

ÉDITION 2011

LE POINT SUR

La réforme des soins
en psychiatrie

Collection Sham



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE

Parution : septembre 2011 - Dernière mise à jour octobre 2011

Rédaction : Direction juridique SHAM

Crédit photos : Item Corporate/iStockphoto

Conception-création : K elia

Copyrights : SHAM

Réforme de la prise en charge sous contrainte en psychiatrie

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

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

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

Circulaire du 21 juillet 2011 présentant les principales dispositions de la loi 2011-803 du 5 juillet 2011

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 et ses annexes

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

Les différents rapports et débats menés de longue date sur la réforme de la psychiatrie ont donné lieu à la loi du 5 juillet 2011.

Pour l'essentiel, le texte maintient, tout en les aménageant, les deux procédures historiques d'admission sous contrainte des patients atteints de troubles psychiatriques : la procédure à la demande d'un tiers et la procédure sur décision du représentant de l'État.

Par ailleurs, afin de pallier les difficultés régulièrement rencontrées par les établissements de santé, le législateur crée un dispositif permettant la prise en charge des patients, même en l'absence de tiers : la procédure d'admission en cas de péril imminent.

En outre, quelle que soit la procédure envisagée, l'admission en soins psychiatriques doit nécessairement débiter par une période d'observation et de soins en hospitalisation complète, ne pouvant excéder 72h. Cette étape permet notamment aux psychiatres d'apprécier l'opportunité du maintien de la mesure et de définir les modalités de la prise en charge du malade.

Les modalités de prise en charge des patients sont en effet revues, le malade n'étant plus désormais nécessairement suivi dans le cadre d'une hospitalisation complète, mais pouvant recevoir des soins psychiatriques « sous contrainte » en ambulatoire, à domicile, en hospitalisation à temps partiel... Lorsqu'il est ainsi décidé de recourir à un mode de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, un programme de soins doit être établi après recueil de l'avis du patient.

Outre la prise en compte des observations du malade lors de la définition du programme de soins, le législateur s'attache à renforcer les droits des patients admis en soins psychiatriques, s'agissant notamment du droit à l'information, mais surtout du contrôle systématique par le juge des libertés des hospitalisations complètes de plus de 15 jours, puis tous les 6 mois.

En contrepartie, le texte encadre strictement la prise en charge de certains patients considérés « à risques » et limite le risque de levée « prématurée » des mesures de soins pour ces catégories de malade.

La loi précise enfin les contours de l'organisation territoriale de la psychiatrie.

NB. Pour davantage de lisibilité du document, le terme « préfet » est employé pour désigner indistinctement « le représentant de l'État dans le département » et à Paris, « le préfet de Police ».

Sommaire

1. Modalités d'admission sans consentement	6
1.1 Types de procédures d'admission en soins psychiatriques sous contrainte	6
1.2 Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent	8
1.2.1 Conditions de fond	8
1.2.2 Formalisme de l'admission	8
A. Admission sur demande d'un tiers	8
B. Admission en cas de péril imminent	9
1.2.3 Modification de la forme de la prise en charge	10
1.2.4 Levée de la mesure	10
1.2.5 Information des autorités compétentes	12
1.3 Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	13
1.3.1 Conditions de fond	13
1.3.2 Formalisme de l'admission	13
A. Procédure de droit commun	13
B. Procédure d'urgence	13
C. Transformation d'une mesure de soins sur demande d'un tiers en mesure de soins à la demande du représentant de l'État	13
1.3.3 Décision sur le mode de prise en charge	14
1.3.4 Modification de la forme de la prise en charge	14
1.3.5 Demande d'expertise par le représentant de l'État	14
1.3.6 Levée de la mesure	14
1.3.7 Information sur la mesure	17
1.3.8 Désaccords préfet/psychiatre	17
1.4 Hospitalisation d'office judiciaire	19
1.5 Dispositions communes	20
1.5.1 Suivi des patients	20
A. Période d'observation initiale de 72 h	20
B. Contrôles médicaux ultérieurs	21
1.5.2 Passage dans une unité de médecine d'urgence	23
1.6 Prises en charge spécifiques	25
1.6.1 Admission des mineurs	25
1.6.2 Admission des détenus	25
A. Modalités d'admission	25
B. Forme de la prise en charge	25
C. Établissements habilités à recevoir les détenus	25
D. Contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD)	25
1.6.3 Situation des patients jugés « à risques »	26
A. Personnes concernées	26
B. Information du préfet	26
C. Mainlevée de la mesure d'hospitalisation	26
D. Programme de soins	26
E. Forme des certificats et avis médicaux	26
2. Droits des patients	27
2.1 Maintien du « régime de liberté » comme mode prioritaire de prise en charge	27
2.2 Accès à des formes alternatives à l'hospitalisation sous contrainte : le programme de soins	27
2.2.1 Élaboration et modification du programme de soins	27
2.2.2 Contenu du programme de soins	28

2.2.3	Information des autorités compétentes	28
2.2.4	Transformation du programme de soins en hospitalisation complète	28
2.3	Droit à l'information du patient	29
2.3.1	Information avant la prise de décision	29
2.3.2	Information après la prise de décision	29
2.4	Droits fondamentaux reconnus au patient	30
2.5	Aménagement des sorties « de courte durée » accompagnées	30
2.6	Création d'un collège de soignants	30
2.6.1	Composition	30
2.6.2	Compétence	30
2.7	Examen des mesures longues	31
3.	Contentieux	32
3.1	Mainlevée judiciaire de la mesure (procédures JLD)	32
3.1.1	Saisine du JLD par le patient ou un tiers agissant dans son intérêt	32
3.1.2	Saisine du JLD par le préfet ou le directeur, dans le cadre du contrôle systématique de la mesure d'hospitalisation complète	32
A.	Principe	32
B.	Objet du contrôle	33
C.	Saisine du JLD	33
D.	Effets	33
3.1.3	Dispositions communes aux deux procédures	34
A.	Tenue des audiences	34
B.	Effet de l'irrégularité formelle de la décision d'admission	34
C.	Report de l'exécution de la mesure	34
D.	Information du patient	35
E.	Dispositions spécifiques pour certains patients jugés « à risques »	35
3.2	Contestation de la mesure au fond	36
3.3	Schéma de synthèse	37
4.	Dispositions diverses	38
4.1	Dispositions pénales	38
4.2	Collaboration ARS/préfet	39
4.3	Soutien aux familles	39
4.4	Sectorisation psychiatrique	39
4.5	Suivi et réinsertion sociale des patients	40
4.6	Organisation des urgences psychiatriques	40
4.7	Unités pour malades difficiles (UMD)	40
4.7.1	Patients concernés	40
4.7.2	Modalités d'admission	40
4.7.3	Transfert du malade	41
4.7.4	Sorties de courte durée accompagnées	41
4.7.5	Sortie de l'UMD	41
4.7.6	Commission du suivi médical	41
4.8	Contrôle des établissements de santé	42
4.9	Recentrage des missions de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)	42
4.9.1	Missions	42
4.9.2	Prérogatives	43
4.9.3	Composition	43
4.10	Dispositions spécifiques à l'Outre-Mer	43
5.	Dispositions transitoires	44
5.1	Date d'entrée en vigueur de la loi	44
5.2	Cas des personnes hospitalisées sans leur consentement à la date d'entrée en vigueur de la loi	44
5.3	Cas des personnes bénéficiant de sorties d'essai à la date d'entrée en vigueur de la loi	45

1 Modalités d'admission sans consentement

1.1 Types de procédures d'admission en soins psychiatriques

	ADMISSION SUR DEMANDE D'UN TIERS ART. L.3212-1 ET S. CSP (EX. HDT)		ADMISSION EN CAS DE PÉRIL IMMINENT L. 3212-1 II 2° CSP	
	PROCÉDURE DE DROIT COMMUN L. 3212-1 II 1° CSP	PROCÉDURE D'URGENCE L. 3212-3 CSP		PROCÉDURE DE PÉRIL IMMINENT L. 3213-3 CSP
CONDITIONS DE FOND CUMULATIVES	<ul style="list-style-type: none"> consentement du patient impossible nécessité de soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante (hospitalisation complète) ou régulière (programme de soins) 			<ul style="list-style-type: none"> nécessité de soins troubles mentaux constants et graves, à l'ordre public
CRITÈRES SUPPL.		<ul style="list-style-type: none"> urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade 	<ul style="list-style-type: none"> impossibilité de trouver un tiers existence d'un péril imminent pour la santé de la personne 	
FORMALISME ADMISSION	<ul style="list-style-type: none"> demande d'un tiers 2 certif. méd. de moins de 15 jours (le 1^{er} certificat ne peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil) 	<ul style="list-style-type: none"> demande d'un tiers 1 seul certif. méd. pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> 1 certif. méd. ne pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil dans les 24h, info de la famille ou le cas échéant de toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade 	<ul style="list-style-type: none"> certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil <p>→ Arrêté Préfectoral</p>
	→ Décision du directeur de l'établissement			
SUIVI DES PATIENTS	<p>Période initiale d'observation et de soins (= 72 h en hospitalisation complète, L. 3211-2-2 CSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 certif. dans les 24 h suivant l'admission 1 certif. dans les 72 h suivant l'admission <p>(NB : Certif. des 24 et 72 h doivent émaner de 2 psychiatres différents pour la procédure sur demande d'un tiers en urgence (L. 3212-3 al.1 CSP), et pour la procédure de droit commun (L. 3212-1 II 1° CSP))</p> <p>→ si les 2 certif. concluent au maintien de la mesure : l'avis d'un psychiatre sur forme de la prise en charge doit être obtenu</p> <p>Certificats médicaux ultérieurs (L. 3212-7 et L. 3213-3 CSP)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 certif. le 6^e, le 7^e ou le 8^e jour suivant l'admission Puis 1 certif. tous les mois 			
CONTRÔLE SYST. JLD	Contrôles applicables uniquement en cas d'hospitalisation complète (L. 3211-12-1 CSP) <ul style="list-style-type: none"> 15 jours à compter de l'admission 6 mois après la précédente décision du Juge des libertés et de la détention (JLD) puis tous les 6 mois 			
INFORMATION DES INSTANCES & AUTORITÉS	<p>Obligations du directeur</p> <ul style="list-style-type: none"> info sur décision d'admission (L. 3212-5 I CSP) : préfet et CDSP info sur décision de transformation de l'hospitalisation complète en programme de soins (L. 3212-5 III CSP) : tiers demandeur info sur maintien de la mesure (L. 3212-7 CSP) : préfet et CDSP info sur levée de la mesure (L. 3212-8 CSP) : préfet, CDSP, et Procureurs de la République près du TGI de la résidence du patient et du TGI de l'établissement d'accueil 			<p>Obligations du directeur</p> Transmission de : <ul style="list-style-type: none"> certif. des 24 et 72 h certif. et avis sur maintien de la mesure avis du psychiatre responsable <p>Obligations du préfet</p> Info sur décisions d'admission : <ul style="list-style-type: none"> le Procureur du TGI de la résidence du patient le maire de la commune de la résidence du patient la CDS la famille de la personne le cas échéant, la personne désignée par le patient
	→ Si hospitalisation complète, le directeur transmet au JLD : copie du certif. méd. établi entre le 5 ^e et le 8 ^e j (L. 3212-8 CSP)			
FIN DE LA MESURE	<p>Levée</p> <ul style="list-style-type: none"> sur avis médical (L. 3212-8 CSP) pour carence de certificat médical à l'échéance prévue (L. 3212-7 CSP) sur décision du JLD (L. 3211-12 et L. 3212-12-1 CSP) pour défaut de décision du JLD ou suite au constat judiciaire de mainlevée (L. 3211-12-1 CSP) sur demande de la CDS (L. 3212-9 CSP) sur demande d'une personne ayant qualité pour agir dans l'intérêt du malade (L. 3212-9 CSP) 			<p>Levée</p> <ul style="list-style-type: none"> sur avis médical (L. 3212-8 CSP) pour carence de certificat médical à l'échéance prévue (L. 3212-7 CSP) sur décision du JLD (L. 3211-12 et L. 3212-12-1 CSP) pour défaut de décision du JLD ou suite au constat judiciaire de mainlevée (L. 3211-12-1 CSP) sur demande de la CDS (L. 3212-9 CSP) <p>Cas particuliers des procédures de droit commun</p> <p>Pas de levée possible en cas de péril imminent</p> <p>+ dans tous les cas, notification de la levée de la mesure</p>

ADMISSION SUR DÉCISION DU PRÉFET (EX. HO)		HO JUDICIAIRE	
DROIT COMMUN L. 321-1 CSP	PROCÉDURE D'URGENCE L. 3213-2 CSP	DÉCISION DU PRÉFET SUR SAISINE DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE - L. 3213-7 CSP	DÉCISION DE L'AUTORITÉ JUDICIAIRE 706-135 CPP
compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon publique		<ul style="list-style-type: none"> déclaration d'irresponsabilité pénale troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. 	
	<ul style="list-style-type: none"> troubles mentaux manifestes danger imminent pour la sûreté des personnes 		
pouvant émaner d'un établissement	<ul style="list-style-type: none"> 1 avis médical pouvant émaner de tout médecin <p>→ Arrêté municipal provisoire (48h maxi) + arrêté préfectoral</p>	<ul style="list-style-type: none"> saisine du préfet par le juge judiciaire 1 certif. med. <p>→ Arrêté préfectoral</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 expertise psychiatrique <p>→ Décision judiciaire d'irresponsabilité pénale et d'admission en soins psychiatriques</p>
procédure de péril imminent (L. 3212-1II 2° al.3 CSP))			
		Contrôle des hospitalisations complètes (L. 3211-12-1 I 3° CSP) : <ul style="list-style-type: none"> 6 mois après la décision d'HO puis tous les 6 mois 	
pour le patient : <ul style="list-style-type: none"> avis : au préfet et à la CDSP (L. 3213-1 al.3 CSP) modification de la prise en charge : au préfet et à la CDSP (L. 3213-3 II CSP) sur levée de la mesure : au préfet (L. 3213-5 CSP) . admission de <u>maintien</u> , de <u>levée</u> de la mesure ou de <u>modification du mode de prise en charge</u> (L. 3213-9 CSP) : <ul style="list-style-type: none"> dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil du malade commune d'implantation de l'établissement et le maire de la commune où réside le malade la personne faisant l'objet des soins la personne chargée de la protection juridique du patient (L. 3213-2-7 et L. 3213-3II CSP)			
(L. 3213-1 CSP) décision du préfet à l'échéance prévue (L. 3213-4 al. 2 CSP) (L. 3211-12 et L. 3212-12-1 CSP) décision du JLD ou suite au constat judiciaire de mainlevée (L. 3211-12-1 CSP) CDSP (L. 3213-4 al.3 CSP) patients à risques (dont HO judiciaire) : <ul style="list-style-type: none"> sur simple avis médical ou pour carence de décision préfectorale nécessité de recueillir : avis du collège de soignants + avis conformes de 2 psychiatres n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil (L. 3213-8 CSP) 			

1.2 Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Le dispositif d'admission du patient sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent reprend pour l'essentiel les principes applicables aux hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT), et complète le système existant en créant un mécanisme visant à pallier l'absence de tiers : la procédure de péril imminent. Les conditions d'admission et de prise en charge sont décrites aux articles L. 3212-1 et s du Code de la Santé Publique CSP.

