsi très inégalement appliquée sur les territoires.**

2) ... qui ne préjuge cependant pas de la suite

Si la mobilisation observée dans les premiers mois d'application de la loi du 5 juillet 2011 a rendu possible la mise en œuvre de la réforme dans des conditions certes difficiles mais provisoirement acceptables, ce *satisfecit* de principe ne doit pas cacher la précarité de certaines situations.

- L'absence de **répartition de certaines compétences** ou de définition des modalités de coopération entre administrations constitue encore un frein à la bonne application de la loi, que ce frein se situe au niveau ministériel ou au niveau local.

On peut ainsi considérer que le **rôle des agences régionales de santé** dans la procédure de soins sur demande du représentant de l'État mériterait d'être éclairci. La circulaire interministérielle du 11 août 2011, qui cite l'ensemble des textes précisant le cadre légal et réglementaire dans lequel les agences interviennent pour le compte du préfet, indique que la loi du 5 juillet 2011 « *n'apporte pas de modification majeure sur le rôle des agences régionales de santé* ». Si la question de leurs compétences en matière de préparation et de mise en œuvre des décisions concernant les mesures de soins sans consentement prises par le représentant de l'État ne semble pas poser question⁽¹⁾, il en va cependant autrement de la préparation des mémoires contentieux et de la représentation du préfet devant le juge, notamment en appel, ces tâches ne s'inscrivant pas *a priori* dans le cadre des missions sanitaires dévolues aux agences. Les représentants du ministère de l'intérieur entendus par vos rapporteurs ont à cet égard indiqué qu'une réflexion était en cours visant à distinguer les cas où il y a *dissensus* entre le préfet et les psychiatres et, où, en conséquence, le prisme de la sécurité publique imposerait une prise en charge du contentieux directement par la préfecture.

De même, la question des **escortes policières**, dont il faut cependant reconnaître qu'elle dépasse le strict cadre de cette loi, n'a pas non plus réellement été réglée. Une instruction du ministère de l'Intérieur prévoit à cet égard que la responsabilité du transport des patients incombant à l'établissement d'accueil, le préfet ne peut décider de mettre en place une escorte policière ou de gendarmerie qu'**à titre exceptionnel** sur demande du directeur de l'établissement, lorsque le

(1) La circulaire du 11 août 2011 prend néanmoins soin de rappeler aux préfets « 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 ».

patient présente un **risque d'atteinte grave à l'ordre public** résultant d'une dangerosité particulière attestée par certificat médical. Ces conditions, qui apparaissent comme particulièrement restrictives, devraient néanmoins permettre l'escorte des patients séjournant en **unités pour malades difficiles** (UMD). Il semblerait toutefois qu'il n'en soit rien : d'après les informations transmises par le directeur d'un établissement hospitalier abritant une telle unité, il a toujours été impossible pour lui d'obtenir une telle escorte et donc de transporter les patients au tribunal en vue de leur audition par le juge. Quant à l'escorte des patients **détenus**, un accord est censé intervenir avec l'administration pénitentiaire, qui n'a cependant pas encore vu le jour.

Le **degré de coopération et de coordination** des différents acteurs enfin est très **variable d'un département à un autre**. Lors de leur déplacement dans le Val-de-Marne, vos rapporteurs ont ainsi eu connaissance de dysfonctionnements répétés entre les établissements hospitaliers, la délégation territoriale de l'agence régionale de santé, le préfet et le tribunal de grande instance de Créteil dans l'envoi et la réception des dossiers de saisine du juge des libertés et de la détention.

- Certains agissements, tant de la part des psychiatres que des juridictions, témoignent en outre d'une **crispation autour de certains sujets** (lieu de l'audience, transport du patient, certificats médicaux), qui ne laisse pas augurer d'une amélioration des pratiques, sauf à ce que ces débats soient rapidement tranchés. Lors des auditions, vos rapporteurs ont ainsi été confrontés à l'existence de « poches de résistance » sur des points bien précis du texte et dont les manifestations se traduisent sur le terrain par des **tentatives de contournement de la loi**.

Le Syndicat de la magistrature a ainsi fait état devant vos rapporteurs de **pratiques visant à éluder le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention** soit par l'élaboration de programmes de soins ne visant parfois qu'à mettre en place une hospitalisation partielle prévoyant une sortie d'une heure par jour (hospitalisation 23 heures sur 24) soit en laissant simplement sortir les patients juste avant la saisine du juge, quitte à les réintégrer ensuite. Ces affirmations nécessiteraient cependant d'être plus étayées, eu égard notamment à la lourdeur des procédures pour admettre un patient en soins psychiatriques sans consentement. Il n'est en outre pas exclu que la pratique des psychiatres ait évolué sous la pression de la loi et du juge et que les médecins soient désormais plus incités qu'auparavant à examiner le bien fondé de certaines hospitalisations et la nécessité de les prolonger.

De manière plus évidente, il semble en revanche que la **possibilité pour le patient de ne pas être entendu à l'audience pour des raisons médicales** ⁽¹⁾ soit

(1) Article L. 3211-12-2, alinéa 2 : « 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. »

parfois utilisée pour éviter d'avoir à transporter le malade au tribunal, que ce soit pour des raisons matérielles ou de sécurité rendant impossible ce transport (manque de véhicules, de personnel infirmier, *etc.*) ou pour des raisons idéologiques témoignant, par exemple, du rejet par certains psychiatres de l'intervention du juge. Certains établissements présentent ainsi un taux de **100 % de certificats médicaux de non-présentation des patients à l'audience**. D'après la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY), ce taux serait en moyenne de 40 % à 45 % à Paris, mais de 15 % seulement à Lyon. Pourtant, seuls les patients à l'isolement ou en soins intensifs devraient *a priori* être considérés comme totalement inaptes à voir le juge.

Il est aujourd'hui difficile de déterminer si ces phénomènes de « **grève de la loi** » comme les qualifie le contrôleur général des lieux de privation de liberté sont statistiquement significatifs – il serait à cet égard souhaitable que les ministères de tutelle produisent des enquêtes, à la fois quantitatives et qualitatives, sur leur nature et leur étendue. Ils ne peuvent en tout cas faire l'objet d'une interprétation univoque concluant à une volonté délibérée de ne pas appliquer la loi. En effet, ces « stratégies » ont aussi été élaborées en réponse au refus de nombreux chefs de juridiction d'envisager **l'organisation des audiences à l'hôpital**, alors que cette faculté est expressément prévue par la loi⁽¹⁾. Si, là aussi la situation est très variable sur les territoires, il apparaît néanmoins à la lecture des chiffres transmis par le ministère de la justice que plus de 80 % des juridictions sont exclusives dans le choix du lieu de l'audience et que ce choix se porte très majoritairement sur le siège du tribunal de grande instance.

Enfin, il convient de ne pas sous-estimer les **difficultés matérielles rencontrées pour faire appliquer la loi**, tant au sein des établissements de santé et des agences régionales de santé que des tribunaux.

• La plupart des personnes auditionnées par vos rapporteurs, et notamment les syndicats de magistrats, ont ainsi souligné que les efforts initialement et temporairement consentis pour faire en sorte que la loi soit appliquée, ne pourraient perdurer durablement sans **moyens nouveaux**.

Vos rapporteurs vous renvoient à cet égard aux estimations figurant dans **l'étude d'impact de janvier 2011** annexée au projet de loi n° 3116. Rappelons qu'aux termes de ce document, l'impact sur les effectifs des services de la justice avait été calculé, en fonction du nombre total d'audiences, et sur la base d'une estimation de 60 minutes par dossier pour un magistrat et 75 minutes pour un greffier, à un peu plus de **80 équivalents temps plein travaillé de magistrats et 60 équivalents temps plein travaillé de fonctionnaires de catégorie B**. On signalera également incidemment que le coût en dépenses de structure pour l'aménagement des tribunaux avait été estimé à 10 millions d'euros et l'impact en

(1) Article L. 3211-12-2, alinéa 3 : « 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. »

matière juridictionnelle entre 4 et 7 millions d'euros, ces deux chiffrages ne prenant toutefois pas en compte la question du transport du juge et du greffier ou de l'avocat commis d'office à l'hôpital, dans la mesure où le projet de loi initial ne prévoyait pas une telle possibilité.

Or, les **concours exceptionnels de greffiers et de magistrats** mis en place par le ministère de la justice en vue d'assurer la mise en œuvre de la loi ainsi que l'expérimentation sur les citoyens assesseurs, qui devaient initialement permettre, grâce à une formation accélérée, une entrée en fonction des magistrats en septembre 2012, n'ont pas eu le succès escompté. **Sur 90 postes ouverts** (60 recrutements au second grade, 30 au premier grade), **seuls 28 ont été pourvus** ⁽¹⁾, et encore uniquement au second grade, alors que le traitement du contentieux des soins psychiatriques sans consentement nécessite des postes de vice-présidents au premier grade.

Si un nouveau concours exceptionnel a été annoncé par le ministre de la justice et des libertés en vue de recruter 90 magistrats susceptibles d'entrer en fonction en septembre 2013 et que 350 magistrats devraient sortir de l'École nationale de la magistrature d'ici septembre 2015, cela signifie néanmoins que les juridictions devraient attendre au moins dix-huit mois supplémentaires pour voir arriver des renforts, sans qu'aucun nouveau recrutement de greffiers ne soit en outre programmé. Cette situation paraît difficilement soutenable aux yeux des principaux intéressés, dans la mesure où la loi du 5 juillet 2011 a été mise en œuvre **au détriment d'autres contentieux civils** dont le traitement ne saurait être différé plus longtemps.

En raison de la brièveté des délais de saisine, il s'est en effet avéré nécessaire de prévoir des créneaux horaires dédiés aux audiences de soins sans consentement. Au bout de trois mois de mise en œuvre de la loi, un peu plus de 20 % des juridictions organisait une audience par semaine, 42 % deux audiences et 15 % trois. S'il apparaît comme efficace, ce système d'audiences dédiées n'en conduit pas moins à mobiliser un juge et un greffier, quel que soit le nombre effectif de dossiers, et donc à reporter le temps ainsi mobilisé sur d'autres magistrats ou d'autres contentieux (diminution du nombre d'audiences ou allongement des délais de traitement en matière civile).

L'Union syndicale des magistrats a également attiré l'attention de vos rapporteurs sur l'importance d'une **meilleure localisation des emplois sur les tribunaux de grande instance les plus impactés par la réforme**. 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). 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**

(1) *Seraient en cause les conditions d'organisation et de déroulement du concours ainsi que le faible niveau des candidats.*

100 décisions par mois. Or, il ne s'agit pas nécessairement de grosses juridictions, la carte judiciaire ne correspondant pas à la carte des hôpitaux psychiatriques, comme en témoigne le cas du (petit) tribunal de grande instance de Beauvais dans le ressort duquel est situé le (gros) hôpital psychiatrique de Clermont de l'Oise, mais aussi les cas de Tarbes et Lannemezan ou encore de Colmar et Rouffach.

À Beauvais, où le tribunal de grande instance a dans son ressort l'hôpital de Clermont de l'Oise, centre hospitalier inter régional accueillant plus de 5 000 patients par an, à l'origine, certains mois, de plus de 60 saisines du juge des libertés et de la détention, la juridiction ne compte que 19 magistrats. L'hôpital est à 35 kilomètres et aucun véhicule ne permet le déplacement des magistrats qui, en tant que juges des libertés et de la détention, assurent à la fois la permanence pénale et celle des soins sans consentement.

Le cas du tribunal de grande instance de Créteil

À Créteil, où vos rapporteurs ont pu assister à une audience du juge des libertés et de la détention, **six établissements psychiatriques** sont situés dans le ressort du tribunal. Le flux moyen de dossiers s'établit en moyenne à 49 par semaine soit un peu moins de 10 par jour, avec des pointes à **17 dossiers quotidiens** observées à plusieurs reprises. Il s'agit du tribunal ayant la plus importante activité en matière de contentieux des soins sans consentement dans le ressort de la Cour d'appel de Paris, après Paris.

L'effectif de **quatre juges des libertés et de la détention** a été maintenu mais ces derniers ont été déchargés de la présidence d'une audience correctionnelle en comparution immédiate par semaine (soit dix par mois) afin de compenser les vingt audiences mensuelles consacrées au contentieux des soins sans consentement.

Parallèlement, le greffé du service du juge des libertés et de la détention (**quatre greffiers dont trois à temps plein**) a été déchargé des procédures de comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC) et des procédures concernant les personnes étrangères en situation irrégulière. Chaque jour ouvrable, les greffiers assistant en même temps les juges des libertés et de la détention sur leurs audiences respectives, il arrive régulièrement qu'il n'y ait pas d'interlocuteur dans les bureaux du greffe pour les avocats, les appels téléphoniques, *etc.*, et que les notifications de jugement prennent du retard.

