

## Les apports de la loi du 5 juillet 2011<sup>1</sup>

Rédigée en septembre 2013  
A jour de juillet 2017

La [loi du 5 juillet 2011](#) vient réformer la [loi du 27 juin 1990](#) relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation. Elle modifie en profondeur les conditions de prise en charge de ces personnes.

Deux décrets ont été pris pour son application :

- 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° 2011-846 du 18 juillet 2011](#) relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.

Par ailleurs, trois circulaires complètent ce dispositif :

- la [circulaire du 21 juillet 2011](#) 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,
- la [circulaire n°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011](#) relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge,
- la [circulaire 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.

### La loi de 2011 réaffirme les fondements de la loi de 1990

- Le principe des soins libres pour les personnes atteintes de troubles mentaux.
- deux procédures distinctes de contrainte, à savoir :
  - o à la demande d'un tiers,
  - o sur décision du représentant de l'Etat.
- L'existence de dispositifs d'urgence.

---

<sup>1</sup> [Loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge](#)

## Les principaux apports et innovations de la loi du 5 juillet 2011

### *Les terminologies diffèrent de celles employées dans l'ancienne législation*

La notion d'hospitalisation a été remplacée par celle d'un régime de « **soins sans consentement** » ouverte à d'autres formes de prises en charge, incluant des soins ambulatoires (hospitalisation partielle, consultations, ateliers thérapeutiques,...).

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers a été substituée à la notion « d'hospitalisation à la demande d'un tiers » (HDT) ;

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat a été substituée à celle « d'hospitalisation d'office » (HO) ;

La « Commission Départementale des hospitalisations psychiatriques » est devenue la « Commission Départementale des soins psychiatriques ». Ses missions ont été recentrées sur les situations les plus sensibles.

### *La notion de péril imminent*

Une innovation de la loi a été d'autoriser des admissions à la demande d'un tiers sans présence de tiers : la notion de « péril imminent » a permis ainsi de pallier une insuffisance du précédent dispositif concernant notamment des personnes désocialisées pour lesquelles aucun tiers n'était trouvé.

### *La période d'observation et de soins initiale*

La loi fait mention d'une période d'observation et de soins initiale ne pouvant excéder 72 heures. Cette période d'observation permet un travail thérapeutique plus approfondi afin d'obtenir du patient lui-même un consentement pour des soins libres. Un certificat médical établi dans les 24 heures suivant l'admission doit confirmer la nécessité de la mesure et, dans les soixante-douze heures, un second certificat propose, si la mesure est maintenue, le cadre de la prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins).

### *Des formes alternatives à l'hospitalisation complète : le programme de soins*

Un accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète : le « programme de soins ». Les personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) et sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) peuvent être prises en charge pour des soins sans leur consentement en dehors de l'hospitalisation complète.

### *Le contrôle systématique du juge*

Il est prévu un contrôle systématique des hospitalisations complètes par le juge des libertés et de la détention (JLD) avant l'expiration de quinze jours d'hospitalisation complète<sup>2</sup> et avant l'expiration de six mois d'hospitalisation complète ainsi qu'à tout moment sur saisine facultative. Les soins sans consentement « en ambulatoire » ne sont pas systématiquement soumis au juge judiciaire.

### *La suppression des sorties d'essai*

---

<sup>2</sup> Ce délai a été modifié par la [loi du 27 septembre 2013](#). Il est désormais de 12 jours.

## *L'instauration d'un collège de soignants*

## *Une procédure spécifique en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet*

## *Des droits des patients renforcés*

Les droits des patients ont été renforcés concernant notamment leur information relative à leurs droits et les voies de recours qui leurs sont ouvertes. Leurs observations sur les décisions les concernant sont désormais recueillies.

## *Des dispositions spécifiques pour certains patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)*

Elles concernent plus particulièrement les personnes hospitalisées pour irresponsabilité pénale ou en unité pour malades difficiles (UMD).

## *Quelques précisions sur l'organisation territoriale de ces soins*

Des établissements habilités sont désignés par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) pour chaque territoire de santé, après avis du préfet. Ils sont seuls à pouvoir prendre en charge des patients en soins psychiatriques sans consentement.

Lorsqu'un patient est accueilli en urgence dans un établissement non habilité à traiter des patients sans consentement, il est transféré vers un établissement habilité selon des modalités prévues par convention, au plus tard sous 48 heures.

L'ARS définit sur chaque territoire de santé, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et organise les modalités de transport.

Afin d'assurer le suivi et la réinsertion des personnes sous programme de soins, des conventions précisent les modalités de collaboration entre le directeur de l'établissement, le préfet, le directeur général de l'ARS et les collectivités territoriales.