1.2.1 Conditions de fond

Les conditions de fond nécessaires au prononcé d'une mesure de soins psychiatrique à la demande d'un tiers restent sur le principe inchangées, même si quelques adaptations sémantiques ont été nécessaires afin d'intégrer la possibilité pour le patient d'être pris en charge en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète.

Ainsi, une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur décision du directeur d'un établissement de santé que si deux conditions sont réunies :

- ses troubles mentaux rendent **son consentement impossible**,
- son état impose des **soins immédiats** assortis soit d'une **surveillance médicale constante** justifiant une hospitalisation complète, soit d'une **surveillance médicale régulière** justifiant une prise en charge dans le cadre d'un programme de soins.

1.2.2 Formalisme de l'admission

A. Admission sur demande d'un tiers

Procédure de droit commun¹

- Le législateur prend ici acte de l'interprétation du Conseil d'État² quant à la notion de personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et précise que le **tiers demandeur** peut être un membre de la famille du malade, ou une **personne justifiant de relations antérieures avec lui**. Notons que l'exclusion des personnels soignants de l'établissement d'accueil, en tant qu'auteurs de la demande de prise en charge, est maintenue.

La qualité de tiers demandeur est en revanche ouverte au **tuteur** ou au **curateur** du malade dès lors qu'il justifie de relations antérieures avec l'intéressé. **Le contenu de la demande** est précisé par l'article R3212-1 CSP³. Elle doit ainsi comporter les mentions **manuscrites** suivantes :

- 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.

Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur d'établissement qui en donne acte.

- La demande du tiers doit par ailleurs être accompagnée de **2 certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours** attestant que les conditions de fond citées plus haut sont réunies.

Comme sous le régime de l'ancien texte, « *le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement [...] qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins* ».

Procédure d'urgence⁴

La procédure d'urgence demeure et permet au directeur, **à titre exceptionnel**, lorsqu'il existe un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**, de prononcer, à la demande d'un tiers, l'admission en soins

¹ Art. L. 3212-1 CSP modifié par art. 2 loi du 5 juillet 2011

² CE 3 décembre 2003 n°244867 : le Conseil d'État pose l'exigence de justifier de relations avec le malade, antérieures à la demande d'hospitalisation pour se porter tiers demandeur : « *la décision d'hospitalisation sans son consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être prise sur demande d'un tiers que si celui-ci, à défaut de pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade, est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* »

³ Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011

⁴ Art. L. 3212-3 CSP modifié par art. 2 2° de la loi du 5 juillet 2011

psychiatriques d'une personne malade **au vu d'un seul certificat médical** émanant, le cas échéant, d'un **médecin exerçant dans l'établissement**.

Dans ce cas, les certificats médicaux des 24 et 72 h (cf. *infra* «période d'observation initiale de 72 h», p. 20) sont établis par deux psychiatres distincts.

B. Admission en cas de péril imminent⁵

La véritable nouveauté réside dans la possibilité de prononcer une mesure de soins psychiatriques «sous contrainte» en **l'absence de tiers**. Il s'agit de **la procédure de «péril imminent»**.

Ce mécanisme a vocation à pallier les difficultés rencontrées par les établissements de santé souvent

confrontés à l'absence de tiers demandeur à la prise en charge (patients isolés ou sans famille, ou crainte des représailles pour le tiers).

Désormais, le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques du patient, lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers et qu'il existe, à la date d'admission, **un péril imminent pour la santé de la personne**, dûment constaté par un **certificat médical circonstancié**.

Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade.



Extraits de la foire aux questions – réforme soins psychiatriques publiée sur le site du Ministère de la Santé

- **Comment définir la date d'admission en soins psychiatriques ?**

Réponse : La date d'admission en soins psychiatriques sera celle portée sur la décision du directeur de l'établissement correspondant à la date d'admission dans son établissement.

Attention : Cette date peut être postérieure à celle qui sera retenue comme date de départ de la période d'observation et de soins et qui sera prise en compte pour la saisine du JLD et pour l'établissement des certificats ultérieurs.

- **La notion de péril imminent est-elle toujours celle définie par la HAS ?**

Réponse : Oui

Dans ses recommandations pour la pratique clinique «Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux» d'avril 2005, la HAS a précisé que : « Dans ce cas [péril imminent], le certificat doit faire apparaître les risques de péril imminent, c'est-à-dire l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient. » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf

- **Combien de temps peut durer l'hospitalisation en cas de péril imminent (sans tiers) si personne ne veut se porter tiers demandeur ? La simple information de la famille par le directeur sans demande**

- **de réalisation d'une demande de tiers demandeurs suffit-elle ?**

Réponse : La loi du 5 juillet 2011 a créé un régime innovant : il s'agit en fait d'une troisième voie d'entrée dans les soins soumise à ses propres règles. L'information de la famille telle qu'elle est prévue par la loi n'a pas pour but de rechercher un tiers pour «régulariser» la mesure. Celle-ci est valable dès lors que les conditions légales spécifiques sont remplies (certificat initial ne pouvant émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil et constatant l'existence d'un péril imminent, certificats de 24 h et de 72 h établis par deux médecins différents, information de la famille ou d'un proche si possible, à charge pour le directeur de l'ES de pouvoir faire la preuve de cette recherche).

Même si une des personnes contactées se propose après coup pour être tiers, cette mesure ne peut être transformée en mesure sur demande d'un tiers.

- **L'article L. 3212-1 II – 2° du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit une obligation d'information à la charge du directeur sauf difficultés particulières ; que devons-nous entendre par «difficultés particulières» ?**

Réponse : Essentiellement les situations où l'identité du patient reste inconnue, celles où il serait impossible d'identifier un proche ou un membre de la famille ou de savoir où le contacter (patient silencieux, absence de papiers, etc.).

Cependant, tous les cas ne peuvent être envisagés ici, ce type de formule visant justement à permettre de faire face à des situations particulières et imprévisibles pour éviter d'imposer une formalité impossible à respecter.

⁵ Art. L. 3212-1 II 2° modifié par art. 2 de la loi du 5 juillet 2011

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil **informe, dans un délai de vingt-quatre heures** sauf difficultés particulières, **la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique** de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins, et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Lorsque l'admission a été prononcée dans ces conditions, les certificats médicaux des 24 et 72 h (cf. *infra* « période d'observation initiale de 72 h » p. 20) sont établis par deux psychiatres distincts.

Enfin, quelle que soit la procédure envisagée, avant d'admettre le malade, le directeur doit procéder aux **vérifications d'usage** et s'assurer de l'identité du patient, ainsi que, le cas échéant, de l'identité du tiers demandeur⁶.

Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait de jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

1.2.3 Modification de la forme de la prise en charge⁷

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

1.2.4 Levée de la mesure

En dehors des conditions de mainlevée judiciaire (cf. *infra* « Mainlevée judiciaire », p. 32), trois autres possibilités de levée de la mesure coexistent :


- Lorsque **l'un des deux certificats médicaux établis à 24 et 72 h** de l'admission, conclut que l'état de santé de la personne ne justifie plus la mesure, le directeur doit prononcer immédiatement la levée de la mesure⁸.
- Par ailleurs, l'article L. 3212-8 CSP prévoit que la mesure prend également fin **« dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait**

mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, la commission départementale des soins psychiatriques, les procureurs de la République mentionnés au II de l'article L. 3212-5 et la personne qui a demandé les soins.

Le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions requises au présent chapitre ne sont plus réunies ».

- Enfin, le directeur de l'établissement d'accueil doit **prononcer la levée de la mesure** de soins psychiatriques, **lorsqu'elle est demandée**⁹ :
 - par la **commission départementale des soins psychiatriques** (CDSP, ex. CDHP),
 - par un membre de la **famille** du patient, son **tuteur**, son **curateur**, ou **toute personne faisant état de relations antérieures avec lui.**

 Toutefois, dans cette dernière hypothèse, le directeur de l'établissement **n'est plus tenu de faire droit à cette demande** lorsqu'un **certificat médical** ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de **moins de 24h** atteste que l'arrêt des soins entraînerait un **péril imminent** pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12 CSP.

Dans ce même cas, lorsqu'un certificat établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de 24h atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe, préalablement à la levée de la mesure de soins, le préfet qui peut prendre la mesure prévue à l'article L.3213-6 CSP (admission sur décision du représentant de l'État).

⁶ Art. L. 3212-3 CSP modifié par art. 2 2° de la loi du 5 juillet 2011

⁷ Art. L. 3212-4 al. 4 CSP modifié par art. 2 2° de la loi du 5 juillet 2011

⁸ Art. L. 3212-4 al. 2 CSP modifié par art. 2 2° de la loi du 5 juillet 2011

⁹ Art. L. 3212-9 CSP modifié par art. 2 6° de la loi du 5 juillet 2011

HYPOTHÈSES DE LEVÉE DE LA MESURE

(extraits fiche Ministère de la Santé « Procédure sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent »)

Levée sur avis médical	Avis médical à tout moment préconisant la levée : levée formalisée par une décision du directeur d'établissement (compétence liée)
Levée pour carence de certificat médical à l'échéance prévue	Levée automatique
Levée sur décision du JLD	Décision du JLD de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète : le juge ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète sans différer la mainlevée : <ul style="list-style-type: none"> – soit en application de l'article L. 3211-12, III, à l'occasion d'un recours contre une décision du directeur ou de sa propre initiative, – soit en application de l'article L. 3211-12-1, à l'occasion du contrôle systématique par le JLD des hospitalisations complètes avant l'échéance d'un délai de 15 jours à compter de l'admission, puis avant celle des six mois faisant suite au premier contrôle ou à toute décision du JLD intervenue entretemps.
Levée pour défaut de décision du JLD ou par suite d'un constat judiciaire de mainlevée en cas de saisine tardive rendant impossible la tenue d'un débat contradictoire	La mesure de soins sur décision du directeur de l'établissement sous la forme d'une hospitalisation complète est réputée levée : <ol style="list-style-type: none"> 1 – <i>En l'absence de décision du JLD</i> : si le JLD n'a pas statué dans les 15 jours de l'admission, ou dans les six mois suivant son premier contrôle, en cas de maintien des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète. 2 – <i>En cas de constat judiciaire de mainlevée de la mesure</i> si le juge estime que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive. <p>TOUTEFOIS, une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise sur la base de l'article L. 3211-12-5 pour assurer la continuité des soins (pas de période de soins et d'observation) si les critères d'entrée dans le dispositif sont remplis et selon les modalités normales afférentes à la procédure mise en œuvre (certificat).</p>
Levée sur demande de la CDSP	Levée formalisée par une décision du directeur de l'établissement (compétence liée)
Levée sur la demande d'un membre de la famille ou d'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	Levée formalisée par une décision du directeur de l'établissement (compétence liée) dès lors que la levée est demandée par un membre de la famille 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. <p>SAUF si un psychiatre de l'établissement atteste :</p> <ul style="list-style-type: none"> – soit que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient, – soit que le patient remplit les critères pour être placé en soins sur décision du préfet.

1.2.5 Information des autorités compétentes¹⁰

Le principe de l'information **du représentant de l'État dans le département** ou, à Paris, du préfet de police, de toute décision d'admission « sous contrainte » est maintenu, ainsi que les notifications faites aux **procureurs de la République** concernés par la mesure (procureur près du TGI du ressort de l'établissement, et procureur près du TGI du ressort du domicile du patient).

Les **copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations** prévus aux articles L. 3212-7 et L. 3211-11CSP sont **adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques**.

Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, une copie du certificat médical ou de l'avis médical est également adressée sans délai au **juge des libertés et de la détention** compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil¹¹.

 **Récapitulatif sur la mesure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (source Ministère de la Santé).**

¹⁰ Art. L. 3212-5 CSP modifié par art. 2 2° de la loi du 5 juillet 2011

¹¹ Art. L. 3212-7 CSP modifié par art. 2 4° de la loi du 5 juillet 2011



1.3 Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

Rappel : pour davantage de lisibilité du document, le terme « préfet » est employé pour désigner indistinctement « le représentant de l'État dans le département » et à Paris, « le préfet de Police ».

1.3.1 Conditions de fond¹²

Les conditions de fond présidant à la mise en œuvre des soins psychiatriques à la demande du préfet sont les mêmes que celles antérieurement exigées pour l'hospitalisation d'office (HO) :

- les troubles mentaux dont est atteint le patient **nécessitent des soins**,
- ces troubles mentaux **compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public**.

1.3.2 Formalisme de l'admission

A. Procédure de droit commun

Les deux conditions de forme nécessaires à l'hospitalisation d'office sont reprises :

- un **certificat médical circonstancié** ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil¹³,
- un **arrêté préfectoral motivé** et énonçant avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire.

Nouveauté : l'arrêté préfectoral doit désormais **désigner l'établissement** qui accueillera le malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au préfet et à la commission départementale des soins psychiatriques, les certificats des 24 et 72 h établis pendant la période d'observation et de soins (cf. *infra* « période d'observation initiale de 72 h », p. 20).

B. Procédure d'urgence¹⁴

La procédure d'urgence est maintenue :

« En cas de **danger imminent pour la sûreté des personnes**, attesté par un **avis médical*** ou, à défaut, par le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L.3213-1. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa. »

C. Transformation d'une mesure de soins sur demande d'un tiers en mesure de soins à la demande du représentant de l'État¹⁵

Lorsqu'un **psychiatre** de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application de l'article L.3212-1 CSP (demande d'un tiers ou péril imminent) atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical, que **l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public**, le **directeur** de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au **préfet** qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques en application de l'article L.3213-1 CSP, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical.

Le patient fait alors l'objet d'une **nouvelle période d'observation et de soins** de 72 h et les certificats médicaux des 24 et 72 h sont établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la personne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical.

¹² Art. L.3213-1 CSP modifié par art. 3 de la loi du 5 juillet 2011

¹³ Sous l'empire du texte antérieur, était déjà prévu que « le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade » (anc. Art. L.3213-1 CSP). Le juge administratif avait interprété ces dispositions comme autorisant un médecin de l'établissement d'accueil à signer le certificat médical circonstancié dès lors qu'il n'exerce pas la spécialité de psychiatre (CAA Nancy 7 janvier 2008 n°06NCO1639, « Préfet de la Meuse », confirmé par CE sect. 9 juin 2010, n°321506). Il est probable que l'interprétation donnée jusque-là à ces dispositions par le juge administratif, trouve son prolongement dans l'application de la réforme.