Sur la base de ce constat, le président du tribunal a conclu à **l'impossibilité d'organiser des audiences foraines**. Une étude de faisabilité a néanmoins été lancée concernant la tenue de telles audiences au sein de l'hôpital Paul Guiraud (établissement à l'origine de près de la moitié des saisines enregistrées au tribunal de grande instance de Créteil et dont les patients, notamment ceux séjournant dans l'unité pour malades difficiles, ne sont pas transportés au tribunal lors des audiences) sous réserve que les postes demandés – deux postes de magistrats et deux postes de greffiers – soient créés et pourvus.

Une demande d'attribution de deux **appareils de visioconférence** grand écran pour les audiences a par ailleurs été transmise au premier président de la Cour d'appel de Paris.

Enfin, faut-il rappeler que les tribunaux de l'ordre judiciaire devront également faire face à compter du 1^{er} janvier 2013 au **regroupement des contentieux judiciaires et administratifs** prévu par l'article 7 de la loi ⁽¹⁾ ?

(1) Article L. 3216-1 du code de la santé publique, premier alinéa : « La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire ».

Bilan chiffré complet après trois mois d'application de la loi (1^{er} août - 31 octobre 2011) et bilan partiel après six mois

Nombre de saisines : 15 243. Ces chiffres permettent de confirmer ceux de l'étude d'impact de la loi qui tablait sur 65 000 nouvelles décisions par an rendues par les juges des libertés et de la détention (JLD).

À six mois, le nombre de saisines s'établit à 28 434 en matière de contrôle de plein droit et 1 253 en recours facultatifs. Le nombre de décisions s'élève à 30 181 (un même dossier peut cependant générer plusieurs décisions : renvoi, expertise, décision sur le fond).

Juridictions les plus concernées (nombre de saisines de plein droit) : **Lyon en tête** (672 saisines), **devant Paris** (597) et **Créteil** (566), puis Bordeaux (325). Les dix premières juridictions représentent plus du quart des saisines de plein droit. La répartition des saisines est proportionnelle à celle du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale, qui se trouvent dans chacun de leur ressort.

La liste des juridictions les plus saisies est confirmée par les statistiques à six mois, il s'agit de Lyon (1 366), Paris (1 267), Créteil (1 242) puis Bordeaux (722), Pontoise (631), Bobigny (535) Évry (534), Nice (474), Lille (467) et Toulouse (466).

Saisines tardives : 1,3 % du total.

Fréquence des audiences : 12 juridictions, soit 8 % d'entre elles, tiennent des audiences tous les jours, 20 % tiennent trois audiences par semaine, 37 % deux audiences par semaine et 26 % une par semaine.

Ces chiffres sont également confirmés par les enquêtes produites à six mois : 64 % des juridictions organisent des audiences plus d'une fois par semaine dont 37,7 % deux fois, 12,3 % trois fois, 7,5 % tous les jours.

Lieu des audiences : 73 % des audiences se déroule au tribunal dont 8,4 % grâce à la visioconférence. Les 27 % d'audiences restantes se déroulent au sein de l'établissement de santé (c'est notamment le cas à Lyon, Pontoise ou Pau pour les juridictions les plus significatives).

Les chiffres à six mois tendent à démontrer un renforcement des **audiences organisées au tribunal qui représenteraient plus de 75 % des audiences** dont 5,7 % seulement en visioconférence. Environ le quart des juridictions (42 sur 165) panacheraient les lieux d'audience.

Présence des avocats quasiment systématique ; ils sont commis d'office dans 90 % des cas.

Nature des décisions : sur près de 12 400 ordonnances rendues, 80 % prononcent le maintien en soins, 6 % sont des décisions de mainlevée de la mesure et **2 % des demandes d'expertise** (Clermont-Ferrand se distingue par un taux très élevé de demandes d'expertise : 13,5 %). Les 12 % de décisions restantes sont de procédure (irrecevabilité, non-lieu à statuer, désistement, radiation, caducité, rectification d'erreur matérielle, etc.).

Les chiffres à six mois s'inscrivent dans la même tendance : 82,3 % des décisions maintiennent la mesure, 4,5 % ordonnent la mainlevée, 2,2 % une expertise et 11 % sont des décisions de procédure.

Nombre d'appels : 2,8 % du total des décisions et 7,3 % de ces appels ont un caractère suspensif (à six mois : 2,6 % des décisions ont été frappées d'appel et parmi ces décisions 7,8 % ont été assortis d'un caractère suspensif).

Protocoles établis entre les juridictions et le ou les établissements hospitaliers sur leur ressort dans 37 % des cas.

Source : enquête de la direction des services judiciaires du ministère de la justice auprès des juridictions (taux de réponse de 98 % à trois mois, 97 % à six mois).

B. L'ORGANISATION DES AUDIENCES DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION

À titre liminaire, vos rapporteurs souhaitent souligner que le débat sur le bien-fondé d'une intervention du juge judiciaire sur les mesures de soins sans consentement semble aujourd'hui apaisé. Lors des auditions, certains représentants du monde médical ont même reconnu que la confirmation par le juge de la mesure de soins pouvait être bénéfique au processus de soin, évacuant la question de la contrainte de la relation patient / psychiatre.

Toutefois, en raison des conditions dans lesquelles elles se déroulent, les audiences devant le juge des libertés et de la détention sont encore perçues par beaucoup comme un « mal nécessaire », certains professionnels auditionnés n'hésitant pas à considérer que certaines situations s'apparentent à de la « maltraitance institutionnelle ».

Il convient donc de trouver une solution au plus vite aux difficultés constatées.

1) La saisine du juge

• La détermination de la date de la saisine

Face à un contentieux nouveau, il est logique de devoir attendre une stabilisation de la jurisprudence pour connaître l'interprétation de certaines règles. En matière de détermination de la date de saisine du juge, l'existence d'une incertitude peut toutefois avoir des conséquences très graves, dans la mesure où une saisine tardive, et *a fortiori*, une saisine hors délai est censée entraîner la mainlevée de la mesure de soins, sans qu'il soit statué sur le fond.

Or, un certain flou a pu entourer la définition du point de départ de la saisine du juge à six mois pour les personnes admises en soins préalablement à l'entrée en vigueur de la loi. En effet, alors que le ministère de la santé a rappelé à plusieurs reprises (notamment dans la « foire aux questions » précitée) que la date déterminant la saisine du juge était celle de **l'acte initial privatif de liberté**, certains juges ont eu une lecture différente de la loi les conduisant, par exemple, en cas de mesures de soins successives sous des régimes juridiques différents (une hospitalisation initiale sur demande d'un tiers transformée ensuite en hospitalisation d'office) à retenir l'acte à l'origine de la situation juridique du patient au moment de l'examen de sa situation et non l'acte initial. Sur la base de ces divergences d'appréciation, le calcul des dates de saisine a pu se révéler erroné conduisant, dans le meilleur des cas, à des non-lieux à statuer (saisine en avance) et, dans le pire, à des mainlevées pour saisines hors délai.

Une difficulté particulière a également été signalée à vos rapporteurs s'agissant des admissions en soins sur décision judiciaire suite à déclaration d'irresponsabilité pénale : il est en effet apparu que ces décisions étaient habituellement « doublées » d'un arrêté du préfet. Or, cet arrêté, *a priori* inutile

juridiquement, a pu être considéré comme le point de départ pour calculer la date de saisine. Or, le juge ne retient pour sa part que la date de la décision judiciaire.

Rappelons en outre qu'aux termes de l'article R. 3211-31 du code de la santé publique, par dérogation aux dispositions du code de procédure civile, **le jour de la saisine est comptabilisé dans les délais** : ainsi, lorsqu'un délai expire un jour férié, un samedi ou un dimanche, il n'est pas reporté d'une journée. Ces dispositions imposent donc une organisation matérielle spécifique permettant d'**aviser en temps réel le juge des libertés et de la détention** d'éventuelles saisines ⁽¹⁾.

• La transmission des dossiers

Des problèmes récurrents de coordination avec les services hospitaliers, mais surtout les services préfectoraux, dans le cadre de la **transmission des dossiers de saisine** ont été évoqués à plusieurs reprises lors des auditions et des déplacements de vos rapporteurs. Là encore, la situation semble très variable selon les tribunaux, certains greffes ayant pour mission de vérifier la complétude des dossiers et de contacter en amont les administrations compétentes en cas problème, d'autres n'étant apparemment pas en mesure de procéder à ces démarches.

Ce point est néanmoins crucial, et il serait bon, à la fois dans une démarche pédagogique et dans le but d'éviter des mainlevées de pure forme qu'au moins dans un premier temps, des contacts informels puissent être pris en amont par le greffe dans le but d'obtenir des dossiers complets.

Plus généralement, l'ensemble des acteurs de la chaîne contentieuse doivent être responsabilisés et les problèmes internes d'organisation administrative résolus au plus vite. À cet égard, vos rapporteurs considèrent que la proposition qui leur a été soumise par un de leurs interlocuteurs, de transférer la responsabilité de la saisine du préfet au directeur de l'établissement hospitalier dans le cadre de soins sur décision du représentant de l'État, ne saurait être retenue, **la responsabilité de l'autorité à l'origine de la décision d'admission en soins** devant pleinement s'appliquer. De même, si l'on peut estimer que l'envoi des pièces du dossier au greffe par le directeur de l'établissement de santé serait de nature à simplifier les circuits administratifs, en évitant des « détours » inutiles ⁽²⁾, il n'en reste pas moins que ces « détours » sont aussi des occasions de vérifier que les dossiers sont effectivement complets...

(1) Fax portable, clé 3G ou téléphone avec connexion internet.

(2) Le directeur envoie en effet les pièces du dossier à l'agence régionale de santé qui est censée les transmettre ensuite au juge.

2) La tenue des audiences

• Le lieu de l'audience

D'après les chiffres transmis par le ministère de la justice sur la base des enquêtes réalisées lors des trois premiers mois d'application de la réforme, **73 % des audiences ont lieu au tribunal de grande instance, visioconférences comprises** (8 %). Comme indiqué précédemment, 86 % des juridictions sont en outre exclusives dans leur choix : l'écrasante majorité organisent uniquement des audiences au tribunal, et une minorité uniquement à l'hôpital, suite à des accords préalables entre le juge des libertés et de la détention et les centres hospitaliers, ou à des accords de mutualisation entre centres hospitaliers.

Au-delà des difficultés matérielles liées à l'organisation des audiences hors tribunal, vos rapporteurs constatent une certaine **réticence de la hiérarchie judiciaire au principe même de la tenue d'audiences foraines**. Le lieu des audiences dépend donc aujourd'hui en grande partie de la (bonne) volonté du président du tribunal de grande instance et de la pression des magistrats, et de leurs syndicats ⁽¹⁾, en faveur de telle ou telle solution. Les deux exemples auxquels vos rapporteurs ont été confrontés, d'une part, le tribunal de grande instance de Pontoise et l'hôpital Victor Dupouy d'Argenteuil, et, d'autre part, le tribunal de grande instance de Créteil et l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif, offrent à cet égard des visions rigoureusement opposées de la façon dont la loi est mise en œuvre. Alors que dans le ressort du tribunal de grande instance de Pontoise, les juges des libertés et de la détention se déplacent systématiquement pour statuer dans les établissements psychiatriques lorsqu'une salle spécialement aménagée a été prévue, *a contrario*, dans le ressort du tribunal de grande instance de Créteil, aucune audience foraine n'est pour l'heure organisée, en raison de justifications tant matérielles que conceptuelles ⁽²⁾.

De nombreux magistrats, soutenus par la chancellerie, font ainsi de la tenue des audiences au siège du tribunal de grande instance une question de principe. Cette position n'est pas acceptable. Rappelons que la loi prévoit que **le patient est entendu par le juge** : or, lorsque l'audience a eu lieu au tribunal de grande instance, les patients n'y sont pas toujours transportés. Ils sont alors représentés par un **avocat**, choisi ou commis d'office (dans 90 % des cas), qui n'a pas toujours la possibilité de s'entretenir avec eux avant l'audience, sauf lorsque des moyens de télécommunication audiovisuelle ont été installés au tribunal.

(1) Signalons à cet égard que le Syndicat de la magistrature recommande aux juges des libertés et de la détention, lorsque cela est possible, de se déplacer dans les lieux de soins pour statuer.