¹⁴ Art. L.3213-2 CSP modifié par art. 3 3° de la loi du 5 juillet 2011

¹⁵ Art. L.3213-6 modifié par art. 3 6° de la loi du 5 juillet 2011

* La référence à la notoriété publique comme élément susceptible, au même titre que l'avis médical, de servir de base à l'hospitalisation d'office en urgence a été supprimée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 6 octobre 2011 (Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011). NB : Si la décision portait sur l'article L3212-2 CSP dans sa rédaction antérieure à la loi du 5 juillet 2011, elle s'applique également aux dispositions issues de la réforme dans la mesure où la formulation de l'article L3212-2 était demeurée inchangée.

1.3.3 Décision sur le mode de prise en charge¹⁶

Dans les 3 jours francs suivant la réception du certificat des 72 h, le **préfet décide de la forme de la prise en charge** (hospitalisation complète ou alternative à l'hospitalisation), en tenant compte de la proposition établie par le psychiatre à l'issue de la période d'observation et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme des soins établi par le psychiatre. Dans l'attente de la décision du préfet, le patient est pris en charge en hospitalisation complète.

1.3.4 Modification de la forme de la prise en charge¹⁷

Il appartient au préfet de décider, ou non, de modifier la forme de la prise en charge du patient sur la base des avis et certificats médicaux qu'il reçoit, tout en tenant compte des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public.

NB. Contrairement au directeur de l'établissement de santé qui prononce l'admission d'un patient à la demande d'un tiers, ou en cas de péril imminent, le préfet n'est pas lié par l'avis du psychiatre par les décisions relatives à la forme de prise en charge du malade (pour la gestion des désaccords préfet/psychiatre, cf. *infra* « désaccords préfet/psychiatre », p. 17).

1.3.5 Demande d'expertise par le représentant de l'État¹⁸

Le préfet peut ordonner « à tout moment » l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement qu'il a décidée, ou ordonnée par décision judiciaire conformément à la procédure prévue à l'article 706-135 du code de procédure pénale¹⁹.

**Contrairement au directeur,
le préfet n'est pas lié par
les certificats et avis médicaux.**

L'article prévoit que l'expert psychiatre, qui n'appartient pas à l'établissement d'accueil du patient, est choisi par le préfet sur une liste établie par le procureur de la République, après avis du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), ou à défaut, sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement d'accueil.

Le préfet fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au premier alinéa doit être produite, dans une limite maximale de 10 jours à compter de sa désignation²⁰.

1.3.6 Levée de la mesure

- En dehors des conditions de mainlevée judiciaire (cf. *infra* « mainlevée judiciaire », p. 32), les hypothèses de levée de la mesure sont :
 - **L'absence de décision du préfet** dans les délais prévus²¹.
 - En outre, le préfet **peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins** prise en application de l'article L. 3213-1 CSP **après avis d'un psychiatre** participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies, **ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques**²².

NB. Ces dispositions ne sont pas applicables aux patients considérés comme « à risques » (cf. *infra* « situation des patients jugés à risques », p. 26).

¹⁶ Art. L. 3213-1 II modifié par art. 3 2° de la loi du 5 juillet 2011

¹⁷ Art. L. 3213-3 III CSP modifié par art. 3 de la loi du 5 juillet 2011

¹⁸ Art. L. 3213-5-1 CSP créé par art. 3 de la loi du 5 juillet 2011

¹⁹ NB : cet article, introduit par la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté, prévoit que lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'hospitalisation d'office de la personne si une expertise psychiatrique établit que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

²⁰ Art. R. 3213-1 CSSP issu du décret n°2011-847 du 8 juillet 2011

²¹ Art. L. 3213-4 al.2 CSP modifié par art. 3 2° de la loi du 5 juillet 2011

²² Art. L. 3213-4 al.3 CSP modifié par art. 3 2° de la loi du 5 juillet 2011

HYPOTHÈSES DE LEVÉE DE LA MESURE

(extraits fiche Ministère de la Santé « Procédure sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire »)

CAS GÉNÉRAL

Levée sur avis médical	<p>Le préfet décide de suivre la proposition médicale : Arrêté préfectoral mettant fin aux soins psychiatriques sur proposition d'un psychiatre de l'établissement (pouvant être présentée à tout moment).</p>
Levée en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre traitant la levée des soins (art. L. 3213-9-1 CSP)	<p>Le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement pour que la mesure de soins soit levée. Il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si le deuxième avis, rendu au plus tard 72 heures après la décision ci-dessus du préfet, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques. Si le deuxième avis ne confirme pas la proposition du psychiatre traitant, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète. Règle particulière applicable si le patient est pris en charge en hospitalisation complète : Si le deuxième avis ne confirme pas la proposition du psychiatre traitant et que le préfet ne lève pas la mesure, il en informe le directeur de l'établissement qui saisit sans délai le juge des libertés et de la détention.</p>
Levée pour carence de décision préfectorale à l'échéance prévue	Levée automatique
Levée sur décision du JLD	<p>Décision du juge des libertés et de la détention (JLD) de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète : le juge ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète sans différer la mainlevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> – soit en application de l'article L. 3211-12, III, à l'occasion d'un recours contre une décision du préfet ou de sa propre initiative, – soit en application de l'article L.3211-12-1, à l'occasion du contrôle systématique par le JLD des hospitalisations complètes de plus de 15 jours.
Levée pour carence de décision du JLD ou constat judiciaire de mainlevée après 15 jours d'hospitalisation complète ou après 6 mois	<p>La mesure de soins sur décision du préfet sous la forme d'une hospitalisation complète est réputée levée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 – en l'absence de décision du JLD : si le JLD n'a pas statué dans les 15 jours, puis dans les six mois suivant la décision du directeur d'établissement fondant la prise en charge des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ; 2 – en cas de constat judiciaire de mainlevée faute que les conditions d'un débat contradictoire soient remplies. <p>TOUTEFOIS, une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise sur la base de l'article L. 3211-12-5 pour assurer la continuité des soins (pas de période de soins et d'observation) si les critères d'entrée dans le dispositif sont remplis et selon les modalités normales afférentes à la procédure mise en œuvre (certificat).</p>
Levée sur demande de la commission départementale	Décision préfectorale de lever la mesure sur avis médical ou sur expertise.

HYPOTHÈSES DE LEVÉE DE LA MESURE

(extraits fiche Ministère de la Santé « Procédure sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire »)

**CAS PARTICULIERS : patients séjournant ou ayant séjourné en UMD
ou patients ayant été déclarés irresponsables pénalement**

Levée sur avis médical	Décision du préfet : – sur proposition d'un psychiatre de l'établissement et après avis conforme d'un collège de soignants + après deux expertises concordantes
Levée en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre traitant la levée des soins (art. L. 3213-9-1 CSP)	Si le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement et du collège, il informe le directeur de l'établissement qui saisit le JLD. Autre possibilité : pour que la mesure de soins soit levée, le préfet peut solliciter l'avis de deux experts. Le préfet lève les soins si chacun des avis et expertises constate que la mesure de soins psychiatriques n'est plus nécessaire.
Levée sur décision du JLD	Décision du juge des libertés et de la détention (JLD) après recueil de l'avis du collège et deux expertises psychiatriques de lever les soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète : le juge ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète sans différer la mainlevée : – soit en application de l'article L. 3211-12, III, à l'occasion d'un recours contre une décision du préfet ou de sa propre initiative ; – soit en application de l'article L. 3211-12-1, à l'occasion du contrôle systématique par le JLD des hospitalisations complètes avant l'échéance d'un délai de 15 jours à compter de l'admission, puis avant celle des six mois faisant suite au premier contrôle ou à toute décision du JLD intervenue entretemps.
Levée pour défaut de décision du JLD, ou par suite d'un constat judiciaire de mainlevée en cas de saisine tardive rendant impossible la tenue d'un débat contradictoire	La mesure de soins sur décision du préfet sous la forme d'une hospitalisation complète est réputée levée : 1° – en l'absence de décision du JLD : si le JLD n'a pas statué dans les 15 jours de l'admission, ou dans les six mois suivant son premier contrôle, en cas de maintien des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète ; 2° – en cas de constat judiciaire de mainlevée de la mesure si le juge estime que les conditions d'un débat contradictoire ne sont pas remplies et qu'il n'est pas justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive. TOUTEFOIS, une nouvelle mesure de soins psychiatriques sous une autre forme qu'en hospitalisation complète peut être prise sur la base de l'article L. 3211-12-5 pour assurer la continuité des soins (pas de période de soins et d'observation) si les critères d'entrée dans le dispositif sont remplis et selon les modalités normales afférentes à la procédure mise en œuvre (certificat et programme de soins).
Levée sur demande de la commission départementale	Décision du préfet : – sur proposition d'un psychiatre de l'établissement et après avis conforme d'un collège de soignants + après deux expertises concordantes
Levée sur avis médical	Décision du préfet : – sur proposition d'un psychiatre de l'établissement et après avis conforme d'un collège de soignants + après deux expertises concordantes

1.3.7 Information sur la mesure

L'article L. 3213-9 CSP fixe la liste des personnes et des autorités que le préfet doit aviser en cas de décision d'admission, de maintien ou de levée d'une mesure de soins psychiatriques sous contrainte, que celle-ci ait été prononcée par « l'autorité publique » ou qu'il s'agisse d'une décision de justice (HO judiciaire).

Sont ainsi visés :

- 1°, le **procureur** près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé mais également celui près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe la résidence habituelle ou le lieu de séjour du patient ;
- 2°, le **maire** de la commune où se situe la résidence habituelle ou le lieu de séjour du patient, mais également celui de la commune où est implanté l'établissement de santé ;
- 3°, la **commission départementale des soins psychiatriques** ;
- 4°, la **famille** du patient ;
- 5°, la personne chargée de la **protection juridique** de l'intéressé, le cas échéant.

Le dernier alinéa ajoute enfin une nouvelle obligation d'information sur la modification de la forme de prise en charge, lorsque celle-ci n'a plus lieu sous forme d'une hospitalisation complète. Cette information s'adresse aux mêmes destinataires.

NB. « Entrent donc a priori dans le champ du présent article non seulement les propres décisions du préfet en application du chapitre III mais également les décisions prises par les juges sur la base de l'article 706-135 du code de procédure pénale, qui constitue en quelque sorte le pendant judiciaire de l'article L. 3213-7²³. »

**Une nouvelle obligation
d'information sur la modification
de la forme de prise en charge**

1.3.8 Désaccords préfet/psychiatre

Deux types de désaccords peuvent survenir :

- **Désaccord sur la levée « sèche » de l'hospitalisation²⁴.**

Si, le préfet n'ordonne pas la levée de l'hospitalisation complète, alors qu'un psychiatre en charge du patient atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié son admission ne sont plus réunies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée ; le directeur de l'établissement doit saisir le JLD²⁵.

NB. Ce dispositif ne s'applique qu'au-delà de 15 jours d'hospitalisation.

- **Désaccord sur la transformation d'une mesure d'hospitalisation complète en programme de soins²⁶ :**

Si, le préfet décide de ne pas suivre l'avis par lequel un psychiatre de l'établissement d'accueil constate qu'une mesure de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre.

Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de soixante-douze heures après la décision du préfet, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'une mesure de soins alternative à l'hospitalisation complète.

Pour les patients jugés « à risques », le préfet décide de la fin de la mesure d'hospitalisation ou de la transformation de la mesure en programme de soins, si chacun des avis et expertises prévus à l'article L.3213-8 CSP (avis du collège de soignants + avis concordants de 2 psychiatres extérieurs à l'établissement et inscrits sur la liste du procureur de la République) constate que la mesure d'hospitalisation complète n'est plus nécessaire.

17

²³ Précisions apportées par le rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

²⁴ Art. L. 3213-5 CSP modifié par art. 3 5° de la loi du 5 juillet 2011

²⁵ Juge des libertés et de la détention

²⁶ Art. L. 3213-9-1 CSP introduit par l'art. 4 de la loi du 5 juillet 2011

N.B. Précisions apportées par le Ministère de la Santé, «La réforme de la loi de 1990 : 8 points-clés pour vous guider», 6 juillet 2011 :

Ces dispositions spécifiques ne couvrent pas :

- la transformation d'un programme X en programme Y (désaccord sur un allègement de programme) ;
 - si le préfet refuse un allègement de programme, le programme précédent est maintenu ;
- la transformation d'un programme X en fin de la mesure de contrainte ;
 - si le préfet refuse la fin de la mesure d'un patient bénéficiant d'un programme, la mesure se poursuit. Dans ces deux cas, la saisine facultative du JLD reste possible.

Règlement des désaccords psychiatre/Préfet

Désaccord sur la sortie sèche de la prise en charge sous contrainte :

- Le Directeur saisit le JLD pour trancher le désaccord

Désaccord sur la transformation d'une hospitalisation complète (HC) en programme de soins (PS) :

- Le Directeur sollicite l'avis d'un 2^e psychiatre qui doit être rendu sous 72 h
 - Si 2^e avis conforme au 1^{er} : le Préfet doit suivre et prendre un arrêté de transformation d'HC en PS.
 - Si 2^e avis non conforme au 1^{er} : le Préfet peut maintenir la mesure d'HC.



1.4 Hospitalisation d'office judiciaire

La loi du 5 juillet n'a pas modifié les conditions d'admission en hospitalisation d'office sur demande judiciaire, mais dans la mesure où le régime de ces hospitalisations suit celui des hospitalisations sur décision du préfet, les HO judiciaires sont, *in fine*, également impactées par la réforme.

Pour mémoire, il existe **deux types d'HO judiciaires** :

- celles prononcées directement par un magistrat dans le cadre d'une procédure pénale conduisant à une déclaration d'irresponsabilité pénale (art. 706-135 CPP);
- celles ordonnées par le préfet saisi par le magistrat ayant déclaré le prévenu pénalement irresponsable (art. L. 3213-7 CSP).

NB. Précisions issues du rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011, p. 83 :

«On rassemble couramment sous l'appellation d'"hospitalisation d'office judiciaire" les mesures d'hospitalisation sans consentement prononcées sur le fondement de deux dispositions légales différentes :

- Il s'agit, d'une part, de l'article **L. 3213-7 CSP**, qui prévoit la possibilité pour les autorités judiciaires, lorsqu'elles estiment que l'état mental d'une **personne pénalement irresponsable** à raison de ses troubles mentaux "*nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public*", de saisir le préfet, lequel doit alors prendre "*sans délai toute mesure utile*", notamment une hospitalisation d'office.