(2) M. Seltensperger, premier vice-président en charge de la coordination des juges des libertés et de la détention estime ainsi « les audiences foraines ne sont pas justifiées au plan professionnel et ne sont pas compatibles, aux plans intellectuel et juridique, avec l'esprit de la récente loi », *point de vue que vos rapporteurs ne partagent pas*.

Par ailleurs, quand les patients sont transportés au tribunal, les **conditions matérielles d'accueil** sont rarement adaptées et ne présentent pas toujours des conditions de sécurité suffisantes. En l'absence de salle d'attente dédiée, les malades patientent ainsi à côté de prévenus ou de gardés à vue souvent menottés ou encadrés par les forces de l'ordre, et ce pour des durées parfois très longues. Force est de constater que cette expérience peut se révéler traumatisante pour le patient alors même que le juge intervient dans son intérêt, afin de contrôler la mesure de soins sans consentement dont il fait l'objet.

Vos rapporteurs considèrent en conséquence qu'**il faut généraliser le plus possible la pratique des audiences à l'hôpital.**

Lors des débats parlementaires, cette question avait été abordée mais on avait craint alors une censure du Conseil constitutionnel, dans la lignée de sa décision dans le cadre de la loi d'orientation et de programmation dans la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI 2)⁽¹⁾. Aujourd'hui, après avoir assisté à des audiences dans un établissement de santé et au tribunal, vos rapporteurs considèrent qu'il faut être volontariste sur cette question et demander aux juges de se déplacer. C'est un point de vue largement partagé par les acteurs de la psychiatrie, mais aussi par de nombreux magistrats, et par le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Ce dernier estime en effet que si le tribunal symbolise, d'une manière générale, un lieu de justice neutre où se tranchent les litiges entre deux personnes, il n'en va pas de même dans le cadre du contrôle systématique des mesures de soins sans consentement, car les patients ne sont alors ni requérants ni cités à comparaître. Le palais de justice ne constitue donc pas à ses yeux un lieu adapté à ce type d'audiences.

A contrario, l'exemple d'Argenteuil démontre que **la tenue des audiences à l'hôpital est non seulement matériellement faisable**, sans être plus chronophage qu'une audience au tribunal⁽²⁾, mais qu'**elle est surtout éminemment préférable d'un point de vue humain à tout autre type d'audience**. Il en va du respect de la **dignité des patients**.

Proposition n° 2 : généraliser la tenue des audiences à l'hôpital.

(1) 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. Pour plus de détails, voir le rapport n° 3445 fait sur le projet de loi modifié par le Sénat à l'occasion de l'examen du texte en deuxième lecture par l'Assemblée nationale.

(2) Si l'on excepte le temps de transport, l'audience à l'hôpital pourrait même être considérée comme un gain de temps dans la mesure où il y a beaucoup moins d'attente qu'au tribunal entre les dossiers et où le délibéré et la notification du jugement ont lieu dans la foulée de l'audience : quand le juge et le greffier quittent l'établissement, l'ensemble des formalités liées à l'audience ont été remplies. Quant au transport du magistrat et du greffier, il peut être pris en charge par les établissements de santé.

• La publicité des débats

Dans le même ordre d'idée, les juges doivent être encouragés à tenir audience en **chambre du conseil** (huis clos), seule solution conforme au respect de la vie privée des patients. Ce n'est pas toujours le cas aujourd'hui.

Proposition n° 3 : privilégier la tenue des audiences en chambre du conseil.

Par ailleurs, si le principe du débat contradictoire doit certes prévaloir, son application doit être adaptée aux cas des personnes malades et ne pas impliquer une transparence totale sur tous les détails médicaux si cette révélation doit nuire au malade. Ainsi, la lecture *in extenso* à l'audience des certificats médicaux figurant dans le dossier médical paraît contre-indiquée. La question du **respect du secret médical** doit en effet être posée, y compris d'ailleurs dans le cadre d'une audience en chambre du conseil. Il convient à cet égard de questionner les dispositions de la circulaire du ministère de la justice du 21 juillet 2011 qui précise que, dans le cas où le patient n'aurait pas eu accès aux pièces du dossier, y compris en raison de son refus de se plier aux conditions prévues par l'article L. 1111-7, il appartient alors au juge de lui en donner connaissance à l'audience.

Une réflexion devrait également être initiée, du côté des médecins, sur le **contenu des certificats et avis destinés au juge des libertés et de la détention**, tant du point de vue du respect du secret médical que de l'**utilité de l'information transmise au juge**. Un diagnostic rédigé dans un vocabulaire d'initiés est sans doute moins intéressant pour ce dernier qu'un descriptif des troubles du comportement du patient. Il convient également que les médecins soient attentifs aux **motivations** de leurs certificats, notamment dans certains cas particuliers. Le décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 prévoit d'ailleurs que « *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.* ». Dans le même ordre d'idée, il conviendrait également que, dans les cas d'admission en soins pour péril imminent (absence de tiers) ou sur demande d'un tiers en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (un seul certificat), la motivation corresponde aux circonstances ayant conduit à mettre en œuvre ces procédures d'admission spécifiques.

• La visioconférence

Bien que certains tribunaux aient exclusivement recours à la visioconférence pour tenir audience (c'est notamment le cas à Meaux ou à Tarbes), il semble que l'utilisation de ce medium soit encore peu répandue dans les tribunaux. Outre le fait que cette solution apparaît comme **moins satisfaisante qu'un contact direct avec le justiciable**, cette procédure, fait l'objet, d'après l'Union syndicale des magistrats, de nombreuses contre-indications médicales,

avérées ou systématiques ⁽¹⁾. Rappelons également que le contrôleur général des lieux de privation de liberté y est lui-même très opposé.

Il ne faut pas non plus négliger les explications d'ordre matériel : des problèmes techniques ou des raisons liées au coût des investissements nécessaires pouvant également entrer en ligne de compte. Il semblerait ainsi que les établissements de santé n'aient pas toujours été équipés avec du matériel permettant de répondre aux **standards interministériels de sécurité** en matière de réseaux. La circulaire n° DGOS/R4/2011/312 indique à cet égard qu'un groupe de travail a été mis en place auprès de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) afin de spécifier les modalités d'acquisition, de mise en service et d'exploitation d'un système de visioconférence cohérent avec les spécifications techniques du ministère de la justice et des libertés. Toutefois, d'après les informations dont disposent vos rapporteurs, instruction aurait été donnée au niveau de la chancellerie d'accepter quelques assouplissements du cahier des charges techniques de la visioconférence afin de permettre un développement plus effectif de ce type d'audiences.

Si vos rapporteurs ne sont pas de fervents supporters de la visioconférence, ils considèrent néanmoins que ce dispositif a, à tout le moins, le mérite de **permettre au patient d'être entendu**, conformément à la loi. Comment considérer en effet que l'audience respecte le principe du contradictoire lorsqu'aucun motif médical ne s'oppose au transport effectif du patient au tribunal mais que celui-ci n'est pourtant pas entendu par le juge ? La visioconférence permet de pallier cet écueil.

Plus généralement, la seule solution viable consiste en une coopération accrue entre l'ensemble des acteurs des soins sans consentement. Il apparaît à cet égard anormal à vos rapporteurs que **seules 37 % des juridictions aient établi des protocoles en vue de l'organisation des audiences** avec les établissements psychiatriques situés dans leur ressort. Ces protocoles doivent être généralisés de façon à permettre aux patients d'être systématiquement entendus par le juge, lorsque leur état le permet, de préférence à l'hôpital, mais si besoin, en organisant son transport au tribunal (y compris sous escorte) ou le transport du juge à l'hôpital, ou par le biais de la visioconférence.

Proposition n° 4 : rendre obligatoire la signature de protocoles entre les juridictions, les établissements psychiatriques situés dans leur ressort et, le cas échéant, les services préfectoraux prévoyant les modalités d'organisation des audiences.

(1) Dans certains hôpitaux, 100 % des certificats médicaux font état d'une contre-indication, ce qui semble indiquer une volonté claire de détournement de la loi.

• Le rôle de l’avocat

D’après les statistiques du ministère de la justice, l’assistance d’un avocat est quasi-systématique : elle intervient au titre de l’aide juridictionnelle dans 87 % des cas. L’Union syndicale des magistrats a toutefois constaté qu’Outre-Mer, la présence de l’avocat apparaissait plus rare qu’en métropole.

Le bref délai de convocation empêche cependant bien souvent l’avocat de prendre connaissance du dossier et, surtout, ne lui permet pas de s’entretenir avec son client en amont. Dans certains cas, où les audiences ont lieu au tribunal et où le patient n’est pas présent, l’avocat peut n’avoir eu **aucun contact** avec son client. Ainsi, dans le cas des audiences auxquelles vos rapporteurs ont assisté au tribunal de grande instance de Créteil, l’avocat avait, dans le meilleur des cas, pu s’entretenir avec certains de ses clients par visioconférence. Dans cette situation, le rôle de l’avocat apparaît très limité. Certains barreaux, dont celui du Val de Marne, ont d’ailleurs protesté contre cette situation⁽¹⁾. Or, outre le fait que le déplacement de l’avocat commis d’office à l’hôpital n’est pas défrayé, en l’absence de permanence dédiée, l’avocat est à la fois de permanence au pénal et pour les soins sans consentement : il ne peut donc pas s’absenter du tribunal.

Les conditions d’intervention des avocats dans le cadre du contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins sans consentement sont donc aujourd’hui très difficiles. Leur mission, dont l’étendue et les modalités devraient en outre être mieux définies, s’en trouve affectée. Il conviendrait donc de réfléchir plus avant à la place de l’avocat dans cette procédure.

Proposition n° 5 : préciser, en concertation avec les barreaux, le rôle de l’avocat dans le cadre des recours de plein droit sur les mesures de soins sans consentement.

3) Les décisions de jugement

Sur le fond des jugements, il semblerait qu’il y ait encore un débat pour savoir si le juge doit intervenir uniquement sur la forme – vérifier si tous les certificats ont bien été produits – ou sur le fond, c’est-à-dire sur l’appréciation de l’atteinte portée à la liberté d’aller et venir. Les termes utilisés par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010 et repris à l’article L. 3211-3 du code de la santé publique sont pourtant clairs : « *les restrictions à l’exercice des libertés individuelles* [d’une personne en soins psychiatriques sans consentement] *doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à [l’] état mental* [du patient] *et à la mise en œuvre du traitement requis*. ». Le juge, sans avoir besoin de se muer en psychiatre, ou en préfet, est donc fondé à apprécier l’ensemble de ces éléments.

(1) Motion votée par le Conseil de l’Ordre du barreau du Val de Marne portant refus de représenter les patients absents.

À cet égard, force est de constater que les juges ne semblent pas abuser du pouvoir qui leur a été octroyé d'ordonner la mainlevée des mesures d'hospitalisation complètes. 80 % des décisions rendues confirment en effet le maintien en soins du patient.

Il reste cependant un taux **de 6 à 7 % de mainlevées** ⁽¹⁾ dont il serait nécessaire de connaître les fondements, afin d'améliorer les pratiques. Vos rapporteurs ont ainsi eu connaissance de cas de patients hospitalisés sur décision du représentant de l'État, considérés comme potentiellement dangereux et séjournant en unité pour malades difficiles, où la mainlevée a dû être prononcée faute de saisine dans les délais par le préfet, cette décision débouchant ensuite sur une nouvelle mesure d'admission en soins en hospitalisation complète, sur un fondement juridique discutable, pour des questions de sécurité. Dans d'autres cas, un directeur d'établissement a dû susciter une saisine d'office du juge des libertés et de la détention destinée à couvrir l'absence de saisine systématique à six mois par le préfet et permettre le maintien en hospitalisation complète là où une stricte application de la loi aurait *a priori* imposé la mainlevée de la mesure. Vos rapporteurs ne peuvent en conséquence qu'appeler à une vigilance extrême sur l'importance du respect de la procédure judiciaire.

En conclusion, ils tiennent également à souligner que, eu égard à l'importance prise par le contentieux des soins sans consentement et face aux bouleversements engendrés par l'intervention du juge, il leur paraît inévitable, à terme, que le Gouvernement initie une **réflexion sur l'organisation territoriale de la mission de service public d'accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement**, notamment en lien avec l'organisation judiciaire. Cette réflexion devra en outre s'inscrire dans une **réflexion plus globale sur l'organisation de la psychiatrie en France**, qu'appelle d'ailleurs de leurs vœux l'ensemble des acteurs du secteur. Reste à déterminer la forme que pourrait prendre cette réflexion (mission confiée à l'inspection générale des affaires sociales ? « Grenelle » de la psychiatrie ?) et son articulation avec le futur « plan Psychiatrie et Santé mentale ».