L'article L. 3213-7 CSP précité prévoit la possibilité d'engager cette procédure dans trois cas :

- lorsque la personne a bénéficié **d'un classement sans suite motivé par son irresponsabilité pénale** au sens de l'article 122-1 du code pénal, c'est-à-dire au motif qu'elle était "*atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes*" [décision du Procureur]* ;
- lorsque la personne a bénéficié **d'une décision d'irresponsabilité pénale** pour cause de trouble mental [décision du Juge d'instruction]* ;

Il existe deux types d'HO judiciaires susceptibles d'être prononcées pour les personnes déclarées pénalement irresponsables.

– lorsque la personne a bénéficié d'un **jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale** pour cause de trouble mental [décision de la juridiction de jugement]*.

L'article L. 3211-8 du même code dispose qu'il ne peut être mis fin à une hospitalisation d'office prononcée sur le fondement de l'article L. 3211-7 CSP "*que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement*". Il est précisé que ces deux décisions doivent résulter de "*deux examens séparés et concordants*", et qu'elles doivent "*établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui*".

- Il s'agit, d'autre part, de l'article **706-135 du code de procédure pénale** qui permet à la chambre de l'instruction ou à une juridiction de jugement, lorsqu'elle prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, **d'ordonner "par décision motivée" l'hospitalisation** d'office de la personne "*s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public*". Cet article précise que le régime d'une telle hospitalisation est le même que celui des **hospitalisations d'office** de droit commun, mais qu'il ne peut y être mis fin que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement.

Ainsi, dans ces deux procédures, c'est l'autorité judiciaire qui est à l'origine de la mesure d'hospitalisation "d'office". »

 **Récapitulatif sur la mesure d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire (source Ministère de la Santé).**

* Note de la rédaction

1.5 Dispositions communes

1.5.1 Suivi des patients

A. Période d'observation initiale de 72 h²⁷

Quelle que soit la procédure suivie, lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques « sans son consentement », elle fait l'objet d'une **période d'observation et de soins initiale** sous la forme d'une hospitalisation complète pendant 72 h.

Cette étape a pour objectif « d'évaluer la capacité du patient à consentir aux soins, d'engager les soins nécessaires et d'évaluer l'état du patient pour définir la forme de prise en charge la mieux adaptée à ses besoins »²⁸.

NB. Durant cette période, **la décision de soins sans consentement est déjà prise.**

Un **examen somatique complet** du malade doit être réalisé dans les **24 h²⁹**, et dans le même temps, un **certificat médical d'un psychiatre** constatant l'état mental du malade confirme ou non la nécessité de la mesure. **Dans les 72 h**, un second certificat est établi dans les mêmes conditions ; et, si la mesure est maintenue, **l'avis d'un psychiatre de l'établissement³⁰** propose le cadre de la prise en charge (hospitalisation complète ou forme alternative), et définit, le cas échéant, **le programme de soins.**

NB. Précisions apportées par la Commission des affaires sociales³¹ :

- **Prise en charge du patient :**

Durant cette période, des traitements médicamenteux peuvent être entrepris pour corriger notamment les troubles du comportement les plus importants, afin d'instaurer avec le malade une relation plus favorable à la recherche d'un consentement aux soins.

- **Suivi du patient et portée des certificats :**

– Dans le cas d'une **mesure de soins prononcée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent,**

L'admission doit nécessairement débuter par une période d'observation en hospitalisation complète.

le directeur de l'établissement doit immédiatement prononcer la levée de la mesure dès que l'un des deux certificats conclut qu'elle n'est plus justifiée par l'état mental de la personne³².

– Dans le cas d'une **admission en soins sans consentement sur décision du préfet**, seul ce dernier a compétence pour lever ou non la mesure de soins sans consentement.

- **Orientation du patient et portée de la proposition établie par le psychiatre :**

– S'agissant d'une **admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent**, le Directeur de l'établissement a compétence liée pour prononcer le maintien des soins lorsque les certificats établis dans les 24 et 72 h suivant l'admission concluent à la nécessité d'une telle prolongation, et pour retenir la forme de prise en charge proposée par le psychiatre, ainsi que le programme de soins établi par lui³³.

– S'agissant d'une **procédure d'admission sur décision du préfet**, ce dernier a compétence pour décider de la forme de la prise en charge de la personne « en tenant compte » non seulement de la proposition établie par le psychiatre, mais également, « des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public »³⁴.

🔍 Pour aller plus loin...

Extraits de la Foire aux questions – réforme soins psychiatriques, Ministère de la santé.

²⁷ Art. L. 3211-22 introduit par l'article 1^{er} 5^o de la loi du 5 juillet 2011

²⁸ Circulaire du 11 août 2011

²⁹ Précision de la circulaire du 11 août 2011 : l'examen somatique peut être réalisé par un interne, dans les conditions de l'article R. 6153-3 CSP, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

³⁰ L'avis médical et de manière générale, l'ensemble des certificats médicaux doivent être dactylographiés.

³¹ Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

³² Art. L. 3212-4 al.1 CSP modifié par art. 2 de la loi du 5 juillet 2011

³³ Art. L. 3212-4 al.2 CSP modifié par art. 2 de la loi du 5 juillet 2011

³⁴ Art. L. 3213-1 II CSP modifié par art. 3 de la loi du 5 juillet 2011

La période d'observation initiale

- Une période d'observation initiale de 72 h en hospitalisation complète doit systématiquement être respectée.
- Durant cette période, les formalités suivantes doivent être accomplies :
 - ◆ dans les 24 heures suivant l'admission :
 - 1 examen somatique du malade
 - 1 certificat médical d'un psychiatre
 - ◆ dans les 72 heures suivant l'admission : 1 certificat médical d'un psychiatre
- Si l'un des certificats conclut à la levée de la mesure :
 - si admission sur demande d'un tiers ou péril imminent : le directeur doit immédiatement prononcer la levée
 - si admission sur décision du préfet : le préfet a seul compétence pour prononcer ou non la levée de la mesure
- Si les 2 certificats ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques :
 - dans les 72 h, un psychiatre propose la forme de la prise en charge, et le cas échéant, le programme de soins
 - si admission sur demande d'un tiers ou péril imminent : le directeur prend la décision proposée par le psychiatre
 - si admission sur décision du préfet : le préfet a compétence pour décider de la forme de la prise en charge

B. Contrôles médicaux ultérieurs³⁵

Périodicité des certificats

Un certificat médical doit être établi **après le 5^e et au plus tard le 8^e jour de la mesure**³⁶, puis tous les mois. Les certificats mensuels doivent être établis dans les trois derniers jours de la période en cause.

NB. Le **certificat médical** établi le 6^e, le 7^e ou le 8^e jour, remplit 2 fonctions³⁷ :

- Il remplace tout d'abord le certificat médical de quinzaine permettant au directeur de se prononcer sur le maintien des soins pour une durée d'un mois.
- La production de ce certificat doit en outre permettre une première info du JLD (du moins du greffe), préalablement à la saisine officielle par le Directeur de l'établissement qui devrait, elle, avoir lieu à J + 12 et qui est accompagné d'un avis conjoint de 2 psychiatres de l'établissement.

Contenu des certificats

Quelle que soit la procédure envisagée, les certificats médicaux précisent si **la forme de la prise en charge**

de la personne malade (hospitalisation complète ou programme de soins) demeure adaptée et, le cas échéant, en proposant une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un **avis médical** sur la base du dossier médical.

• Procédure d'admission sur décision du préfet

Les certificats doivent en outre être circonstanciés, confirmer ou infirmer les observations contenues dans les précédents certificats, et préciser les caractéristiques de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition.

NB. Le contenu des **certificats mensuels** établis dans le cadre des admissions sur décision du préfet, doit différer quelque peu de celui des certificats mensuels établis dans le cadre de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent dans la mesure où il s'adresse, *in fine*, au préfet qui n'a pas de compétence médicale particulière, et non au directeur de l'établissement de santé qui est par ailleurs lié par l'avis du psychiatre³⁸.

³⁵ Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : art. L. 3212-4 CSP modifié par art. 2 2° de la loi du 5 juillet 2011 ; procédure de soins psychiatriques sur décision du Préfet et HO judiciaire : L. 3213-3 et s. CSP modifiés par art. 3 4° de la loi du 5 juillet 2011.

³⁶ Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : art. L. 3212-7 CSP ; procédure de soins psychiatriques sur décision du Préfet et HO judiciaire : art. L. 3213-3 CSP.

³⁷ Précisions apportées par le rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

³⁸ Précisions apportées par le rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011.

Effets des certificats sur la prolongation de la mesure

- Procédure d'admission à la demande d'un tiers ou de péril imminent.

Au vu de chaque certificat, le directeur de l'établissement peut maintenir les soins **pour une durée maximale d'un mois**.

N.B. Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés ci-dessus entraîne la levée de la mesure de soins.

- Procédure d'admission sur décision du préfet.

La mesure est prolongée pour **1 mois** par le préfet au vu du certificat du 6^e, 7^e ou 8^e jour.

Le 1^{er} certificat mensuel permet ensuite au préfet de prolonger la mesure pour une durée de **3 mois**.

Au-delà de cette durée, la mesure de soins peut être maintenue par le préfet pour des **périodes maximales de 6 mois renouvelables** selon les mêmes modalités.

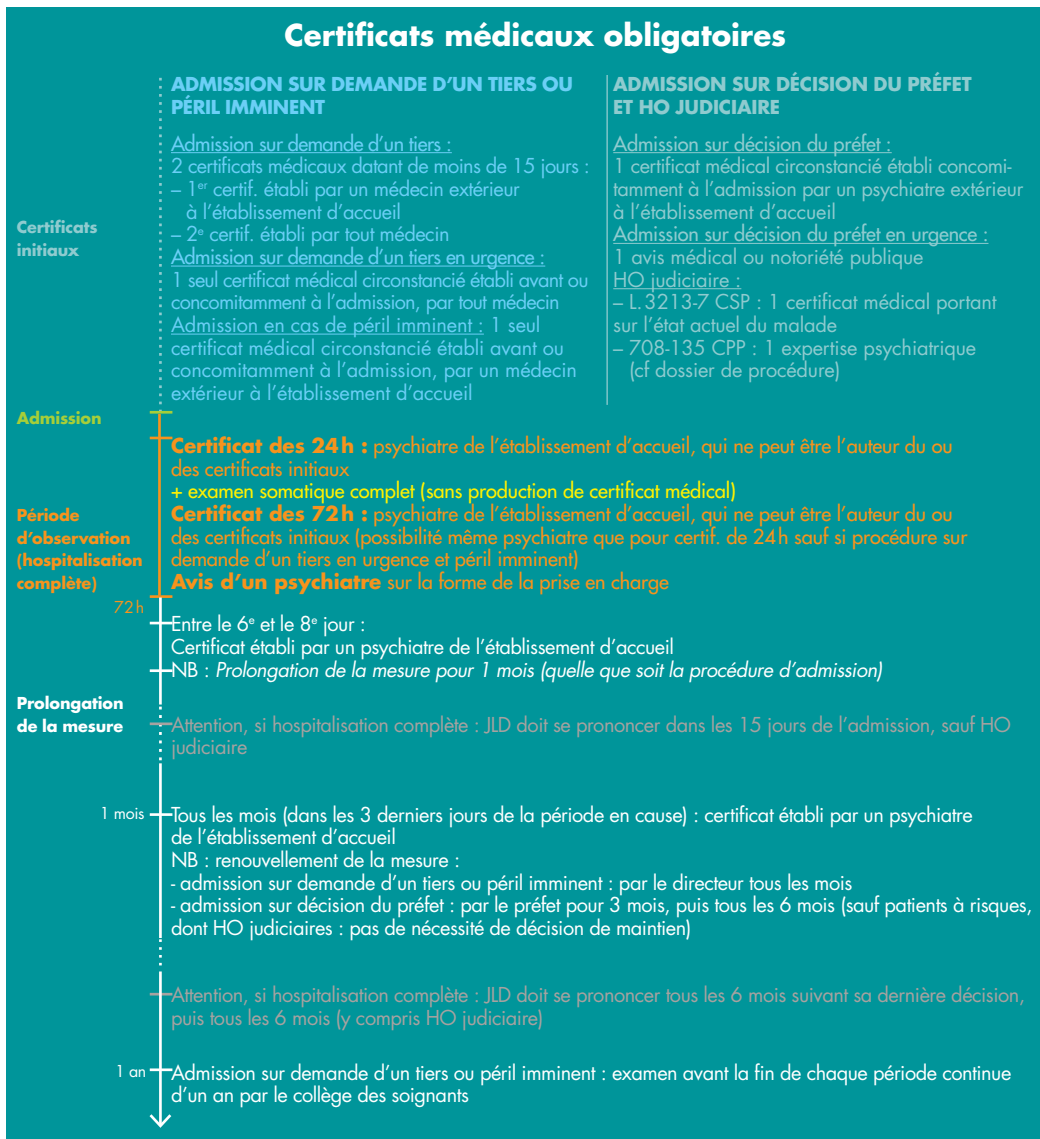
Information des autorités compétentes³⁹

Quelle que soit la procédure d'admission, les copies des certificats et avis médicaux sont adressées sans délai par le **directeur de l'établissement** d'accueil au préfet et à la **commission départementale des soins psychiatriques**.

Lorsque la personne malade est prise en charge sous la forme d'une **hospitalisation complète**, une copie du certificat médical ou de l'avis médical établi, après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit la décision d'admission est également adressée sans délai au **juge des libertés et de la détention** compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil.



³⁹ Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent : art. L. 3212-7 al. 5 CSP ; procédure de soins psychiatriques sur décision du Préfet et HO judiciaire : art. L. 3213-3 II CSP



 Récapitulatif sur les certificats et avis médicaux (source Ministère de la santé).

1.5.2 Passage dans une unité de médecine d'urgence⁴⁰

Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques sur demande d'un tiers, en cas de péril imminent ou sur demande du préfet, est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'exerce pas la mission de service public d'accueil des personnes admises en psychiatrie sans leur consentement, **son transfert vers un établissement**

exerçant cette mission est organisée selon les modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et **au plus tard sous 48 h**.

Dans cette hypothèse, la période d'observation et de soins initiale court « dès le début de la prise en charge ». Il est ici 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 JLD, que la rédaction des certificats médicaux.

⁴⁰ Art. L. 3211-2-3 CSP introduit par l'article 1^{er} 5^e de la loi du 5 juillet 2011

Sur la détermination du début de la prise en charge, la circulaire 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, précise que :

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.

Quant aux modalités de rédaction des certificats médicaux, la circulaire précise :

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 CSP). 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 CSP, 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 CSP 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.