Proposition n° 6 : lancer une réflexion sur l'organisation territoriale de la mission de service public d'accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement s'inscrivant dans une réflexion plus globale sur l'organisation de la psychiatrie en France.

C. LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS SANS CONSENTEMENT

S'agissant des nouvelles modalités de soins sans consentement, la période de six mois qui vient de s'écouler paraît un peu courte pour juger de la pertinence des nouvelles modalités d'admission en soins (notamment en cas de péril imminent) ou de la mise en œuvre effective des programmes de soins. Il est en

(1) À noter que le solde, soit environ 12 % des jugements, correspond à des décisions de procédure (irrecevabilité, non lieu à statuer, désistement, radiation, caducité, rectification d'erreur matérielle, etc.).

effet encore trop tôt pour dire si la loi a entraîné une réelle modification de la pratique psychiatrique.

En revanche, plusieurs écueils ont été portés à la connaissance de vos rapporteurs, qu'ils souhaitent brièvement signaler ici.

1) L'admission et le maintien en soins

Les conditions d'admission en soins font désormais l'objet de dispositions spécifiques lorsque le patient est tout d'abord pris en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public d'accueil en soins sans consentement ou dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital (article L. 3211-2-3). Le ministère de la santé a apporté un certain nombre de précisions sur ce cas de figure dans sa circulaire du 29 juillet 2011 (*voir ci-après*), ainsi que dans le cadre de la « foire aux questions » précédemment mentionnée.

Une difficulté cependant demeure : lorsque le service d'accueil des urgences et l'établissement d'accueil du patient font partie du même groupe hospitalier, le médecin du service des urgences ne peut pas établir le premier certificat médical requis dans le cadre d'une mesure de soins sur demande d'un tiers, car il est alors considéré comme un médecin de l'établissement d'accueil⁽¹⁾. Cette situation semble poser de nombreux problèmes (tentative pour joindre un médecin généraliste, recours à SOS Médecins, etc.).

Il semblerait par ailleurs que la notion de « **psychiatre participant / ne participant pas à la prise en charge du patient** » suscite des difficultés d'interprétation, en particulier pour l'établissement des certificats médicaux. Certains juges auraient en effet une conception extensive de cette notion, y incluant tout psychiatre ayant eu affaire au patient concerné au cours de son hospitalisation. Une définition plus précise du psychiatre « chef de file » du suivi du patient pourrait donc être la bienvenue. On notera à cet égard que l'article R. 3211-2 fait référence, s'agissant de la composition du collège mentionné à l'article L. 3211-9, au « **psychiatre responsable à titre principal du patient dont la situation est examinée** ». Cette formule pourrait être généralisée en distinguant les cas où l'on vise simplement « *un psychiatre participant à la prise en charge du patient* » et ceux où il s'agit bien du « **psychiatre responsable à titre principal** ».

(1) Aux termes de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique, « le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ».

Les précisions de la circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011

Le cas où un patient est soigné dans un service d'urgence dans le cadre d'une admission en soins psychiatriques est traité à l'article L. 3211-2-3. Il y est précisé qu'un transfert dans un délai de 48 heures dans un établissement de santé habilité à le traiter sur le plan psychiatrique doit être effectué et que la date de début de prise en charge détermine le début de la période d'observation et de soins initiale.

Il est important de fixer la date de début de la prise en charge avec précision, car cette date permet de déterminer les délais, tant en ce qui concerne la saisine du juge des libertés et de la détention, que la rédaction des certificats médicaux.

Le début de la prise en charge coïncide avec la date et l'heure d'admission lorsque le patient est admis dans un établissement de santé, autorisé en psychiatrie et exerçant la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, sans passer préalablement par une unité de médecine d'urgence.

Lorsque le patient est admis dans une unité de médecine d'urgence, deux cas peuvent se produire :

- si le patient arrive aux urgences pour la prise en charge psychiatrique (cas par exemple d'un certificat médical déjà effectué) : le début de la prise en charge est l'heure d'admission aux urgences ;

- si le patient arrive aux urgences mais que la nécessité d'une prise en charge psychiatrique n'est avérée que secondairement : le début de la prise en charge est acté par le premier certificat du psychiatre, qui doit donc être horodaté.

Le début de prise en charge, ainsi défini, est celui qui sera pris en compte pour déterminer les délais de saisine du juge et de rédaction des certificats médicaux.

Plusieurs certificats médicaux doivent être établis concernant les patients en soins psychiatriques sans leur consentement. Ces certificats initiaux ne doivent pas être rédigés par un médecin de l'établissement d'accueil, c'est-à-dire de l'établissement qui va prononcer l'admission en soins psychiatriques, à l'exception des cas d'urgence pour les soins sur demande d'un tiers, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (art. L. 3212-3). Un médecin des urgences peut donc, si besoin, rédiger ce certificat initial.

Après l'admission sont rédigés un certificat dans les 24, puis les 72 premières heures. Si le passage du patient aux urgences est supérieur à 24 heures, en application de l'article L. 3211-2-3, le certificat de 24 heures pourra être établi par le psychiatre du service des urgences qui a assuré sa prise en charge, dès lors que celui-ci n'a pas rédigé le certificat initial.

Dans le cas où l'état de santé somatique du patient empêche **son transfert dans le délai de 48 heures** dans un établissement exerçant la mission de service public de soins psychiatriques sans consentement, les conditions d'application de l'article L. 3211-2-3 ne sont pas remplies et la décision d'admission en soins psychiatriques ne peut être prise. Il convient d'attendre que l'état somatique du patient permette de relancer une nouvelle procédure.

2) Le nombre de certificats médicaux

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, même si ces derniers sont loin d'être d'accord sur la ou les certificats à supprimer. Il semblerait à cet égard que les avis se partagent équitablement entre le certificat de 72 heures et celui de huitaine.

Peut-être la constitution d'un groupe de travail permettrait-elle d'avancer sur cette question ?

Proposition n° 7 : constituer un groupe de travail sur les certificats médicaux en vue de proposer une réduction de leur nombre compatible avec le respect des droits des patients.

3) Les sorties de courte durée non accompagnées

Avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, des **sorties dites « thérapeutiques »**, consistant aussi bien en une sortie quotidienne d'une demi-heure qu'en une sortie d'une journée complète toutes les semaines, pouvaient être mises en œuvre sous le régime des sorties d'essai. Or, il apparaît qu'il n'existe plus aujourd'hui **aucun cadre juridique** pour mettre en œuvre ces sorties de courte durée non accompagnées, récurrentes ou non, dans le cadre d'une hospitalisation complète.

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 ; les possibilités de sortie dans ce cadre ont d'ailleurs été élargies par la loi qui permet désormais qu'elles aient lieu, non seulement en présence d'un membre du personnel soignant, mais aussi avec un membre de la famille du patient ou encore la personne de confiance désignée par lui (article L. 3211-11-1) ;

– 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. Il y précise alors que le patient sera pris en charge à temps complet dans l'établissement de santé de telle date à telle date avec un séjour dans sa famille ou à son domicile dans telles conditions (il précise les dates et l'adresse) et réintégré dans l'établissement de santé à telles et telles dates. Il s'agit là du cas le plus simple.

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 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 !

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, vos rapporteurs estiment qu'elles doivent pouvoir de nouveau être mises en œuvre sans recourir à un programme de soins. Une modification législative devrait ainsi vraisemblablement être envisagée afin de permettre aux patients en hospitalisation complète de bénéficier de sorties de très courte durée dans le cadre de ce que l'on pourrait appeler un « programme de soins hospitalier », préalable, ou non, à l'élaboration d'un programme de soins dans le cadre d'une prise en charge extrahospitalière.

<p>Proposition n° 8 : prévoir la possibilité pour les patients en hospitalisation complète de bénéficier de sorties thérapeutiques de très courte durée.</p>

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission des affaires sociales entend, en audition ouverte à la presse, Mme Nora Berra, secrétaire d'État à la santé, sur la mise en œuvre de 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 au cours de sa deuxième séance du mercredi 22 février 2012.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous entendons aujourd'hui Mme Nora Berra, secrétaire d'État à la santé, sur la mise en œuvre de 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. Comme de coutume, je donnerai d'abord la parole à nos deux rapporteurs, Guy Lefrand et Serge Blisko, puis à Mme la ministre. Nous engagerons ensuite le débat avec nos collègues qui le souhaitent.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Nous interviendrons conjointement, Serge Blisko et moi-même, pour vous faire part de nos remarques sur la mise en œuvre de la loi. Au-delà de certains désaccords, au demeurant peu nombreux, exprimés lors des débats parlementaires, nous nous retrouvons en effet sur l'ensemble des constats du rapport que nous vous présentons.

Nous souhaitons d'abord vous remercier, madame la ministre, de même que les services de votre ministère et ceux des établissements de santé et des agences régionales de santé (ARS), mais aussi du ministère de la justice et du ministère de l'intérieur ainsi, bien sûr, que les magistrats, pour leur mobilisation exemplaire au moment de l'entrée en vigueur de la loi, dans un contexte rendu difficile par les délais imposés par le Conseil constitutionnel.

La catastrophe redoutée n'a pas eu lieu : en dépit de quelques ratés, les saisines du juge des libertés et de la détention (JLD) ont, dans l'ensemble, pu être réalisées dans les délais prescrits par la loi et les juges ont pu se prononcer sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement dès le 1^{er} août 2011.

Outre les décrets d'application, qui ont été publiés avant la fin du mois de juillet, la mise en œuvre de la loi s'est accompagnée de plusieurs circulaires comportant des fiches techniques et des documents types destinés à aider les différents acteurs à répondre aux exigences du texte, et notamment à faciliter les échanges entre administrations et à préciser les modalités de décompte des délais pour la saisine du juge ou la production des certificats médicaux. La « foire aux questions » ouverte sur le site internet du ministère a également permis de répondre, quasiment en temps réel, aux questions concrètes que se posaient les professionnels.

Le passage du cap du 1^{er} août 2011 n'était pas gagné d'avance, étant donné la complexité du texte, l'opposition proclamée de certains acteurs à ses dispositions et le faible délai de préparation et de concertation laissé aux

établissements de santé et aux tribunaux de grande instance pour mettre en place des coopérations efficaces – le tout au cœur des congés d'été. La mobilisation collective dont vous avez été un acteur majeur, madame la ministre, fut donc payante.

M. Serge Blisko, rapporteur. Cette réussite ne doit pas oblitérer la nécessité d'attribuer des moyens nouveaux aux établissements de santé et aux tribunaux pour leur permettre de faire face à leurs nouvelles missions. L'étude d'impact de la loi avait établi des chiffrages en ce sens : ils doivent être respectés. Nous déplorons que les recrutements exceptionnels de magistrats envisagés n'aient pu être entièrement menés à bien et qu'il soit question de ne pas recruter de nouveaux greffiers – ce qui ne serait pas réaliste. Certains de nos interlocuteurs craignent désormais que le premier choc de la réforme ayant été absorbé, le Gouvernement ne finisse par considérer que celle-ci peut s'appliquer à moyens constants, ce qui serait un mauvais signal pour tous ceux qui ont œuvré et œuvrent encore, dans des conditions difficiles, à l'application de la loi – nous avons pu le constater sur le terrain.

Les textes d'application ont été publiés très rapidement, à l'exception du décret en Conseil d'État prévu à l'article L. 3222-1-2 du code de la santé publique relatif aux conventions visant à assurer le suivi et à favoriser la réinsertion sociale des personnes bénéficiant de soins psychiatriques sans consentement hors hospitalisation complète. Un premier projet de texte a été soumis à consultation, puis abandonné ; une nouvelle version a été élaborée. Où en est ce décret ? Pouvez-vous nous en dire plus sur son contenu ?

Nous nous interrogeons par ailleurs sur les dispositions de l'article R. 3211-1 du code de la santé publique, issu du décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011, qui donnent au préfet la possibilité de prendre un nouvel arrêté lorsque le psychiatre propose une modification dite « *substantielle* » du programme de soins : comment cette compétence sera-t-elle exercée concrètement par les préfets ? Il s'agit là d'une question complexe.

Les articles 11 et 12 de la loi demandaient au Gouvernement de déposer deux rapports sur le bureau des Assemblées : le premier, dans un délai de douze mois, sur l'état de la recherche médicale française en psychiatrie, et le second, dans un délai de six mois, sur l'évolution du statut et des modalités de fonctionnement de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris (I3P). Le délai de six mois ayant expiré, nous souhaiterions connaître le contenu de ce rapport et ses principales préconisations.

Bien qu'il ne figure pas dans la loi, il a beaucoup été question lors des débats parlementaires du futur plan de santé mentale, rendu public – si je ne me trompe – le 26 janvier dernier. Que prévoit-il en termes d'accompagnement de la mise en œuvre de la loi ? Au-delà de la question des soins sans consentement, une réflexion globale sur l'organisation de la psychiatrie en France reste indispensable.

Dans quelle mesure ce plan y contribue-t-il ? Est-il une première étape avant la grande loi sur la santé mentale que nous attendons ?

M. Guy Lefrand, rapporteur. J'en viens à nos observations concrètes sur les six premiers mois de mise en œuvre de la loi. Sans surprise, une grande partie d'entre elles concerne les audiences devant le juge des libertés et de la détention sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement.

Si le débat sur l'opportunité de l'intervention du juge judiciaire semble désormais apaisé, des représentants de psychiatres ayant même reconnu lors des auditions qu'elle pouvait être bénéfique au processus de soins, des questions subsistent sur les conditions dans lesquelles le juge est conduit à intervenir.

Selon les statistiques dressées par le ministère de la justice au bout de trois mois d'application de la loi, qui figurent dans le rapport, et les premiers éléments des enquêtes à six mois, qui ne sont pas encore complètement dépouillées, le nombre de saisines et de jugements rendus correspond aux extrapolations réalisées dans le cadre de l'étude d'impact – dont nous saluons à nouveau la qualité. Nous constatons néanmoins encore un certain nombre de saisines tardives – c'est-à-dire entre le douzième et le quinzième jour à compter de l'admission ou dans la dernière semaine précédant la période de six mois – ainsi que de saisines hors délai – au-delà du quinzième jour ou du sixième mois. Les directeurs d'établissements de santé et les agences régionales de santé, pour le compte des préfets, doivent être vigilants sur ce point, car les conséquences d'une saisine tardive ou hors délai sont très graves : la mainlevée de la mesure de soins est alors acquise sans qu'il soit statué au fond. Toujours selon les statistiques du ministère de la justice, il y aurait ainsi eu dans les trois premiers mois de la réforme 6 à 7 % de mainlevées prononcées par le juge. Nous ignorons malheureusement les proportions respectives de mainlevées pour des raisons de forme et pour des motifs de fond. Cela met en lumière les difficultés de fonctionnement de certaines agences régionales de santé. Beaucoup de saisines hors délai semblent ainsi liées au fait que les agences et les préfets peinent à saisir le juge dans les délais.

J'en viens au déroulement des audiences. Entre le mois d'août et le mois d'octobre, près de 65 % des audiences ont eu lieu au siège du tribunal de grande instance. Le chiffre à six mois serait hélas plutôt de l'ordre de 70 %, les audiences en visioconférence passant de 8 % à trois mois à 6 % à six mois. Le reliquat – soit environ le quart des audiences – correspond à des audiences foraines – sur le lieu d'hospitalisation.

La loi prévoit que le patient est entendu par le juge. Or, lorsque l'audience a lieu au tribunal de grande instance, les patients ne sont pas toujours transportés pour y participer, soit qu'un certificat médical précise que leur état ne leur permet pas d'être entendus, que ce motif soit fondé ou qu'il constitue un prétexte à une impossibilité matérielle ou de principe au déplacement, soit que le transport n'ait pu être organisé. Notre collègue Véronique Besse a ainsi évoqué les difficultés rencontrées à l'hôpital Georges Mazurelle de la Roche-sur-Yon.

Le patient est alors représenté par un avocat, choisi ou commis d'office – dans 90 % des cas –, qui n'a pas toujours la possibilité de s'entretenir avec lui avant l'audience, sauf lorsque des moyens de télécommunication audiovisuelle ont été installés au tribunal.

Lorsque les patients sont transportés au tribunal, leurs conditions matérielles d'accueil sont rarement adaptées : les malades patientent ainsi à côté de prévenus ou de détenus parfois menottés et encadrés par les forces de l'ordre, pour des durées qui peuvent être très longues. Nous avons vu des patients attendre dans des couloirs en mezzanine d'où ils pourraient facilement se jeter ! Cela peut expliquer les contournements de la loi auxquels on assiste parfois – sorties le quatorzième jour suivant l'admission, juste avant l'intervention du juge, refus de convocation au tribunal...

La situation est cependant contrastée. Dans le ressort de certains tribunaux, seule la visioconférence est utilisée, ni le juge ni l'établissement de santé n'ayant les moyens d'organiser un déplacement ; dans d'autres, les contacts pris très en amont du vote de la loi et la volonté de coopération des établissements de santé et des juges ont permis de prévoir un déplacement systématique du juge à l'hôpital.

Nous constatons néanmoins une certaine réticence du ministère de la justice et des chefs de juridiction à organiser les audiences hors les murs du tribunal. Le cahier des charges immobilier annexé à la circulaire de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 29 juillet 2011 pour les salles d'audience installées sur l'emprise des établissements de santé témoigne d'ailleurs d'exigences disproportionnées, la Chancellerie réclamant davantage, pour tenir des audiences foraines, que ce qui existe dans les tribunaux.

Nous considérons pour notre part qu'il faut généraliser le plus possible la pratique des audiences à l'hôpital. Cette question a été abordée lors des débats parlementaires, mais nous redoutions une censure du Conseil constitutionnel, dans la ligne de sa décision sur la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure (LOPPSI) 2. Pour avoir assisté à des audiences dans un établissement de santé et au tribunal, nous estimons qu'il faut être volontariste sur ce point et demander aux juges de se déplacer. Il en va du respect et de la dignité des patients.

Dans le même ordre d'idées, les juges doivent être encouragés à tenir audience en chambre du conseil, c'est-à-dire hors de la présence du public. Mais la question du respect du secret médical, y compris dans ce cadre, doit être posée : si le principe du débat contradictoire est important, il n'implique pas nécessairement la lecture *in extenso* des certificats médicaux à l'audience. À cet égard, une réflexion devrait être initiée chez les médecins sur le contenu des certificats et avis destinés au juge, tant du point de vue du respect du secret médical que de celui de l'utilité de l'information transmise : un diagnostic rédigé dans un vocabulaire d'initiés est sans doute moins intéressant pour ce dernier qu'un descriptif des

troubles du comportement du patient. Bref, il faudra sans doute apprendre aux médecins à faire la distinction entre un certificat diagnostique descriptif et un certificat de type comportementaliste.

M. Serge Blisko, rapporteur. Des difficultés pratiques nous ont également été signalées s'agissant de la mise en œuvre des nouvelles modalités de soins psychiatriques.

Il s'agit d'abord de l'absence de cadre juridique pour mettre en œuvre des sorties de courte durée non accompagnées, récurrentes ou non, dans le cadre d'une hospitalisation complète. En psychiatrie, le patient peut être autorisé au bout de quelques jours ou de quelques semaines à aller prendre un café ou acheter un paquet de cigarettes ; cela fait partie du processus thérapeutique. Avant l'entrée en vigueur de la loi, ces sorties dites thérapeutiques – qui peuvent consister aussi bien en une sortie quotidienne d'une demi-heure qu'en une sortie d'une journée complète toutes les semaines, par exemple pour déjeuner en famille – pouvaient être mises en œuvre sous le régime des sorties d'essai.

Or la loi du 5 juillet 2011 ne prévoit plus désormais, dans le cadre des hospitalisations complètes, que des sorties accompagnées de courte durée, par exemple pour pratiquer un sport ou une activité culturelle, la seule alternative consistant en l'établissement d'un programme de soins dans le cadre d'une prise en charge hors hospitalisation complète. Se pose dès lors la question du statut juridique des sorties dites thérapeutiques, qui restent une soupape des traitements et un facteur de ré-autonomisation pour la plupart des patients.

Cet écueil a conduit les établissements de santé à poser un certain nombre de questions concrètes, notamment dans le cadre de la « foire aux questions » organisée par le ministère. Ces questions administratives engagent en effet lourdement la responsabilité de l'établissement et de l'équipe soignante. Faut-il faire un programme de soins à chaque sortie non accompagnée ? Faut-il modifier la prise en charge d'un patient et passer d'une hospitalisation complète – 24 heures sur 24 – à une hospitalisation de 23 heures sur 24, pour lui permettre simplement de faire une course ou d'effectuer une démarche administrative ? Si des réponses claires ont déjà été apportées, des questions d'application continuent à se poser sur le terrain.

Voici en effet ce qu'on peut lire comme réponse dans la « foire aux questions » en cas de sortie « non programmée », c'est-à-dire non comprise dans un programme de soins préexistant : que cette sortie soit exceptionnelle ou répétée, elle nécessite l'établissement d'un programme de soins *ad hoc*, suivi d'une ré-hospitalisation du patient à son retour, impliquant une relance à zéro de la procédure d'admission et une nouvelle saisine du juge à J15 ! Ce dispositif, juridiquement fondé, apparaît en pratique totalement désincitatif et condamne concrètement le recours, pourtant habituel, à ce type de sorties. La loi ne devrait-elle pas être révisée sur ce point, madame la ministre ?

J'évoquerai maintenant la question du nombre de certificats et d'avis médicaux imposés par la loi. Cette difficulté avait été identifiée lors des débats parlementaires, mais sous la pression du Conseil constitutionnel, qui a fait de ces certificats une garantie pour les droits des patients, leur nombre n'a pu être réduit. Il n'y a pas lieu de discuter de leur fondement : les certificats constituent depuis 1838 une indispensable barrière de sécurité pour éviter les hospitalisations indues ou les situations incontrôlables. Les psychiatres français sont d'ailleurs habitués tant à établir de nombreux certificats qu'à les faire valider par un confrère. Mais il faut raison garder : les certificats sont très nombreux, mais il est difficile de savoir lesquels sont superfétatoires.

Je reviens par ailleurs sur leur contenu. Certains certificats sont totalement incompréhensibles pour les juges, malgré la qualité de la formation professionnelle qu'ils reçoivent. Néanmoins, il est délicat d'expliquer à un médecin que la tonalité de son certificat doit varier en fonction du destinataire... Il y a là une véritable difficulté, sur laquelle nous avons tenu à attirer l'attention dans notre rapport. C'est le point de fixation numéro un pour que les psychiatres adhèrent parfaitement à l'idée d'un regard judiciaire sur leur pratique. Rappelons qu'en France, le monde de la psychiatrie est très médical. Ce n'est pas le cas dans d'autres pays, notamment les pays germaniques, où le juge est présent dès le début de la procédure. Nous avons refusé cette approche qui n'est pas dans les habitudes françaises. Même à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris, c'est au médecin que revient la vraie décision – et c'est heureux.

Nous n'avons donc pas trouvé de « solution miracle » à l'issue des auditions sur le ou les certificats qui pourraient être supprimés : les avis balancent entre celui de 72 heures et celui de huitaine. Peut-être la constitution d'un groupe de travail permettrait-elle d'avancer sur cette question.

Beaucoup a été fait pour que la réforme soit mise en œuvre le mieux possible. L'application de la loi reste toutefois très inégale selon les territoires. Chaque territoire, voire chaque établissement, a en effet sa manière de l'interpréter. En outre, la carte des établissements de santé recevant des personnes en hospitalisation sous contrainte et celle des tribunaux ne coïncide absolument pas, des établissements importants pouvant être situés dans le ressort de très petits tribunaux. Nous citons dans le rapport l'hôpital de Clermont de l'Oise, qui dépend du tribunal de grande instance de Beauvais – lequel ne comporte que deux chambres. Cette inégalité territoriale pose de nombreux problèmes, dont la solution dépend de la bonne volonté des acteurs locaux et de leur degré de coopération, mais aussi des moyens dont ils disposent pour remplir leurs nouvelles missions.

Nous ne doutons donc pas que le Gouvernement utilise tous les leviers d'action à sa disposition pour améliorer la mise en œuvre de ce texte, dans le sens des huit recommandations que nous formulons dans notre rapport.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État à la santé. Le travail a été dense, puisqu'il a dû être conduit dans le court délai qui nous était imparti par le Conseil constitutionnel. Il a permis d'aboutir à une révision de la loi de 1990 qui était nécessaire pour assurer le respect de la dignité des patients et offrir une nouvelle alternative de prise en charge. Les décrets d'application ont été publiés sitôt la loi promulguée, et nous nous sommes efforcés d'apporter tout notre concours à la mise en œuvre de la loi. La « foire aux questions » était un outil indispensable, tant la situation des territoires et la sensibilité des différents acteurs sur le sujet sont contrastées. Il était donc impératif de répondre très rapidement à leurs difficultés.