24

Cas de l'accueil dans une unité de médecine d'urgence

- Transfert du patient vers un établissement habilité
- Selon les modalités prévues par convention
- Au plus tard sous 48h
- Le début de la période de 72 h :
 - commence dès l'heure d'admission aux urgences, si le patient arrive aux urgences pour la prise en charge psychiatrique (cas par exemple d'un certificat médical déjà effectué) ;
 - est acté par le premier certificat du psychiatre, qui doit donc être horodaté, si le patient arrive aux urgences mais que la nécessité d'une prise en charge psychiatrique n'est avérée que secondairement.

1.6 Prises en charge spécifiques

1.6.1 Admission des mineurs⁴¹

Hors admission à la demande du préfet, la décision d'admission en soins psychiatrique d'un mineur ou la levée de cette mesure est demandée, selon les situations, par les **titulaires de l'autorité parentale** ou par le **tuteur**. Il n'est désormais plus fait référence au conseil de famille et au juge des tutelles. En cas de désaccord des parents, la possibilité de saisir le juge aux affaires familiales demeure.

1.6.2 Admission des détenus

A. Modalités d'admission⁴²

- Conditions de fond
Nécessité des **soins immédiats assortis d'une surveillance constante** en milieu hospitalier en raison de troubles mentaux rendant impossible le consentement et constituant un danger pour le détenu lui-même ou pour autrui.

- Formalisme de l'admission
 - certificat médical circonstancié ;
 - arrêté du préfet du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées par le préfet (ex. HO).

Les **arrêtés préfectoraux** sont **motivés** et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de soins psychiatriques nécessaire. Ils désignent l'établissement qui assure la prise en charge de la personne malade.

B. Forme de la prise en charge

La prise en charge des détenus admis en soins psychiatriques ne peut faire l'objet que d'une **hospitalisation complète**⁴³.

C. Établissements habilités à recevoir les détenus

L'exigence d'une prise en charge en **unité hospitalière spécialement aménagée** (UHSA) demeure. Ceci étant, le patient peut également être accueilli, sur la base d'un certificat médical en **unité pour malades difficiles** (UMD).

Les **personnes mineures** détenues peuvent être hospitalisées dans un établissement habilité à recevoir des patients admis sans leur consentement, en dehors d'une UMD.

NB Dans l'attente d'UHSA en nombre suffisant, les dispositions de l'article 48 de la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice continuent à s'appliquer⁴⁴ :

« Dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées mentionnées à l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé [...] » qui peut recevoir des personnes en soins sans consentement.

D. Contrôle par le juge des libertés et de la détention (JLD)

L'**avis conjoint** nécessaire à la saisine obligatoire du JLD (15 jours et 6 mois) pour les patients jugés « à risques » doit être rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil désigné par le directeur et participant à la prise en charge du patient, ainsi que par un psychiatre consulté par tout moyen, intervenant dans l'établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation⁴⁵.

Si le JLD ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, cette décision doit être notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le Procureur de la république.

⁴¹ Art. L. 3211-10 CSP modifié par article 1^{er} 11^o loi du 5 juillet 2011 et art. R. 3211-8 à R. 3211-26 CSP introduits par le décret n°2011-846 du 18 juillet 2011

⁴² Art. L. 3214-3 CSP modifié par art 5 4^o loi du 5 juillet 2011

⁴³ Art. L. 3214-1 CSP introduit par l'art. 4 2^o loi du 5 juillet 2011

⁴⁴ Q/R faire aux questions : réforme soins psychiatriques

⁴⁵ Art. L. 3214-2 CSP modifié par art. 5 3^o loi du 5 juillet 2011

1.6.3 Situation des patients jugés « à risques »

A. Personnes concernées

Trois catégories de malades font l'objet, compte tenu de leur dangerosité potentielle, d'un dispositif particulier, impliquant un suivi renforcé.

Il s'agit :

1 – des patients dont la mesure de soins psychiatriques fait suite à une **déclaration d'irresponsabilité pénale**, que cette mesure ait été ordonnée par l'autorité judiciaire (art. 706-135 code de procédure pénale) ou par le préfet (L. 3213-7 CSP) ;

2 – des patients dont la mesure de soins psychiatriques, décidée par le préfet, est mise en œuvre en **unités pour malades difficiles (UMD)** ;

3 – des patients faisant l'objet d'une mesure de **soins psychiatriques décidée par le préfet** et ayant :

- soit fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques suite à une **déclaration d'irresponsabilité pénale**, ayant pris fin depuis moins de 10 ans⁴⁶ ;
- soit, séjourné en **UMD un an** ou plus, au cours des 10 dernières années⁴⁷.

N.B. Ce régime renforcé n'est pas applicable aux patients faisant l'objet d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

B. Information du préfet⁴⁸

Pour les malades appartenant à la 3^e catégorie, il appartient au **psychiatre** qui envisage une sortie de courte durée, la mise en œuvre d'un programme de soins ou une levée de la mesure de soins, d'en informer le **directeur de l'établissement** d'accueil qui le signale sans délai au **préfet**⁴⁹.

Trois catégories de patients jugés « à risques » font l'objet d'un suivi renforcé.

C. Mainlevée de la mesure d'hospitalisation

- L'appartenance du patient à l'une de ces 3 catégories a des conséquences procédurales importantes tant lors l'exercice d'un recours facultatif au **JLD**, que lors de l'examen systématique de la mesure par ce magistrat (cf. *infra* « mainlevée judiciaire », p. 32)⁵⁰.

En effet :

- lorsqu'il est saisi, le JLD doit nécessairement disposer de **l'avis motivé d'un collège de soignants** constitué au sein de l'établissement (cf. *infra* « création d'un collège de soignants », p. 30) avant de statuer ;
- en outre, si le JLD envisage d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il doit préalablement avoir recueilli les **conclusions de deux experts**.

- Enfin pour ces 3 catégories de patients, le **préfet** ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques⁵¹ :

- qu'après **avis du collège de soignants**,
- ainsi qu'après **deux avis concordants** sur l'état mental du patient émis par **deux psychiatres** choisis dans les conditions fixées à l'article L. 3213-5-1 CSP.

D. Programme de soins⁵²

Pour les patients appartenant à la 3^e catégorie, le préfet ne peut décider d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète qu'après avoir recueilli l'avis du collège de soignants.

E. Forme des certificats et avis médicaux⁵³

Les certificats et avis médicaux établis dans le cadre de la prise en charge de patients « à risques » doivent être précis, **motivés** et **dactylographiés**.

Par ailleurs, *« 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 »*.

⁴⁶ Art. L. 3211-12 II 1^o CSP

⁴⁷ Art. L. 3211-12 II 2^o et R. 3222-9 CSP

⁴⁸ Art. L. 3211-12 II et L. 3211-12-1 III al.3 CSP

⁴⁹ Art. L. 3213-1 II CSP modifiés par art. 3 2^o loi 5 juillet 2011

⁵⁰ Art. L. 3211-12 II et L. 3211-12-1 III al.3 CSP

⁵¹ Art. L. 3213-8 CSP

⁵² Art. L. 3213-1 III CSP modifiés par art. 3 2^o loi 5 juillet 2011

⁵³ Art. R3213-3 CSP créé par art. 4, décret n°2011-847 du 18 juillet 2011

2 Droits des patients



2.1 Maintien du « régime de liberté » comme mode prioritaire de prise en charge

La possibilité, pour le patient, d'obtenir des soins psychiatriques à sa demande demeure la modalité de prise en charge à privilégier⁵⁴. Seule nuance apportée par la loi pour uniformiser les dispositions concer-

nant la psychiatrie, il n'est désormais plus question d'hospitalisation libre (HL) mais de « soins psychiatriques libres ».

27

2.2 Accès à des formes alternatives à l'hospitalisation sous contrainte⁵⁵ : le programme de soins

La prise en charge « sous contrainte » en psychiatrie ne se cantonne plus désormais à l'hospitalisation complète du patient, mais peut s'envisager sous une autre forme incluant le cas échéant des **soins à domicile** et/ou des **séjours en établissements de santé**.

Ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée, mais un programme de soins.

NB. Précisions issues du rapport de la commission des affaires sociales⁵⁶ :

« Dans tous les cas, les soins psychiatriques seront dispensés par un établissement de santé chargé de la mission de service public consistant à assurer la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement. Ces établissements seront donc responsables de la dispensation des soins. Ceci étant, les soins pourront être dispensés par d'autres intervenants que l'hôpital psychiatrique. »

Ceci étant, les soins pourront être dispensés par d'autres intervenants que l'hôpital psychiatrique.

Pour les soins ambulatoires, il s'agira notamment des centres médico-psychologiques implantés en ville, ainsi que d'autres structures rattachées au secteur psychiatriques comme les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les ateliers thérapeutiques et les appartements thérapeutiques ; ou des praticiens libéraux et des services de soins infirmiers à domicile, dans les conditions fixées par une convention passée avec l'hôpital ou dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire ».

2.2.1 Élaboration et modification du programme de soins⁵⁷

Lorsque la prise en charge prend une forme autre que l'hospitalisation, **un programme de soins** doit être établi par le psychiatre de l'établissement d'accueil.

Ce programme ne peut être modifié que par psy-

⁵⁴ Art. L. 3211-2 CSP modifié par l'article 1 4° de la loi du 5 juillet 2011

⁵⁵ Art. L. 3211-2-1 CSP modifié par l'article 1^{er} 5° de la loi du 5 juillet 2011

⁵⁶ Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011

⁵⁷ 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

chiatre qui participe à la prise en charge du patient. Ce dernier peut toutefois le modifier à tout moment pour l'adapter à l'état de santé du malade⁵⁸.

L'**avis du patient** doit être recueilli au cours d'un **entretien** préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci. La mention de cet entretien doit être portée sur le programme de soins et dans le dossier médical du malade.

N.B. Ces nouvelles modalités de soins supposent néanmoins que soit respectée au préalable une phase initiale d'observation et de soins de 72 h en hospitalisation complète (cf. *supra* « Période d'observation initiale de 72 h », p. 20).

2.2.2 Contenu du programme de soins⁵⁹

Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité.

Il précise notamment si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes : hospitalisation à temps partiel, soins ambulatoires, soins à domicile, traitement médicamenteux⁶⁰.

En revanche, le programme de soins ne doit pas comporter d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires. Lorsqu'il inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, le programme ne doit en préciser aucun élément.

2.2.3 Information des autorités compétentes⁶¹

Le psychiatre doit transmettre le programme de soins, ainsi que les programmes apportant des modifications substantielles, au directeur de l'établissement de santé au sein duquel est admis le malade.

N.B. « Une **modification** peut être considérée comme **substantielle** dès lors qu'un des éléments constitutifs de la décision évolue notamment 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 »⁶².

Par ailleurs, lorsque la décision de soins psychiatriques a été prise par le préfet, ou par un magistrat dans le cadre d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (art. 706-135 CPP), une copie du programme de soins doit être transmise sans délai au préfet.

2.2.4 Transformation du programme de soins en hospitalisation complète⁶³

S'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme, ne permet plus, notamment du fait du comportement de cette dernière, de dispenser les soins nécessaires à son état de santé, le psychiatre qui participe à la prise en charge du malade transmet immédiatement au directeur de l'établissement **un certificat médical circonstancié** proposant une hospitalisation complète.

N.B. Cette disposition concerne essentiellement les patients faisant l'objet de soins sans consentement sous une forme alternative à l'hospitalisation complète, qui ne respecteraient pas les obligations prévues par le programme de soins établi pour organiser leur prise en charge extrahospitalière. Elle correspond donc, pour le patient, à la sanction du non respect du programme de soins. Cette possibilité aura notamment vocation à jouer en cas de « fugues »⁶⁴.

Ce nouveau mode de prise en charge, hors hospitalisation complète, emporte ipso facto, la disparition du système des sorties d'essai qui n'a dès lors plus d'intérêt.

⁵⁸ Art. R. 3211-1 CSP introduit par le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011

⁵⁹ 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

⁶⁰ Art. R. 3211-1 CSP introduit par le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011

⁶¹ 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

⁶² Circulaire du 11 août 2011

⁶³ Art. L. 3211-11 modifié par l'article 1^{er} 12^e de la loi du 5 juillet 2011

⁶⁴ Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011

Modalités de prise en charge sous contrainte

- Ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée mais un programme de soins : le psychiatre décide de la forme de ces soins :
 - en hospitalisation complète ;
 - ou sous une autre forme (hospitalisation partielle, consultations, ateliers, traitement médicamenteux...)
 - ◆ dans ce cas, le psychiatre établit, après entretien avec le malade, un programme de soins qui fixe le type de soins, le lieu des soins et leur périodicité ;
 - ◆ le programme de soins ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient et pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé de celui-ci.
- Les sorties d'essai sont supprimées.

2.3 Droit à l'information du patient⁶⁵

Les droits du patient à être informé sur sa situation sont renforcés.

2.3.1 Information avant la prise de décision

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, le **malade** est, dans la mesure où son état le permet, **informé de ce projet de décision** et mis à même de **faire valoir ses observations** par tout moyen.

2.3.2 Information après la prise de décision

Toute personne admise en soins sous contrainte doit être informée :

- **le plus rapidement possible** et d'une manière appropriée à son état, de la **décision d'admission** et de chacune des décisions maintenant ou définissant la prise en charge, ainsi que des **raisons qui les motivent** ;
- **dès l'admission ou aussitôt que son état le permet** et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions de maintien de soins ou définissant la prise en charge, de **sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours** qui lui sont ouvertes et **des garanties** qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1 CSP (saisine du JLD).

L'avis du patient sur les modalités de soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

N.B. Le texte ne précise pas à qui incombe l'obligation de fournir ces informations au malade. Selon les précisions apportées en commission des affaires sociales⁶⁶, « la responsabilité de la délivrance de l'information devrait appartenir :

- aux psychiatres pour les informations à caractère médical ;
- au préfet ou au directeur d'établissement (selon la procédure engagée) pour les informations à caractère administratif ».

La commission a néanmoins rappelé qu'« il était très probable, que, dans la pratique, toutes les informations seront fournies au patient par l'équipe soignante qui assurera sa prise en charge ».

Est par ailleurs précisé dans la foire aux questions diffusée sur le site internet du Ministère de la Santé qu'« il appartient aux établissements de santé de protocoller, s'ils le jugent nécessaire, les modalités de délivrance de l'information au patient. L'idée du législateur a été que ces informations seraient données au patient au cours de ses entretiens avec son psychiatre ou avec un membre de l'équipe soignante. Cette information ne peut se borner à faire part au patient de la décision médicale le concernant mais des considérations qui ont conduit à cette décision. Comme le veut le code de déontologie, cette information doit bien entendu tenir compte de l'intérêt du patient ».

⁶⁵ Art. L. 3211-3 al.2 CSP modifié par l'article 1^{er} 6° de la loi du 5 juillet 2011

⁶⁶ Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 mars 2011

2.4 Droits fondamentaux reconnus au patient⁶⁷

Est ajouté aux droits traditionnellement reconnus aux patients sous contrainte (communication avec le préfet, le Président du TGI, le maire et le Procureur ; saisine de la CDSP, émission et envoi de courriers,...) la

possibilité pour le malade de « porter à la connaissance du **contrôleur général des lieux de privation de liberté**, des faits ou des situations susceptibles de relever de sa compétence ».

2.5 Aménagement des sorties « de courte durée » accompagnées⁶⁸

Les modalités de sortie de courte durée sont revues.

Ces sorties autorisées pour motifs thérapeutiques ou pour accomplir des démarches nécessaires, bénéficient aux patients en hospitalisation complète. Elles durent au maximum 12 heures et doivent nécessairement être accompagnées.

Désormais, **la famille du malade ou sa personne de confiance** peuvent se substituer au personnel de l'établissement pour accompagner le patient.

NB. Dans le cadre des sorties de courte durée, le patient peut donc être **exclusivement accompagné par un membre de sa famille ou sa personne de confiance**. Le Ministère de la Santé précise toutefois

« Désormais, la famille du malade ou sa personne de confiance peuvent se substituer au personnel de l'établissement pour l'accompagner. »

que « cette disposition doit être utilisée avec discernement en fonction de l'état du patient ». Dans le cas des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, il n'est pas exclu que le préfet préfère que la sortie accompagnée ait lieu avec un membre du personnel de l'établissement.⁶⁹ »

30

2.6 Création d'un collège de soignants⁷⁰

La loi institue un collège de soignants chargé entre autres de **fournir un avis au Juge des libertés et de la détention** et au préfet, lorsque ceux-ci doivent décider de lever ou non une mesure de soins psychiatriques pour des patients jugés « à risques ».

Les modalités de désignation des membres du collège sont fixées par le décret n° 2011-847 aux articles R. 3211-2 et S. CSP.

2.6.1 Composition

Le collège qui se réunit **sur convocation du directeur** de l'établissement comprend **3 membres** appartenant au **personnel de l'établissement** :

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

2.6.2 Compétence

La saisine du collège est un préalable nécessaire à la prise d'un certain nombre de décisions concernant d'une part les patients faisant l'objet de **mesures de soins psychiatriques de longue durée**, et d'autre part, **les patients dits « à risques »** (cf. *supra* « Situation des patients jugés à risques », p. 26).

• Ainsi, le collège doit être saisi par le **directeur d'établissement**, lorsque ce dernier doit se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins, quelle qu'en soit en la forme, **dont la durée excède 1 an**, prononcée à la demande d'un tiers, ou en cas de péril imminent⁷¹ (cf. *infra* « Examen des mesures longues »).

⁶⁷ Art. L. 3211-3 al. 2 CSP complété par article 1^{er} 6° de la loi du 5 juillet 2011

⁶⁸ Art. L. 3211-1-1-1 CSP modifié par art. 1 13° loi du 5 juillet 2011

⁶⁹ Foire aux questions – réforme soins psychiatriques, site du Ministère de la Santé

⁷⁰ Art. L. 3211-9 CSP issu de la loi du 5 juillet 2011 et art. R. 3211-2 et s. CSP introduits par le décret N°2011-847 du 18 juillet 2011

⁷¹ Art. L. 3212-7 CSP modifié par l'article 2 4° de la loi du 5 juillet 2011

• S'agissant des **patients «à risques»**, le collège doit donner son avis :

– au **JLD** :

- ◆ lorsqu'il statue sur les **demandes de mainlevée** des mesures de soins⁷² ;
- ◆ lorsqu'il exerce de plein droit un **contrôle systématique** sur le maintien des mesures d'hospitalisation sans consentement dans les 15 jours après l'admission, puis tous les 6 mois⁷³ ;

– au **préfet** :

- ◆ lorsqu'il envisage de **décider une forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète** pour les patients «à risques» admis en soins psychiatriques sur sa décision⁷⁴ ;
- ◆ lorsqu'il envisage de **lever les mesures de soins** dont les mêmes personnes font l'objet sur sa décision⁷⁵.

N.B.

On entend par **patients à risques** :

– les patients dont la mesure de soins psychiatriques, décidée par le préfet, est mise en œuvre en UMD⁷⁶ ;

– les patients qui, alors qu'ils ont fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques décidée par le préfet :

- soit ont fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale et ayant pris fin depuis moins de 10 ans⁷⁷ ;

- soit, ont séjourné en unité pour malades difficiles un an ou plus, au cours des 10 dernières années⁷⁸ ;

– les patients qui font, ou ont fait l'objet d'une mesure dite « d'hospitalisation d'office judiciaire »

2.7 Examen des mesures longues⁷⁹

L'examen systématique des mesures de soins psychiatriques de longue durée ne concerne que les patients pris en charge sur **demande d'un tiers** ou selon la procédure de **péril imminent**.

Dans ces hypothèses, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, le maintien de ces soins est subordonné à une **évaluation approfondie de l'état mental** de la

personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9 CSP (cf. *supra*).

Le collège recueille **l'avis du patient**. En cas d'impossibilité d'examiner le malade à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible.

31

Examen des mesures longues

- Les mesures de soins de plus d'un an :
 - sur demande d'un tiers ;
 - en cas de péril imminent.
- Font l'objet d'un examen par le collège de soignants comprenant :
 - le psychiatre du patient ;
 - un autre psychiatre ;
 - un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient.

⁷² Art. L. 3211-12 CSP modifié par l'article 1^{er} 14^o de la loi du 5 juillet 2011

⁷³ Art. L. 3211-12-1 CSP introduit par l'article 1^{er} 15^o de la loi du 5 juillet 2011

⁷⁴ Art. L. 3213-1 et L. 3213-3 CSP modifiés par l'article 3 2^o et 4^o de la loi du 5 juillet 2011

⁷⁵ Art. L. 3213-8 CSP modifié par l'article 3 8^o de la loi du 5 juillet 2011

⁷⁶ Unité pour malades difficiles

⁷⁷ Art. L. 3211-12 II 1^o CSP modifié par l'article 1^{er} de la loi du 5 juillet 2011

⁷⁸ Art. L. 3211-12 II 2^o et R3222-9 CSP

⁷⁹ Art. L. 3212-7 al. 3 CSP mesures sur demande d'un tiers modifié par article 2 4^o de la loi du 5 juillet 2011

3 Contentieux



3.1 Mainlevée judiciaire de la mesure (procédures JLD)

Deux hypothèses de mainlevée judiciaire de la mesure coexistent.

3.1.1 Saisine du JLD par le patient ou un tiers agissant dans son intérêt⁸⁰

Le JLD dans le ressort duquel se situe l'établissement accueillant le malade, peut être saisi à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques « sans consentement ».

La saisine peut être formée par :

- 1° – La **personne faisant l'objet des soins** ;
- 2° – Les titulaires de **l'autorité parentale** ou le tuteur si la personne est mineure ;
- 3° – La **personne chargée de sa protection** si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- 4° – Son **conjoint**, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- 5° – La **personne qui a formulé la demande de soins** ;
- 6° – Un **parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt** de la personne faisant l'objet des soins ;
- 7° – Le **procureur de la République**.

Le JLD peut également se **saisir d'office, à tout moment**. À cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

Pour aller plus loin...

La procédure judiciaire de mainlevée de la mesure de soins est précisée par le décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 et expliquée dans la circulaire du 21 juillet 2011 présentant les principales dispositions de la loi du 5 juillet.

3.1.2 Saisine du JLD par le préfet ou le directeur, dans le cadre du contrôle systématique de la mesure d'hospitalisation complète⁸¹

A. Principe

- Le législateur prend ici acte des décisions du conseil constitutionnel des 26 novembre 2010 et 9 juin 2011⁸² et pose le **principe d'un contrôle systématique par le JLD des hospitalisations complètes (HC)** dont la durée dépasse 15 jours.
- Ce contrôle est ensuite renouvelé à **l'issue de chaque période de 6 mois d'HC** continue à compter de la précédente décision judiciaire, y compris si cette décision intervient dans le cadre d'une requête en mainlevée.

NB. En cas d'hospitalisation sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le 1^{er} contrôle a lieu dans les 6 mois.

⁸⁰ Art. L.3211-12 CSP modifié par art. 1^{er} 14^o loi du 5 juillet 2011

⁸¹ Art. L.3211-12-1 introduit par l'article 1^{er} 15^o de la loi du 5 juillet 2011

⁸² Décision du 26 novembre 2010 du Conseil Constitutionnel sur la question prioritaire de constitutionnalité 2010-71 (constitutionnalité de la procédure d'HDT et Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011 (constitutionnalité de la procédure d'HO)

B. Objet du contrôle

Le contrôle du juge porte sur les **mesures d'hospitalisation complètes continues** et sur les décisions les renouvelants, quelle que soit la procédure suivie (décision du directeur sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, décision du préfet, placement d'une personne détenue en UHSA⁸³, mesure d'HO judiciaire).

NB. Ce dispositif ne s'applique pas aux mesures alternatives à l'hospitalisation complète (programme des soins), même si celles-ci incluent une hospitalisation à temps partiel.

C. Saisine du JLD

La saisine incombe selon les cas, au **directeur d'établissement** (admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) ou au **préfet** (lorsqu'il est l'auteur de la décision ou lorsque la décision a été prise par l'autorité judiciaire).

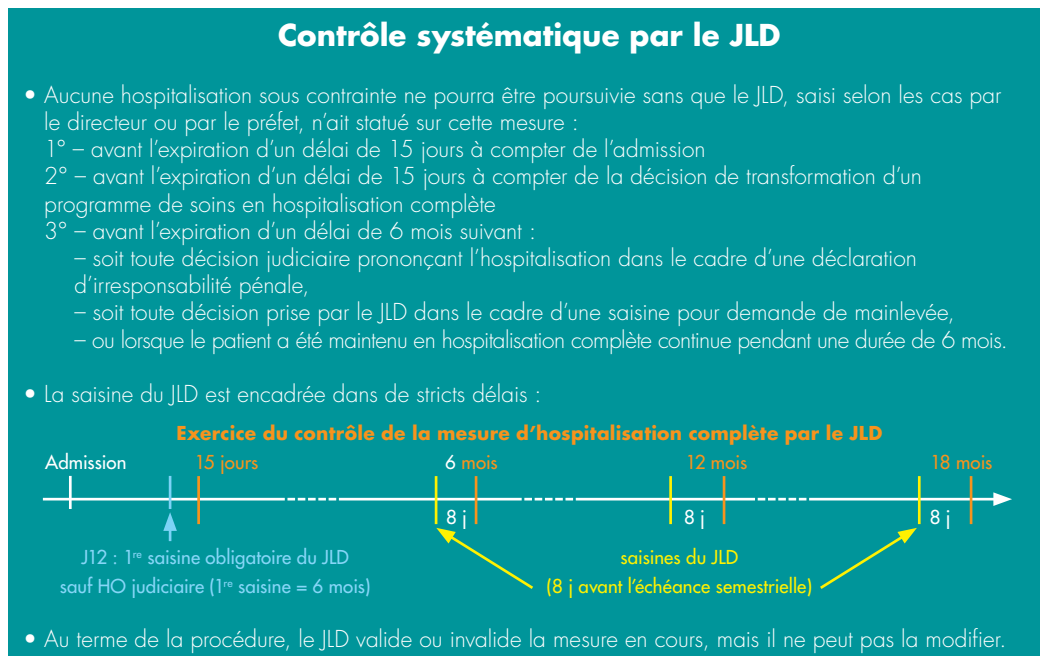
La saisine du JLD doit être accompagnée d'un **avis conjoint de deux psychiatres** de l'établissement désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la **nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète**.

- En vue de l'exercice du contrôle avant l'échéance du **15^e jour**, le JLD doit être saisi, au plus tard, 3 jours avant l'expiration du délai dans lequel il doit statuer⁸⁴. Sa saisine doit donc intervenir **au plus tard le 12^e jour à compter de l'admission en hospitalisation complète**.
- S'agissant du renouvellement du contrôle à échéance du 6^e mois, le JLD doit être saisi, au plus tard, **8 jours avant l'expiration du délai dans lequel il doit statuer**⁸⁵.

- NB.**
- Si le JLD n'a pas statué dans les délais indiqués (15 J et 6 mois), la **mainlevée** de la mesure est acquise à l'issue de chacun de ces délais.
 - Si le JLD est saisi après l'expiration des délais indiqués, il **constate** sans débat que la **levée de l'hospitalisation** complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de **circonstances exceptionnelles** à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense⁸⁶.
 - Toute **décision prise avant l'expiration** des délais de 15 J et 6 mois par le JLD **fait à nouveau courir ces délais**.

D. Effets

Au terme de la procédure, le JLD **valide ou invalide la mesure** en cours mais il ne peut la modifier de lui-même.



⁸³ Unité hospitalière spécialement aménagée
⁸⁴ Art. R. 3211-37 CSP issu du décret 2011-846
⁸⁵ Art. R. 3211-37 CSP issu du décret 2011-846
⁸⁶ Art. L. 3211-12-1 IV introduit par la loi du 5 juillet 2011

**Pour aller plus loin...**

La procédure de contrôle des mesures de soins psychiatrique est définie par le décret n° 2001-846 du 18 juillet 2011 et expliquée dans la circulaire du 21 juillet 2011 présentant les principales dispositions de la loi du 5 juillet.

3.1.3 Dispositions communes aux deux procédures

A. Tenue des audiences⁸⁷

Le JLD peut décider de **délocaliser l'audience** au sein de l'établissement de santé, ou encore de procéder, sous certaines conditions par voie de **vidéoconférence**⁸⁸. Pour ce faire, l'établissement de santé doit disposer d'une salle spécialement aménagée à cette fin dont les spécifications techniques sont décrites dans la circulaire du 29 juillet 2011 et les annexes qui y sont jointes. Cette même circulaire précise les conditions d'assermentation d'un agent hospitalier, en vue de contrôler et rendre compte du bon déroulement de l'audience.

NB. Transport des personnes hospitalisées en vue de l'audience par le JLD :

Une note relative à l'escorte des personnes hospitalisées sans leur consentement, diffusée en août 2011 par le Ministère de l'Intérieur indique que dans le cadre de la tenue d'audiences au sein des TGI :

- «le transport des personnes hospitalisées sans consentement (hors détenus) est assuré par l'établissement de santé compétent. À titre exceptionnel et sur demande du directeur d'établissement, le préfet pourra décider de mettre en place une escorte policière ou de gendarmerie lorsqu'un patient présente un risque d'atteinte grave à l'ordre public résultant d'une dangerosité particulière attestée par certificat médical ;
- s'agissant des détenus, la répartition des responsabilités entre l'administration pénitentiaire et les forces de sécurité fait l'objet d'une expertise interministérielle complémentaire. À titre transitoire [...], il a été décidé [...] que le transport relèvera de l'établissement de santé et que l'escorte sera assurée au mois d'août par les forces de sécurité, à l'exclusion des détenus en UHSA qui seront escortés par l'administration pénitentiaire. »

En tout état de cause, le Ministre de l'Intérieur recommande aux établissements et aux JLD de privilégier la tenue «d'audiences foraines» au sein des structures de soins, ou l'utilisation de la vidéoconférence.