L'avancée majeure de la loi réside dans ce travail transversal entre deux mondes. L'intervention du monde de la justice dans celui de la santé est en effet une véritable novation : ils n'avaient jusqu'à présent jamais eu l'occasion de coopérer dans l'intérêt des patients. Cette évolution s'est certes opérée de façon contrastée, mais la volonté de faire un pas l'un vers l'autre était perceptible. Cette acculturation se poursuit aujourd'hui.

Le délai était court ; nous avons tous travaillé dans l'urgence. Néanmoins, la loi a été intégrée, comprise et appliquée. C'est en tout cas ce que j'ai constaté sur le terrain, en allant à la rencontre des professionnels. Globalement, les choses se passent donc bien.

Je n'ignore cependant pas qu'il subsiste des difficultés, auxquelles la montée en charge du dispositif de la loi devrait nous permettre d'apporter des réponses.

S'agissant des moyens mis en œuvre par la justice, monsieur Blisko, je suis en mesure de vous indiquer que le projet de première circulaire de la campagne 2012 prévoit des crédits de dotation annuelle de fonctionnement à hauteur de 6,72 millions d'euros pour l'installation de la visioconférence et du réseau et de 10,23 millions d'euros pour les personnels assurant l'accompagnement des patients aux audiences. Des financements sont également prévus, à hauteur de 100 000 euros, pour les quatre cliniques privées assurant des soins sans consentement.

270 postes seront ouverts au concours de l'École nationale de la magistrature en 2012. L'impact de la réforme est pris en compte dans la localisation annuelle des emplois de magistrats et de greffiers. Les juridictions rencontrant des difficultés particulières seront donc pourvues en priorité.

La loi prévoyait en effet le dépôt par le Gouvernement, dans un délai de six mois, d'un rapport sur le processus de transformation de l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris. Ce rapport n'est pas finalisé, car la concertation entre la préfecture de police, l'agence régionale de santé d'Île-de-France et l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est encore en cours. Il

s'appuiera bien évidemment sur les recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté. J'espère qu'il pourra très vite vous être transmis.

Quant au décret relatif aux conventions visant à assurer le suivi et à favoriser la réinsertion sociale des personnes bénéficiant de soins psychiatriques sans consentement hors hospitalisation complète, il est en cours d'élaboration. Nous devons éviter d'aller trop loin dans le détail, afin de laisser les acteurs libres de définir sur chaque territoire les conditions les mieux adaptées à sa situation. Le décret rappelle le dispositif de la loi et précise les éléments que doit comporter la convention – échange d'informations, indicateurs, traitement des dysfonctionnements. La concertation est en cours.

Vous avez par ailleurs évoqué la question de la modification substantielle du programme de soins et la possibilité pour le préfet de prendre un nouvel arrêté. Toute modification du programme de soins obéit à une prescription médicale ; cette indication est donc posée par le professionnel. Il peut cependant arriver que le préfet n'accepte pas cette modification. Dans ce cas de figure, c'est le programme de soins initialement prévu qui se poursuit.

J'en viens aux saisines tardives et hors délai. Compte tenu de l'entrée en vigueur rapide de la loi, chacun a dû faire au mieux. Le traitement de la période transitoire et celui des patients ayant connu plusieurs mesures successives sont souvent complexes. La loi est respectée, mais les services n'ont pas eu le temps de s'adapter pleinement à cette nouvelle donne. Je pense par exemple au logiciel dédié à la gestion des mesures, qui ne sera complètement adapté qu'en 2013. Des modifications fonctionnelles ont cependant d'ores et déjà été effectuées pour aider les agences régionales de santé. Mais dans tous les cas de figure, le critère qui prime est l'intérêt supérieur du patient. C'est dans cette optique que certains avocats ont décidé de ne pas faire appel.

Le transport des patients sur le lieu de l'audience est en effet une préoccupation des acteurs de terrain. Pour ne pas compliquer davantage la situation, les médecins doivent intégrer cette question dans l'évaluation médicale et dans leurs recommandations.

Le sujet du cadre juridique des anciennes sorties thérapeutiques de courte durée n'a pas été abordé lors des débats parlementaires. Soyons pragmatiques. Jusqu'à présent, les patients pouvaient bénéficier de « permissions » couvertes par une simple prescription médicale ou par une sortie d'essai. La loi du 5 juillet 2011 ne précise pas davantage le cadre juridique. Consigne a été donnée qu'il s'agissait d'une prescription médicale ; mais dans les situations où une contractualisation avec le patient paraît possible, on peut poser la question de la pertinence de l'hospitalisation sous contrainte. En pareil cas, l'hospitalisation libre ne devrait-elle pas être la règle ?

Le nombre des certificats médicaux est une autre préoccupation. Je rappelle qu'il répond à une demande du Conseil constitutionnel. L'intervention du

juge impose en effet une multiplicité de certificats médicaux. Nous pouvons envisager ensemble une évolution du dispositif. Peut-être une intervention plus précoce du juge permettrait-elle de réduire le nombre de ces certificats.

La « foire aux questions » s'est révélé être un bon outil d'accompagnement de la mise en œuvre de la loi. Mes services recensent donc actuellement les bonnes pratiques dans le cadre d'une circulaire qui sera prochainement diffusée.

Afin d'être davantage à l'écoute des difficultés de mise en œuvre de la loi, j'ai également décidé la création d'un comité de suivi, qui réunira l'ensemble des administrations centrales sous la houlette d'un conseiller d'État, afin de régler les questions juridiques susceptibles de se poser, et d'envisager le cas échéant des évolutions.

J'en viens enfin au plan « Psychiatrie et santé mentale ». Nous en avons parlé au cours des débats parlementaires, le cadre n'est pas celui d'une grande loi de santé mentale : d'une part, la loi du 5 juillet 2011 a révisé la loi de 1990 pour ce qui concerne les modalités de prise en charge ; d'autre part, la question de la filière de soins est intégrée à ce plan, que je présenterai en Conseil des ministres le 29 février prochain. L'objectif est de définir un cadre stratégique national, dont la lutte contre les ruptures de prise en charge constitue le fil directeur, après quoi il appartiendra aux acteurs de terrain, aux agences régionales de santé, d'en décliner les mesures les plus adaptées aux spécificités de chaque territoire, en tenant compte des projets locaux en cours.

M. Jean-Marie Rolland. Le psychiatre est tenu de transmettre au directeur de l'établissement le programme de soins – qui définit les types de soins, les lieux de leur administration et leur périodicité –, ainsi que ses modifications le cas échéant. Le représentant de l'État dans le département doit pouvoir accepter ou refuser ces modifications. Comment cela se passe-t-il ? Plus généralement, l'organisation de l'intervention du représentant de l'État dans les départements pose-t-il des problèmes aux agences régionales de santé ?

M. Michel Issindou. Je remercie les rapporteurs de ce travail très intéressant sur un sujet délicat. Il en ressort que la mise en œuvre de la loi est satisfaisante. On ne peut que s'en réjouir, s'agissant d'un texte complexe, d'abord en ce qu'il fait intervenir trois types d'acteurs : les médecins, le juge et le préfet. J'aimerais d'ailleurs que l'on précise le rôle de ce dernier : y a-t-il déjà eu des cas de désaccord avec le psychiatre, dans lesquels le juge a dû décider en dernier ressort ?

Cela a été dit, les certificats médicaux et les sorties de courte durée, encadrées mais juridiquement fragiles, posent également des problèmes. Au demeurant, c'est souvent lors de sorties de courte durée que surviennent des événements dramatiques. N'était-ce pas le cas à Grenoble il y a quelques années ? Vous l'avez dit, madame la ministre, ces malades n'ont pas vocation à rester

éternellement enfermés : s'ils se comportent correctement à l'extérieur, il faut leur donner une chance, sans se contenter de les assommer de médicaments pour les rendre moins dangereux, mais en les faisant suivre par des psychiatres. Or, on l'a dit lors de l'examen du texte, la psychiatrie publique est mal en point. Cette loi sécuritaire, décidée à la suite des événements que j'ai rappelés, a été faite dans l'urgence, alors que les patients ne peuvent être accompagnés par une psychiatrie publique de qualité.

Quant aux moyens, vous l'avez tous admis assez honnêtement, la justice s'en sort plutôt bien, mais est-ce suffisant ? On parle de faire venir le juge à l'hôpital. D'ordinaire, c'est au palais de justice que l'on juge. N'y a-t-il pas là un mélange des genres ? Si cela permet de gagner du temps, pourquoi pas ? Mais cette proposition révèle sans doute des problèmes d'organisation tant à l'hôpital que dans le monde judiciaire. Madame la ministre, le plan de recrutement de juges dont vous avez parlé permettra-t-il de les affecter spécifiquement à ces fonctions ?

Le texte a amélioré la loi de 1990, apporté quelques éléments nouveaux, mais ce n'est en rien une grande loi sur la santé mentale. Vous dites que celle-ci sera présentée en conseil des ministres le 29 février, ce qui revient à se passer de l'assentiment du Parlement en cette fin de législature.

Mme la secrétaire d'État. Il ne s'agit pas d'une loi, mais du plan « Psychiatrie et santé mentale ».

M. Michel Issindou. Il sera donc directement appliqué sans passer par le Parlement.

Mme la secrétaire d'État. Comme tous les plans de santé publique. Il y en a trente en cours.

M. Michel Issindou. Peut-être celui-ci aurait-il mérité un débat au Parlement.

Mme la secrétaire d'État. Ces plans font l'objet de débats.

M. Michel Issindou. Comment pourra-t-on organiser un débat si vous présentez le plan en conseil des ministres le 29 février ?

Mme la secrétaire d'État. Des parlementaires, des représentants de tous les groupes politiques travaillent sur le texte, avec les associations et les autres acteurs.

M. Michel Issindou. Il ne vous a sans doute pas échappé que la période est un peu particulière, madame la ministre.

Mme la secrétaire d'État. Mais les travaux sur le plan ne datent pas d'hier. Ils ont débuté dès l'adoption de la loi. Le projet est public, il a fait l'objet d'une concertation. Tout cela est parfaitement transparent.

M. Michel Issindou. Si vous le dites... Nous serons en tout cas très attentifs aux moyens que vous consacrerez à la mise en œuvre de la loi, comme à l'adéquation du plan aux attentes des professionnels du secteur.

M. Jean-Luc Prével, président. Dans mon récent rapport d'information sur la prévention sanitaire, je préconise de ramener à quatre priorités les cent objectifs quantifiés de la loi de santé publique de 2004, que tout le monde est d'accord pour simplifier. De même, les quelque trente plans qui viennent d'être évoqués devraient être coordonnés avec la loi de santé publique.

La loi du 5 juillet 2011 était nécessaire, notamment en raison de la décision du Conseil constitutionnel, qui requerrait sa mise en œuvre au 1^{er} août. Cela n'a pas été facile mais tous ont fait des efforts pour l'appliquer dans de bonnes conditions. Des problèmes n'en demeurent pas moins, que nous avons évoqués lors des débats parlementaires et que les rapporteurs viennent de rappeler.

Tout d'abord, où le juge doit-il rendre sa décision et où voit-il le patient ? Le procureur et la présidente de mon tribunal m'ont confirmé les problèmes que pose la venue du patient, évoqués par Guy Lefrand. Avant même de côtoyer longuement en salle d'attente – lorsqu'il y en a une – les autres personnes convoquées au tribunal, le patient doit y être transporté, accompagné d'une ou deux personnes au moins, alors même que l'Assurance maladie souhaite réaliser des économies sur les transports sanitaires. La solution préconisée par le rapporteur, ce qui est logique puisqu'il est médecin et membre de la commission des affaires sociales, consiste à faire venir le juge à l'hôpital. Mais cela suppose que le greffier vienne aussi, et les juges sont très occupés. M. le garde des sceaux nous avait promis qu'il débloquerait des postes...

M. Michel Issindou. Oui, il avait parlé de quatre cents postes !

M. Jean-Luc Prével, président. ... mais nous les attendons encore et je doute de toute façon qu'ils suffisent à résoudre le problème. Reste la visioconférence, peu satisfaisante et peu développée.

Le plus souvent, le juge se fonde sur les certificats médicaux car, n'étant pas médecin, il se garde d'aller contre l'avis du psychiatre. Le système est trop complexe, d'autant que les certificats requis sont trop nombreux dans un contexte de faible démographie des psychiatres. Madame la secrétaire d'État, je crois vous avoir entendu répondre à Guy Lefrand que ce problème n'avait pas été abordé lors des débats parlementaires. Nous l'avons pourtant souligné à l'époque.