B. Effet de l'irrégularité formelle de la décision d'admission

L'irrégularité formelle de la décision d'admission en soins psychiatriques ne saurait entraîner, à elle seule, la mainlevée de la mesure.

Les nouvelles dispositions de l'article L. 3216-1 CSP précisent en effet que «l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une **atteinte aux droits de la personne** qui en faisait l'objet. »

C. Report de l'exécution de la mesure⁸⁹

S'il **ordonne la levée de la mesure**, le JLD peut au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans **un délai maximum de 24h** afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi. Dès la mise en œuvre de ce programme, l'hospitalisation complète prend fin.

NB. Précisions apportées par la Circulaire du 21 juillet 2011 présentant les principales dispositions de la Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 : «Lorsque le juge use de la faculté de repousser de 24 heures la mainlevée de l'hospitalisation complète, sa décision ne contraint ni le directeur de l'établissement de santé, ni le préfet à mettre en œuvre un programme de soins constituant une alternative à l'hospitalisation complète. La décision prise sur ce point par le juge ne revient pas davantage à lui demander d'apprécier l'opportunité de la mise en place d'un programme de soins ambulatoire ou la forme que devrait revêtir celui-ci, ces points échappant nécessairement à ses compétences. Elle a pour unique **objet de ménager à l'autorité administrative la possibilité, sous sa responsabilité, de mettre en œuvre, le cas échéant, un tel programme avant que soit mise à exécution la levée de la mesure d'hospitalisation complète.**

⁸⁷ Art. L. 3211-1-2-2 CSP

⁸⁸ Art. L. 3211-1-2-2 CSP

⁸⁹ Art. L. 3211-1-2 III et L. 3211-6-12-1 III al.2 CSP

Lorsqu'ils décideront d'assortir une décision de mainlevée d'un report d'effet de 24h, les JLD devront, indépendamment des notifications qui incombent aux greffes, veiller à ce que les directeurs d'établissement et, le cas échéant, le préfet soient informés par tout moyen de ce report».

D. Information du patient

Quelle que soit la procédure de mainlevée, dès lors que la levée de la mesure de soins psychiatrique est acquise, un **psychiatre de l'établissement d'accueil informe la personne prise en charge** de la nécessité éventuelle de poursuivre son traitement en soins libres et lui indique les modalités qu'il estime les plus appropriées à son état⁹⁰.

E. Dispositions spécifiques pour certains patients jugés « à risques »⁹¹

Pour **les patients «les plus à risques»**, la décision de mainlevée ne peut intervenir qu'après la réunion du

collège de soignants convoqué par le directeur de l'établissement et composé de 3 membres appartenant au personnel de la structure (un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient – cf. *supra*. «Création d'un collège de soignants», p. 30).

- La **réunion du collège** est ainsi **obligatoire** en cas de demande de mainlevée concernant les personnes hospitalisées pour **irresponsabilité pénale** ou en **unité pour malades difficiles (UMD)**, mais aussi les **personnes hospitalisées sur demande du représentant de l'État et qui ont connu ce type d'antécédents** dans les 10 années précédentes.

- Par ailleurs, dans ces hypothèses, le JLD doit également provoquer **deux expertises réalisées par deux psychiatres** inscrits sur une liste établie par le procureur de la République après avis du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) ou sur la liste des experts inscrits près la cour d'appel du ressort de l'établissement.

Mainlevée judiciaire de la mesure

- 2 procédures de mainlevée judiciaires coexistent :
 - la **saisine facultative** du JLD, soit d'office, soit à la demande :
 - 1° – de la personne faisant l'objet des soins ;
 - 2° – des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
 - 3° – de la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
 - 4° – de son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
 - 5° – de la personne qui a formulé la demande de soins ;
 - 6° – d'un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
 - 7° – du procureur de la République.
 - la **saisine obligatoire** du JLD par le directeur ou par le préfet dans les 15 jours, puis dans les 6 mois d'une **hospitalisation complète, quelle que soit la procédure d'admission**.
- Quelle que soit la procédure, l'exécution de la décision de mainlevée peut, sous certaines conditions, être reportée de 24 heures.
- Quelle que soit la procédure, la décision de mainlevée des patients « à risques » nécessite la réunion préalable d'un collège et la réalisation de 2 expertises.
- La circulaire du 21 juillet détaille les procédures devant le JLD.

⁹⁰ Art. L. 3211-12-6 CSP introduit par l'article 1^{er} 15° de la loi du 5 juillet 2011

⁹¹ Art. L. 3211-12 (cadre de la levée judiciaire de l'hospitalisation) ; art. L. 3211-12-1 (cadre du contrôle systématique de la mesure de soins psychiatriques par le JLD)

3.2 Contestation de la mesure au fond

À l'heure actuelle, s'agissant de la contestation au fond de la mesure d'admission en soins psychiatriques sous contrainte :

- l'examen de la régularité de la décision d'admission est confiée au juge administratif ;
- alors qu'il appartient au juge judiciaire d'apprécier le bienfondé de la mesure et le cas échéant l'indemnisation du patient.

Les nouvelles dispositions de l'article L. 3216-1 viennent **unifier le contentieux** de l'annulation de la mesure d'admission en soins psychiatrique sous contrainte.

Est désormais prévu que « *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. [...] Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées. »

N.B. Ces dispositions n'entreront en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2013.

La juridiction administrative restera compétente pour statuer sur les recours introduits antérieurement à cette date⁹².

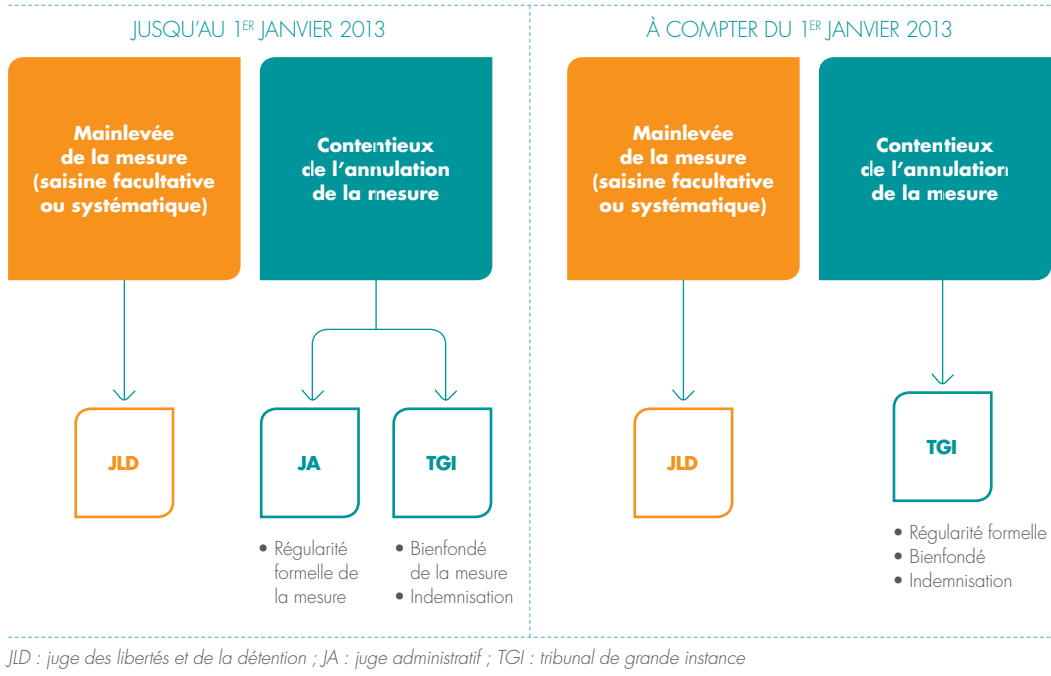
Unification du contentieux

À partir du 1^{er} janvier 2013, le juge judiciaire sera compétent pour apprécier la régularité de la décision d'admission en soins psychiatriques ainsi que le bienfondé de la mesure.



⁹² Art. 18 loi du 5 juillet 2011

3.3 Schéma de synthèse



4 Dispositions diverses



4.1 Dispositions pénales

Les adaptations des dispositions pénales prévues aux articles L. 3215-1 à L. 3215-4 CSP sont de deux ordres :

- elles visent à **compléter la liste des actes susceptibles d'être sanctionnés**, en lien avec les nouvelles dispositions introduites par la loi ;
- elles procèdent à une **harmonisation des quantum des peines** avec ceux applicables dans le droit commun.

• **Ainsi, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende**⁹³ :

1° – le fait pour le **directeur d'un établissement** habilité à recevoir des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement, de maintenir la mesure de soins, quelle qu'en soit la forme, lorsque la levée de la mesure est ordonnée par le préfet, le préfet de police ou le JLD, ou lorsque la mesure de soins doit être levée en application des articles L. 3212-4 [1 des certificats médicaux de la période d'observation], L. 3212-7 [défaut de production des certificats entre le 5^e et le 8^e jour et certificats mensuels], L. 3212-8 [certificat d'un psychiatre de l'établissement], L. 3212-9 [mainlevée demandée par CDSP, par famille, tuteur ou toute personne justifiant de relations antérieures avec le malade], L. 3213-4 [arrêté préfectoral de renouvellement de la mesure].

2° – Le fait pour le **directeur** ou pour **tout médecin** d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 CSP de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par une personne faisant l'objet de

soins psychiatriques en application des chapitres ii à iv du présent titre.

• **Est puni de 6 mois d'emprisonnement et de 7500 euros d'amende le fait pour le directeur d'un établissement de santé habilité à recevoir des patients admis sous contrainte**⁹⁴ :

1° – D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 1° du II de l'article L. 3212-1 [admission à la demande d'un tiers] sans avoir obtenu la demande d'admission en soins et les certificats médicaux prévus par le même 1° ;

2° – D'admettre une personne en soins psychiatriques en application du 2° du même II [péril imminent] sans disposer du certificat médical prévu par le même 2° ;

3° – D'omettre d'adresser au représentant de l'État dans le département, ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits la décision d'admission, les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du I de l'article L. 3212-5 ;

4° – D'omettre d'adresser au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application de l'article L. 3212-7 [certificat établi entre le 5^e et le 8^e jour, et certificats mensuels], des 1° et 2° du I de l'article L. 3213-1 [certificats des 24 et 72 h] et de l'article L. 3213-3 [certificat établi entre le 5^e et le 8^e jour et certificats mensuels] ;

5° – D'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions de l'article L. 3212-11 et du IV de l'article L. 3213-1 relatives à la tenue et à la présentation des registres ;

⁹³ Art. L. 3215-1 CSP modifié par art. 6 2° de la loi du 5 juillet 2011

⁹⁴ Art. L. 3215-2 CSP modifié par art. 6 2° de la loi du 5 juillet 2011

6° – D'omettre d'aviser dans le délai prescrit par l'article L. 3213-5 le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police du certificat médical prévu à cet article.

• Enfin, est puni de 6 mois d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende, le fait pour un médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits des certificats médicaux relevant de sa responsabilité⁹⁵.

4.2 Collaboration ARS / préfet

Sur le fondement notamment des dispositions de l'article L1435-1 CSP introduit par la loi HPST du 21 juillet 2009, l'Agence régionale de Santé (ARS) **prépare** et le cas échéant **met en œuvre** les décisions relatives aux hospitalisations sans consentement incombant au préfet.

La circulaire du 11 août 2011 précise à ce titre la forme de la contribution des ARS : « les ARS veillent à ce que le dossier produit soit établi conformément aux textes en vigueur, notamment à ce que le dossier soumis à l'appréciation du préfet soit complet et que les documents qu'il contient soient datés, signés et exploitables. »

4.3 Soutien aux familles⁹⁶

La loi mentionne les actions de soutien aux familles de patients. L'ARS est chargée de veiller à « la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes

faisant l'objet de soins psychiatriques menées par les établissements » et « par les associations ayant une activité dans le domaine de la santé et de la prise en charge des malades agréée ».

4.4 Sectorisation psychiatrique⁹⁷

Pour organiser la prise en charge des soins sans consentement, le directeur général de l'ARS (DG de l'ARS) doit, pour chaque territoire de santé, **désigner le ou les établissements de santé accueillant ces patients**, après avoir pris l'avis du préfet.

Ces établissements sont tenus d'assurer « par leurs propres moyens ou par voie de convention, la prise en charge à temps complet, à temps partiel et sous forme de consultations des patients atteints de troubles mentaux ».

Il est précisé que la « zone géographique » dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public sera précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS et son projet d'établissement devra détailler « les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement » de la mission et « les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique ».

Sectorisation psychiatrique

(extraits de « La réforme de la loi de 1990, 8 points-clés pour vous guider », 6 juillet 2011, Ministère de la Santé)

- Les établissements chargés d'assurer la mission de service public « soins psychiatriques » :
 - Désignés par le DG de l'ARS
 - Pour chaque territoire de santé
 - Après avis du Préfet
- Ces établissements doivent disposer de tous les outils thérapeutiques (HC et alternatives), en propre ou par convention.
- La zone géographique dont chaque établissement est responsable est fixée dans le CPOM.
- Le projet d'établissement précise les moyens mis en œuvre pour remplir cette mission et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique.

⁹⁵ Art. L. 3215-4 modifié par art 6 2° de la loi du 5 juillet 2011

⁹⁶ Art. L. 3221-4-1 CSP introduit par art. 8 1° de la loi du 5 juillet 2011

⁹⁷ Art. L. 3222-1 CSP modifié par art. 8 2° de la loi du 5 juillet 2011

4.5 Suivi et réinsertion sociale des patients⁹⁸

Le directeur de l'établissement de santé sera tenu de conclure des conventions sur le suivi et la réinsertion sociale des patients avec le préfet, les collectivités

territoriales compétentes sur les territoires de santé correspondants, et le DG de l'ARS.

4.6 Organisation des urgences psychiatriques⁹⁹

La loi impose la **définition d'un dispositif de réponse aux urgences** dans chaque région.

Les ARS sont chargées par la loi d'organiser, dans chaque territoire de santé, «un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques» en relation avec les **services d'urgences**, les établissements de santé, les **pompiers**, la **police**, la **gendarmerie**, les groupements de **psychiatres libéraux** et les entreprises de **transport sanitaire**.

L'objectif du dispositif est que les personnes qui en ont besoin puissent bénéficier «en quelque endroit qu'elles se trouvent» de «soins d'urgence appropriés à leur état», en prévoyant le cas échéant les modalités de transport vers un établissement de santé adapté.