La possibilité de soins en ambulatoire est l'une des nouveautés introduites par la loi. Combien de patients ont bénéficié de ce type de soins ? Et s'ils ne respectent pas leur programme de soins, qui intervient ? Le psychiatre qui les suit, le médecin traitant ? Cela ne pose-t-il pas un problème eu égard au secret médical ?

Mme Véronique Besse. Guy Lefrand a très bien posé le problème des audiences. Même si la justice manque de moyens, ne peut-on obliger le juge à venir à l'hôpital ? Lorsque les patients de l'établissement hospitalier que je préside se rendent au palais de justice, cela pose trois problèmes. D'abord, la déstabilisation des équipes puisque plusieurs agents doivent accompagner les patients tandis que d'autres restent à l'hôpital pour y assurer le bon fonctionnement des services. Ensuite, comme l'a dit Guy Lefrand, le traumatisme que peut représenter pour les patients une attente de plusieurs heures au côté de détenus menottés, et qui ne fait qu'aggraver leurs problèmes. Enfin, une surveillance renforcée est nécessaire – mais pas toujours suffisante – pour assurer la sécurité pendant le transport, puis en attendant l'audience.

M. Guy Malherbe. Je préside le conseil de surveillance de l'établissement psychiatrique de Perray-Vaucluse, que Serge Blisko connaît bien puisqu'il fait partie de la même communauté hospitalière de territoire que l'hôpital Sainte-Anne. J'ai donc pu suivre de près l'application de la loi. J'ai dû répondre aux questions des psychiatres et des autres personnels soignants, en justifiant l'intervention du juge des libertés et de la détention, qu'ils avaient du mal à comprendre, ainsi que la date d'entrée en vigueur du texte, peu commode mais requise par le Conseil constitutionnel.

Avant le nombre de certificats, le lieu des audiences est la principale préoccupation que les médecins expriment auprès du conseil de surveillance. Il faut mobiliser des personnels pour amener les patients au tribunal sans empêcher l'établissement de continuer à fonctionner. Sur place, les patients peuvent être déstabilisés par la privation de traitement pendant de longues heures et par la présence des autres personnes convoquées. En ce qui concerne l'hôpital Perray-Vaucluse, la venue du juge est en discussion. Je précise que le palais de justice n'est pas très éloigné du site de la porte de Choisy, à Paris, où des locaux ont été libérés et aménagés pour accueillir le juge. Celui-ci devait les visiter, mais je ne sais pas encore ce qu'il en est ressorti.

Mme la secrétaire d'État. Je vous remercie de vos questions et de vos remarques.

Voici, monsieur Rolland, comment on aboutit à l'arrêté modifiant le programme de soins. Le psychiatre établit une nouvelle prescription et la transmet au directeur de l'établissement, qui saisit l'agence régionale de santé, laquelle prépare le dossier destiné au préfet. Celui-ci, au vu du dossier, valide ou non la modification.

S'agissant de la question du transport, dans le cadre juridique actuel, les professionnels de santé devraient mieux intégrer cette question à l'évaluation médicale, afin d'anticiper les risques.

Faut-il rendre obligatoire l'intervention du juge dans les établissements hospitaliers ? Aujourd'hui, nous n'en avons pas les moyens. En outre, nous avons

voulu laisser aux acteurs de terrain toute liberté d'agir dans l'intérêt des patients. En la matière, les pratiques sont variables, mais l'essentiel est que le patient soit au cœur des préoccupations. Outre le transport, dont je viens de parler, je n'ignore pas les problèmes d'organisation des services hospitaliers et de sécurité, non plus que les conditions de l'audience, potentiellement traumatisantes pour les patients. Mais, ne pouvant rendre obligatoire la venue du juge, nous devons user des moyens dont nous disposons pour assouplir son intervention.

Monsieur Préel, l'inobservance du programme de soins en ambulatoire est traitée comme l'était l'échec des anciennes sorties d'essai. En d'autres termes, si le programme n'est pas respecté, le médecin en parle avec le patient, tente de comprendre pourquoi, s'efforce de réadapter les modalités de prise en charge, et, si l'état de santé du patient se dégrade, décide de l'hospitaliser à nouveau.

Monsieur Issindou, on ne recrute pas des magistrats au poste de juge des libertés et de la détention évaluant la privation de liberté des patients atteints de troubles psychiatriques : le recrutement est général, après quoi certains juges seront affectés à ces fonctions.

M. Jean-Luc Préel, président. Messieurs les rapporteurs, qu'avez-vous observé en matière de suivi en ambulatoire ? Vous n'en parlez pas dans votre rapport.

M. Serge Blisko, rapporteur. Je laisserai Guy Lefrand vous répondre sur ce point.

En ce qui concerne l'évaluation par le juge, le contrôleur général des lieux de privation de liberté nous a beaucoup éclairés. D'abord, le droit de regard de la justice sur le monde de la santé n'est pas une nouveauté. Ainsi, avant cette loi, les patients pouvaient, même s'ils le faisaient peu, saisir le juge du tribunal de grande instance lorsqu'ils étaient « détenus » contre leur gré. En outre, le procureur de la République, autorité judiciaire, était censé passer dans les hôpitaux. Enfin, depuis plusieurs années, en particulier depuis les lois relatives aux droits des malades, toute personne entrant à l'hôpital, psychiatrique ou général, peut demander à voir un avocat, conformément au règlement intérieur ou au dossier d'accueil remis aux patients. D'autre part, le juge d'instance intervient déjà dans les maisons de retraite ou dans les hôpitaux psychiatriques accueillant des personnes âgées démentes, même si c'est uniquement au titre de la protection juridique des majeurs sous tutelle.

L'intervention du juge voulue notamment par le Conseil constitutionnel est différente. Dans l'esprit de la loi, le juge ne saurait se substituer au médecin, mais ne se contente pas non plus de vérifier que les certificats médicaux sont correctement remplis. Il s'assure de la proportionnalité de la mesure de privation de liberté décidée à la demande d'un tiers ou du représentant de l'État, mesure extrêmement lourde de conséquences, notamment professionnelles et familiales. Il ne s'agit donc pas, monsieur Issindou, d'un juge qui juge, si l'on peut dire. Son

rôle est de vérifier non seulement que le dossier est bien constitué et que la saisine a eu lieu à temps, mais aussi et surtout que la liberté du patient n'est pas altérée à tort. Nous préconisons d'ailleurs une formation, à l'École nationale de la magistrature ou au fil de l'eau, pour les juges des libertés et de la détention, qui ne sont pas très nombreux et qui ont d'autres activités.

Cette réforme alourdit la charge administrative des médecins, impose beaucoup de contraintes techniques aux équipes, notamment dans les petits hôpitaux, et donne plus de travail à la justice.

M. Michel Issindou. Il faudrait donc beaucoup plus de moyens !

M. Serge Blisko, rapporteur. En effet, il faudrait bien plus de moyens humains, notamment de greffiers et de magistrats, et bien plus de matériel, sans parler des problèmes de transport.

En outre, dans l'imaginaire collectif, le tribunal est un lieu où l'on punit. Or les malades ne doivent pas être punis. D'ailleurs, ils ne comprennent pas qu'on les conduise au tribunal : « Je n'ai rien fait ! Je suis malade, je suis déprimé, j'ai peut-être dit des choses que je n'aurais pas dû dire, j'ai trop bu, mais je ne veux pas être puni ! » disent-ils.

Voilà pourquoi nous recommandons que les audiences se déroulent autant que possible dans les hôpitaux, conçus comme des lieux de soins, des lieux de repos. Elles ne se tiendraient pas dans le service où séjourne le patient, mais dans une salle aménagée à cet effet – même si, comme le disait Guy Lefrand, la Chancellerie demande des aménagements qu'elle ne requiert pas de ses propres tribunaux. Mieux vaut rapprocher la justice du malade que le malade de la justice, surtout lorsque l'on sait dans quelles conditions il est accueilli au tribunal. Je précise toutefois qu'il existe des tribunaux où les salles d'attente sont séparées. Même au palais de justice de Paris, où l'on attend dans un couloir dédié, on ne risque pas d'être reconnu par son voisin ; il n'en va pas de même dans les petites villes où tout le monde se connaît.

En somme, le juge doit pouvoir travailler dans de bonnes conditions, ce qui suppose de le former et de tenir compte du fait qu'une décision privative de liberté n'a rien d'anodin.

Le manque de moyens dévolus à la psychiatrie, le fait qu'il manque huit cents psychiatres dans le secteur public hospitalier aggrave les difficultés. Je souhaite donc une forte augmentation des crédits alloués à la psychiatrie.

Mme la secrétaire d'État. Elle est incluse dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

M. Jean-Luc Prével, président. Le plan de santé mentale y pourvoira.

M. Guy Lefrand, rapporteur. Je suis tout à fait d'accord avec mon collègue Serge Blisko. Madame la secrétaire d'État, vous avez dit que c'était l'intérêt du patient qui vous importait le plus. Nous partageons ce sentiment. Or il n'est pas dans l'intérêt du patient de se déplacer au tribunal. Les magistrats de Pontoise, qui se rendent à l'hôpital d'Argenteuil, nous ont dit eux-mêmes que ce n'était ni plus long ni plus coûteux à condition d'être bien organisé. Naturellement, on ne peut pas en dire autant de Créteil où de nombreux établissements psychiatriques sont situés dans le ressort du tribunal. Mais quand on peut le faire, la dignité du patient est respectée, conformément à l'intention du législateur.

Monsieur Rolland, les agences régionales de santé dans leur ensemble se sont donné beaucoup de mal pour que la loi soit applicable au 1^{er} août 2011. Néanmoins, on peut craindre que parfois les préfets ne se déchargent sur elles de leurs prérogatives. Les soins à la demande du préfet relèvent du trouble grave à l'ordre public : ils ne sont pas du ressort du médecin de l'agence régionale. Nous devons éviter cette dérive. S'y ajoute un problème d'efficacité. En effet, nombre de saisines hors délai sont liées à des soins sans consentement à la demande du préfet, ce qui montre que les agences régionales, plus que les directeurs d'établissement, ont du mal à respecter les délais légaux.

Monsieur Issindou, en cas de discordance entre le psychiatre et le préfet, la loi dispose, d'une part, qu'un second avis est demandé à un autre psychiatre et, d'autre part, que le juge est saisi. Cette dichotomie s'explique par le fait qu'une décision du Conseil constitutionnel en réponse à une question prioritaire de constitutionnalité est intervenue le 9 juin 2011, entre la deuxième et la troisième lecture. Voici ce qui se passe aujourd'hui en pareil cas, selon le Gouvernement : un second psychiatre est sollicité ; si son avis rejoint celui du premier, le préfet le suit ; s'il est discordant, le juge est saisi.

Michel Issindou a également évoqué la médication lors du transport des patients. Selon certains soignants, il arrive que les patients soient « surmédiqués » avant d'être emmenés au tribunal, ce qui les empêche de comprendre ce qui se passe et de défendre convenablement leurs droits. L'ampleur du phénomène n'a pas été évaluée, mais nous devons tenir compte de cette information.

Comme l'a rappelé Serge Blisko, le rôle du juge reste important pour évaluer la proportionnalité de la mesure de privation de liberté. On l'a dit, au cours des trois premiers mois, 6 à 7 % des patients entendus par le juge ont bénéficié d'une mainlevée. Nous aimerions pouvoir faire rapidement la part des raisons de forme – une saisine trop tardive ou non conforme aux règles, par exemple – et des motifs de fond – la mesure n'était pas justifiée.

Tous les établissements publics peuvent-ils accueillir les patients qui bénéficient de mesures de soins sans consentement ? Peut-être pourrait-on envisager une organisation différente, par exemple dans le cadre du plan de santé

mentale : seuls accueilleraient ce type de patients les établissements qui ont réellement les moyens humains de le faire.

Dans un climat désormais apaisé, la loi fonctionne. Toutefois, les statistiques semblent montrer qu'elle fonctionnait mieux après trois mois qu'au bout de six. Le Gouvernement ne doit pas croire qu'elle continuera de donner satisfaction à moyens constants, car cela démobiliserait tout le monde. Les moyens alloués aux juges et aux greffiers doivent être accrus comme vous vous y êtes engagée, madame la secrétaire d'État, si l'on veut que cette loi, utile aux patients qui bénéficient – j'insiste sur ce terme – de soins sans consentement, soit un succès.