Le transport devra être assuré par un **transporteur sanitaire agréé** avec «des moyens adaptés à l'état de la personne». La loi précise que le transport par ambulance ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'un premier certificat médical.

Organisation territoriale de la réponse à l'urgence

(extraits de «La réforme de la loi de 1990, 8 points-clés pour vous guider», 6 juillet 2011, Ministère de la Santé)

- L'ARS définit pour chaque territoire de santé un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques qui comprend l'organisation des modalités de transport
- Ce dispositif comprend l'ensemble des acteurs :
 - les établissements de santé ;
 - les SAMU ;
 - les SDIS ;
 - les services de police et de gendarmerie ;
 - les transporteurs sanitaires ;
 - les groupements de psychiatres libéraux.

40

4.7 Unités pour malades difficiles (UMD)

4.7.1 Patients concernés

Les UMD s'adressent aux personnes qui font l'objet de soins sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète lorsqu'elles présentent un danger pour autrui tels que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mises en œuvre que dans des unités spécifiques¹⁰⁰.

4.7.2 Modalités d'admission¹⁰¹

L'**admission** est prononcée **par arrêté du préfet**¹⁰² sur proposition d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient et avec l'accord du psychiatre responsable de l'unité. Le préfet prend sa décision au vu d'un dossier médical et administratif comprenant notamment :

⁹⁸ Art. L. 3222-1-2 CSP introduit par art. 8 2° de la loi du 5 juillet 2011

⁹⁹ Art. L. 3222-1-1 A CSP introduit par art. 8 2° de la loi du 5 juillet 2011

¹⁰⁰ Art. L. 3222-3 CSP modifié par art. 8 7° de la loi du 5 juillet 2011

¹⁰¹ Art. R. 3222-1 à R3222-9 CSP introduits par décret n°2011-847 du 18 juillet 2011

¹⁰² Préfet du département d'implantation de l'UMD, ou à Paris, du Préfet de police

1° – Un **certificat médical** détaillé établi par le psychiatre demandant l'admission, qui précise les motifs de la demande d'hospitalisation dans l'unité pour malades difficiles, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ;
 2° – L'**engagement signé par le préfet** du département de l'établissement où est hospitalisé ou détenu le patient ou, à Paris, par le préfet de police, **de faire à nouveau hospitaliser ou incarcérer dans son département le patient dans un délai de vingt jours** à compter d'un arrêté de sortie de l'unité pour malades difficiles ;
 3° – Le cas échéant, l'**indication des mesures de protection des biens** du patient qui seront prises.

Est en outre précisé qu'en cas de **désaccord** entre le **psychiatre** responsable de l'UMD et le **préfet** portant sur l'admission d'un malade en UMD, le préfet peut saisir la commission du suivi médical mentionnée à l'article R. 3222-6, qui statue sur l'admission dans les plus brefs délais. Il peut également ordonner l'expertise psychiatrique de l'intéressé, aux frais de l'établissement de santé qui est à l'origine de la demande d'admission¹⁰³.

Enfin, préalablement à l'admission, les psychiatres exerçant dans l'UMD peuvent **se rendre sur les lieux** d'hospitalisation ou de détention du malade pour l'examiner, après accord du préfet¹⁰⁴.

4.7.3 Transfert du malade

Le **transfert du malade** de son lieu d'hospitalisation ou de détention vers l'UMD est ordonné par le préfet, et doit être pris en charge, à l'aller comme au retour, par l'établissement qui est à l'origine de la demande d'admission.

4.7.4 Sorties de courte durée accompagnées

Est en outre précisé, que même admis en UMD, le patient peut bénéficier de **sorties de courte durée accompagnées**.

4.7.5 Sortie de l'UMD

Lorsque la commission du suivi médical, saisie le cas échéant par le psychiatre responsable de l'unité, constate que les conditions d'admission en UMD ne

sont plus remplies, elle saisit le préfet qui prononce, par arrêté, la sortie du patient de l'unité. Cette sortie peut être prononcée sous forme :

1° – d'une levée de la mesure de soins ou d'une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète décidée conformément aux dispositions respectives de l'article L. 3213-8 et du III de l'article L. 3213-1 CSP ;

2° – d'un transfert dans un autre établissement de santé ;

3° – d'un retour dans l'établissement de santé d'origine.

En cas de contestation de l'établissement de santé d'origine, le préfet saisit la commission du suivi médical, qui statue dans les plus brefs délais.

Lorsque le préfet prononce la sortie de l'UMD d'une personne détenue, son retour en détention est organisé à bref délai dans les conditions prévues pour la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

4.7.6 Commission du suivi médical

La **commission du suivi médical** peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé en UMD. Elle examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé dans une telle unité.

Elle peut, en outre, être saisie : par **la personne hospitalisée** dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches ; par **les procureurs de la République** des départements d'origine ou d'accueil ; par les **préfets des départements** d'origine ou d'accueil ou, à Paris, par le préfet de police ; par le **psychiatre responsable de l'unité** ; par le **médecin généraliste** ou le **psychiatre privé** traitant le patient ; par le **psychiatre hospitalier** responsable du secteur psychiatrique d'origine ; par le **directeur de l'établissement** où est implantée l'unité ; par le **directeur de l'établissement d'origine**.

La commission saisit le préfet si elle estime que les conditions du maintien de l'hospitalisation d'un patient en UMD ne sont plus remplies.

Elle informe la CDSP des conclusions des examens auxquels elle procède.

Enfin, la commission de suivi médical visite l'UMD à tout moment qu'elle juge utile et au moins une fois par semestre.

¹⁰³ Art. R. 3222-2 CSP

¹⁰⁴ Préfet du département d'implantation de cette unité ou, à Paris, le préfet de police

4.8 Contrôle des établissements de santé¹⁰⁵

La **liste** des personnes susceptibles de visiter les établissements de santé assurant la prise en charge de patients sans leur consentement est **resserrée**. Par ailleurs, le principe d'une visite biannuelle est remplacé par une **visite annuelle**.

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

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et

L. 3211-3 [droits des patients] et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11.»

N.B. Ces dispositions ne remettent pas en cause les possibilités d'intervention du **contrôleur général des lieux de privation de liberté**, telles que prévues par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007.

Pour mémoire, dans le cadre de l'exercice de ses missions, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut **visiter à tout moment**, tout **établissement de santé** habilité à recevoir des **patients hospitalisés sans leur consentement**.

À l'issue de la visite, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté fait connaître aux ministres intéressés ses **observations** concernant en particulier **l'état l'organisation** ou **le fonctionnement** du lieu visité, ainsi que **la condition des personnes visitées**.

4.9 Recentrage des missions de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)¹⁰⁶

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) devient la commission départementale des soins psychiatriques.

4.9.1 Missions

Son activité s'articule autour de 8 missions principales :

1 – Elle doit être **informée**, selon les cas, par le directeur de l'établissement ou le préfet¹⁰⁷, **de toutes les décisions d'admission** en soins psychiatriques sans consentement ainsi que de toutes **les décisions de maintien** des mesures de soins et de **levée** de ces mêmes mesures.

2 – La CDSP est également chargée de **recevoir les réclamations** des personnes faisant l'objet de soins sans consentement, ou de leur conseil, ou de leur famille.

3 – **Examine**, en tant que de besoin, **la situation des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement** et, obligatoirement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État :

- Celle de toutes les personnes admises en cas de **péril imminent** ;
- Celle de toutes les personnes dont les **soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an**.

4 – Elle **saisit**, en tant que de besoin, le **préfet** ou le **procureur de la République** de la situation des personnes qui font l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement ;

5 – Elle **visite les établissements** habilités à accueillir des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement, 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 – Elle adresse, chaque année, son **rapport d'activité**, dont le contenu est fixé par le décret 2011-847 du 18 juillet 2011, au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, 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 – Elle **peut proposer au JLD** du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques sans son consentement d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 (mainlevée judiciaire facultative), la **levée de la mesure** de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

¹⁰⁵ Art. L. 3222-4 CSP modifié par art. 8 8° de la loi du 5 juillet 2011

¹⁰⁶ Art. L. 3223-1 CSP modifié par art. 8 11° de la loi du 5 juillet 2011

¹⁰⁷ Art. R. 3223-8 CSP modifié par décret N°2011-847 du 18 juillet 2011

8 – Enfin, elle statue sur les **modalités d'accès aux informations** mentionnées à l'article L. 1111-7 CSP (accès aux informations médicales détenues par les professionnels ou établissements de santé) de toute personne admise en soins psychiatriques sans consentement.

4.9.2 Prérogatives

Est en outre précisé que les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont **accès à toutes les données médicales** relatives aux personnes dont la situation est examinée.

La CDSP peut également se voir confier par la **commission des relations avec les usagers** qui siège au sein de l'établissement, l'examen des « plaintes et réclamations » portées par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement¹⁰⁸.

4.9.3 Composition

Notez enfin que la composition des CDSP est revue. Elles sont désormais composées :

- 1° – de **deux psychiatres**, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ;
- 2° – d'un **magistrat** désigné par le premier président de la cour d'appel ;
- 3° – de **deux représentants d'associations** agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le préfet ;
- 4° – d'un **médecin généraliste** désigné par le préfet.

En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées.

4.10 Dispositions spécifiques à l'Outre-Mer

Les dispositions de la loi s'appliquent de plein droit, en vertu du principe d'identité législative, aux départements et régions d'outre-mer, aux collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre et Miquelon et à la collectivité départementale de Mayotte dans le cadre de son nouveau statut.

En revanche, des dispositions spécifiques ont été prévues pour étendre les dispositions du texte à **Wallis-et-Futuna**, aux **Terres australes et antarctiques françaises**, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française dans le respect des compétences respectives de l'État et de ces entités.

Le paragraphe V de l'article 18 de la loi rend les dispositions transitoires (cf. *infra* « Dispositions transitoires », p. 44) applicables en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française, sous réserve d'une adaptation, tendant à ce que les références faites par cet article au représentant de l'État dans le département ou au préfet de police soient remplacées par des références au Haut-commissaire de la République.

¹⁰⁸ Art. L. 1112-3 CSP modifié par art. 9 2° de la loi du 5 juillet 2011

5 Dispositions transitoires¹⁰⁹



5.1 Date d'entrée en vigueur de la loi

La loi entre en vigueur le 1^{er} août 2011.

Cette date correspond à celle à laquelle le Conseil constitutionnel a prévu que prenne effet la déclaration

d'inconstitutionnalité de l'article L. 3211-12-7 CSP, comme l'indique l'article 2 de sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, M^{lle} Danielle S.

5.2 Cas des personnes hospitalisées sans leur consentement à la date d'entrée en vigueur de la loi

44

En principe, le JLD n'exercera son contrôle de plein droit sur le maintien des malades en hospitalisation sans consentement dans les quinze premiers jours suivant leur admission, que pour les mesures de soins sans consentement prononcées à compter du 1^{er} août 2011.

Cette disposition a pour effet d'éviter que l'ensemble des mesures d'hospitalisation sans consentement appliquées à cette date soient caduques, faute de contrôle par le juge dans les conditions prévues par l'article 1^{er}.

Est néanmoins prévue une **procédure transitoire**, applicable aux cas des personnes dont l'**hospitalisation sans consentement aurait été décidée avant la date du 1^{er} août 2011**.

Il est prévu que le **maintien en hospitalisation complète** des personnes hospitalisées sans consentement soit soumis au contrôle du JLD :

– lorsque la **décision d'admission** a été prise **entre le 23 juillet et le 31 juillet 2011**, dans les quinze jours suivant cette décision ;

– lorsque la **décision d'admission** a été prise (ou, pour le cas de personnes reconnue pénalement irresponsables, prononcée par l'autorité judiciaire) **avant le 23 juillet 2011**, avant la prochaine échéance du délai de six mois suivant cette décision ou, le cas échéant, la décision du juge saisi aux fins d'ordonner la sortie immédiate de la personne.

Est par ailleurs précisé que le **directeur de l'établissement ou le préfet**, selon que la personne a été hospitalisée à la demande d'un tiers ou d'office, **devront saisir le juge au moins six jours avant l'expiration du délai dans lequel il doit statuer**. Il est également indiqué que la procédure judiciaire est organisée dans les conditions prévues par l'article 1^{er} aux articles L. 3211-12-1 à L. 3211-12-5 CSP pour l'examen de plein droit par le juge de libertés et de la détention de la nécessité du maintien des mesures d'hospitalisations.

¹⁰⁹ Art. 18 de la loi du 5 juillet 2011

Dispositions transitoires applicables aux personnes hospitalisées sans leur consentement à la date d'entrée en vigueur de la loi.

- Seules les mesures prises entre le 23 et le 31 juillet sont concernées par le contrôle à J + 15.
- Les mesures antérieures ne sont concernées que par le contrôle à J + 6 mois. Dans ce cas, le JLD doit statuer avant l'expiration de la plus prochaine des échéances successives de 6 mois suite à l'admission.

5.3 Cas des personnes bénéficiant de sorties d'essai à la date d'entrée en vigueur de la loi

Il est prévu que ces personnes soient « *réputées [...], jusqu'à l'échéance fixée par la décision autorisant la sortie d'essai, faire l'objet de soins sans consentement* » sous une forme alternative à l'hospitalisation complète, dans les conditions prévues par l'article 1^{er} ou 2^o de l'article L. 3211-2-1 CSP.

Pour mémoire, les sorties d'essai sont accordées pour une durée maximale de trois mois.

Il est prévu qu'au terme de la durée fixée pour ces sorties d'essai, la forme de la prise en charge du

malade soit **décidée** suivant une procédure spéciale :

- un **psychiatre** de l'établissement devra établir dans les **soixante-douze heures** suivant ce terme un certificat médical ou, à défaut un avis médical pour le cas où il ne pourrait pas rencontrer le patient ;
- le **préfet ou le directeur de l'établissement**, selon que le malade a été admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État ou non, **décidera la forme de la prise en charge** du patient au vu de ce certificat ou, à défaut, de l'avis établi par le psychiatre.

SHAM, l'assureur spécialiste du secteur
et des acteurs de la santé, du social
et du médico-social.

SHAM accompagne les acteurs de la santé, du social
et du médico-social depuis plus de 80 ans. Par son approche
globale, SHAM offre à ses sociétaires des solutions
d'assurance et de management des risques adaptées
à leurs besoins et spécificités.

SHAM

18, rue Édouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08
Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 - Fax : +33 (0)4 72 74 22 32
www.sham.fr



SHAM est certifiée ISO 9001 pour ses prestations
(assurance, formation, gestion des risques) délivrées
aux acteurs de la santé, du social et du médico-social



PARTAGEONS PLUS QUE L'ASSURANCE