Mme la secrétaire d'État. J'ai conscience des problèmes qui vous conduisent à demander que le juge vienne à l'hôpital. Mais, en inscrivant cette obligation dans la loi, on renoncerait à la souplesse d'intervention des acteurs dans les territoires. Or chaque territoire a ses spécificités et les rapports entre les acteurs n'y sont pas nécessairement les mêmes qu'ailleurs. S'il est facile au juge de se rendre à l'hôpital, comme dans l'exemple cité par M. Lefrand, qu'il le fasse. Mais il peut aussi être amené à intervenir dans plusieurs établissements. Quoi qu'il en soit, il ne serait pas prudent que la loi l'y oblige.

M. Jean Mallot. La loi n'est pas le seul moyen. Pourquoi pas une circulaire ou une instruction ?

Mme la secrétaire d'État. Je défends une application souple de la loi. Il faut laisser aux acteurs la liberté de s'organiser, au plus près des patients. L'agence régionale de santé, soucieuse de proximité et de l'intérêt du malade, a su nouer des relations avec les acteurs de la justice dans les territoires. Pour l'instant, cela se passe bien. Ce dialogue doit se poursuivre, de même que le suivi au niveau centralisé, qui sera assuré par le comité de suivi dont j'ai parlé. Une loi n'est pas un dispositif figé, c'est un processus qui doit vivre. À nous de le rendre plus efficace. L'enjeu est d'améliorer les modalités de prise en charge des patients. Tout ce qui y concourt doit être pris en considération et doit être évalué dans un cadre juridique.

Enfin, la circulaire dont j'ai parlé, qui entérine les bonnes pratiques et permettra de les diffuser, ira dans le sens que vous souhaitez, monsieur le rapporteur.

La commission autorise, en application de l'article 145-7 du Règlement, le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication.

ANNEXE 1 :

LISTE DES PROPOSITIONS

Proposition n° 1 : prévoir des formations communes au monde judiciaire et au monde médical.

Proposition n° 2 : généraliser la tenue des audiences à l'hôpital.

Proposition n° 3 : recommander la tenue des audiences en chambre du conseil.

Proposition n° 4 : rendre obligatoire la signature de protocoles entre les juridictions, les établissements psychiatriques situés dans leur ressort et, le cas échéant, les services préfectoraux prévoyant les modalités d'organisation des audiences.

Proposition n° 5 : préciser, en concertation avec les barreaux, le rôle de l'avocat dans le cadre des recours de plein droit sur les mesures de soins sans consentement.

Proposition n° 6 : lancer une réflexion sur l'organisation territoriale de la mission de service public d'accueil des patients en soins psychiatriques sans consentement s'inscrivant dans une réflexion plus globale sur l'organisation de la psychiatrie en France.

Proposition n° 7 : constituer un groupe de travail sur les certificats médicaux en vue de proposer une réduction de leur nombre compatible avec le respect des droits des patients.

Proposition n° 8 : prévoir la possibilité pour les patients en hospitalisation complète de bénéficier de sorties thérapeutiques de très courte durée.

ANNEXE 2 :

TABLEAU DE SUIVI DES DECRETS D'APPLICATION

N°	Article de la loi	Base légale	Objet	Ministère(s) rapporteur(s)	Références des mesures adoptées	Codification éventuelle
TITRE I^{ER} - DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES						
1	article I, I, 5°	Article L. 3211-2-1, code de la santé publique	Définition des types de soins, des lieux de leur réalisation et de leur périodicité	Santé	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	Article R. 3211-1 du code de la santé publique
2	article I, I, 10°	Article L. 3211-9, code de la santé publique	Désignation des membres et règles de fonctionnement du collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement d'accueil du patient	Santé	Idem	Articles R. 3211-2 à R. 3211-6 du code de la santé publique
3	article I, I, 14°	Article L. 3211-12, code de la santé publique, II, 2°, premier alinéa	Conditions dans lesquelles est appréciée la durée minimale de séjour en UMD déterminant la nécessité de recueillir l'avis du collège prévu par l'article L. 3211-9 avant que ne statue le juge des libertés et de la détention	Santé	Idem	Article R. 3222-9 du code de la santé publique

N°	Article de la loi	Base légale	Objet	Ministère(s) rapporteur(s)	Références des mesures adoptées	Codification éventuelle
4	Article I, I, 14°	Article L. 3211-12, code de la santé publique, II, 2°, second alinéa	Conditions dans lesquelles le juge des libertés et de la détention statue sur la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques (délai de production de l'avis du collège de l'établissement d'accueil et des deux expertises psychiatriques)	Justice et Santé	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	Article R. 3211-13 du code de la santé publique Article R. 3211-6 du code de la santé publique
5	article I, I, 15°	Article L. 3211-12-1, code de la santé publique, I	Délai de production de l'expertise psychiatrique ordonnée par le juge des libertés et de la détention	Justice	Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques	Article R. 3211-30 du code de la santé publique
6	article I, I, 15°	Article L. 3211-12-1, code de la santé publique, IV	Délai de saisine du juge des libertés et de la détention au-delà duquel celui-ci constate, sauf circonstances exceptionnelles, que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise	Justice	Idem	Article R. 3211-27 du code de la santé publique
7	article I, I, 15°	Article L. 3211-12-4, code de la santé publique	Conditions dans lesquelles le premier président de la cour d'appel ou son délégué statue sur l'appel formé à l'encontre de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention	Justice	Idem	Articles R. 3211-18 à R. 3211-23 et R. 3211-33 du code de la santé publique

N°	Article de la loi	Base légale	Objet	Ministère(s) rapporteur(s)	Références des mesures adoptées	Codification éventuelle
TITRE II - SUIVI DES PATIENTS						
8	Titre II, article 2, 2°	Article L. 3212-1, code de la santé publique, II, 1°	Forme et contenu de la demande de soins à l'initiative du tiers	Santé	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	Article R. 3212-1 du code de la santé publique
9	Titre II, article 3, 2°, b	Article L. 3213-1, I	Durée d'hospitalisation dans une unité pour malades difficiles	Santé	Idem	Article R. 3222-9 du code de la santé publique
10	Titre II, article 3, 2°, c	Article L. 3213-1, code de la santé publique, III, 2°	Durée d'hospitalisation dans une unité pour malades difficiles	Santé	Idem	Article R. 3222-9 du code de la santé publique
11	Titre II, article 3, 4°	Article L. 3213-3, code de la santé publique, III	Modification de la forme de la prise en charge de la personne malade : délai de production de l'avis du collège de l'établissement d'accueil et de l'expertise psychiatrique	Santé	Idem	Article R. 3211-4 et articles R. 3213-1 à R. 3213-3 du code de la santé publique
12	Titre II, article 3, 5°	Article L. 3213-5-1, code de la santé publique	Délai de production de l'expertise psychiatrique ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département	Santé	Idem	Article R. 3213-1 du code de la santé publique
13	Titre II, article 3, 8°	Article L. 3213-8, code de la santé publique	Conditions dans lesquelles le représentant de l'Etat dans le département peut mettre fin à une mesure de soins psychiatriques	Santé	Idem	Article R. 3213-2 du code de la santé publique

N°	Article de la loi	Base légale	Objet	Ministère(s) rapporteur(s)	Références des mesures adoptées	Codification éventuelle
14	Titre II, article 3, 8°	Article L. 3213-8, code de la santé publique	Délai de production et recueil de l'avis du collège et des expertises psychiatriques ordonnées par le représentant de l'État dans le département	Santé	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	Article R. 3213-2 du code de la santé publique
TITRE III – DISPOSITIONS DIVERSES						
15	Titre III, article 8, 5°	Article L. 3222-1-2, code de la santé publique	Conventions en vue de favoriser la réinsertion sociale des personnes ayant fait l'objet de soins psychiatriques	Santé	En cours de rédaction	
16	Titre III, article 8, 7°	Article L. 3222-3, code de la santé publique	Modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles	Santé	Idem	Articles R. 3222-1 à R. 3222-8 du code de la santé publique
17	Titre III, article 8, 11°	Article L. 3223-1, code de la santé publique	Examen de la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques par la Commission départementale des soins psychiatriques	Santé	Idem	Article R. 3223-8 du code de la santé publique
18	Titre III, article 8, 11°	Article L. 3223-1, code de la santé publique	Contenu du rapport d'activité de la Commission départementale des soins psychiatriques	Santé	Idem	Article R. 3223-11 du code de la santé publique

N°	Article de la loi	Base légale	Objet	Ministère(s) rapporteur(s)	Références des mesures adoptées	Codification éventuelle
19	Titre III, article 14	Article L. 3223-2, code de la santé publique	Conditions de désignation du Président de la commission départementale	Intérieur	Décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie Française de 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	Articles D. 3844-4 à D. 3844-7 du code de la santé publique

Source : tableau de suivi transmis par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé.

ANNEXE 3 :

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

- Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) – M. Jean Canneva, président
- Cabinet du ministre du travail, de l'emploi et de la santé – Mme Clara de Bort, conseillère professions de santé
- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) – Mme Claude Finkelstein, présidente
- Intersyndicale des psychiatres publics – Dr Alain Mercuel, président de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP) et Dr Isabelle Montet, secrétaire générale du Syndicat des psychiatres des hôpitaux
- Mme Emmanuelle Wargon, secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, accompagnée de Mme Laurence Lavy (bureau de la santé mentale, direction générale de la santé) et de Mme Florence Lys (bureau des prises en charge post-aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale, direction générale de l'offre de soins)
- M. Jean-Marie Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté
- Union syndicale des magistrats (USM) – Mme Virginie Valton, vice-présidente, et M. Nicolas Léger, secrétaire national
- Table ronde réunissant :
 - l'association des directeurs d'établissements de santé mentale (ADESM) – M. Joseph Halos, directeur
 - la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) – M. David Causse, coordonnateur du pôle santé-social et Mme Julie Gauthier
 - la fédération hospitalière de France (FHF) – M. René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, et Mme Nathalie Sanchez, adjointe chargée des questions sanitaires
 - le syndicat des managers publics de santé (SMPS) – M. Michel Louis-Joseph-Dogué, directeur du centre hospitalier Théophile Roussel et délégué national
 - l'association des directeurs d'hôpital (ADH) – Mme Gisèle Calmes, secrétaire générale adjointe, directrice adjointe aux affaires médicales du CHU de Dijon, et M. Guillaume Pradalié, responsable fonctionnel, directeur adjoint aux ressources humaines, centre hospitalier de Saint-Egrève

- Ministère de l'intérieur – M. Sébastien Jallet, chef du bureau de l'organisation et des missions de l'administration territoriale, Mme Marie-Frédérique Whitley, chargée de mission, M. Denis Bruel, chef du bureau des libertés publiques à la direction des libertés publiques et des affaires juridiques
- M. François Caroli, ancien président de la commission médicale d'établissement de l'hôpital Sainte-Anne
- Mme Monique Rousseau-Luchaire, mandataire judiciaire à la protection des majeurs, Mme Valérie Beaufour, présidente de la chambre nationale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs, et Mme Sophie Lechat, membre du bureau de la chambre nationale des mandataires judiciaires à la protection des majeurs
- Syndicat de la magistrature – Mme Odile Barral et M. Xavier Gadrat, secrétaires nationaux
- Ministère de la justice – Mme Amélie Duranton, conseillère en droit civil au cabinet du garde des Sceaux, accompagnée de Mme Valérie Delnaud, chef du bureau du droit des personnes, Mme Céline Chamley-Coulet, adjointe au chef du bureau du droit processuel et du droit social à la direction des affaires civiles et du sceau, et de Mme Nathalie Recoules, chef du bureau des schémas d'organisation, des méthodes et études de la direction des services judiciaires
- Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) – M. Angelo Poli, président, M. Michel Triantafyllou, vice-président, et M. Jean Ferrandi, secrétaire général
- Déplacement au centre hospitalier Victor Dupouy d'Argenteuil à l'occasion de la tenue d'une audience du juge des libertés et de la détention : entretien avec M. Bertrand Martin, directeur, Dr Sylvie Péron, présidente de la commission médicale d'établissement, et Dr Christophe Lamisse, psychiatre, ainsi qu'avec M. Jean-Marc Heller, premier vice-président du tribunal de grande instance de Pontoise, Mme Isabelle Rome, vice-présidente du tribunal de grande instance de Pontoise et M. Etienne Lefumeux, greffier ;
- Déplacement au tribunal de grande instance de Créteil à l'occasion d'une audience du juge des libertés et de la détention : entretien avec Mme Nathalie Becache, procureur de la République, M. Gilles Rosati, président du tribunal, M. Bernard Seltensperger, premier vice-président, coordonnateur du service des juges des libertés et de la détention, Maître Joao Philippe Gonçalves, avocat, et M. Henri Poinson, directeur du groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif.