

## DOSSIER

## LA REFORME DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT

Le dispositif des hospitalisations sans consentement s'articulait autour de deux types d'hospitalisation : d'une part, l'hospitalisation sur demande d'un tiers<sup>(1)</sup>, qui constituait une mesure d'hospitalisation pour nécessité médicale de la personne atteinte de troubles mentaux et, d'autre part, l'hospitalisation d'office<sup>(2)</sup>, motivée par la sécurité des personnes et l'ordre public et ordonnée par le préfet.

Entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2011, la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et ses trois décrets d'application<sup>(3)</sup> ont profondément réformé ce dispositif qui était jusqu'alors régi par les dispositions de la loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, dite loi « Evin » (codifiée aux articles L. 3211-1 et suivants du code de la santé publique).

Destinées à faire suite à de nombreux rapports rendus sur la question et à tenir compte des évolutions juridiques intervenues ces dernières années en la matière, cette réforme d'ampleur a également permis de mettre en conformité les dispositions du code de la santé publique avec la Constitution, à la suite des déclarations d'inconstitutionnalité prononcées en 2010 et en 2011 par le Conseil constitutionnel dans le cadre de procédure de questions prioritaires de constitutionnalité.

### I. UNE MODIFICATION NÉCESSAIRE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS SA RÉDACTION ISSUE DE LA LOI DU 27 JUIN 1990

#### 1.1 – Une réforme dictée par des évolutions juridiques et jurisprudentielles

La loi du 5 juillet 2011 a en effet pour objectif d'adapter le code de la santé publique aux évolutions juridiques caractérisées, ces dernières années, par l'importance accrue donnée aux droits des patients.

Le législateur a souhaité, en premier lieu, insérer dans le corpus législatif français la recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004 du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette recommandation prévoit notamment la consulta-

tion de la personne sur son placement et son traitement involontaires, la prise en considération de son avis, ainsi que son droit à une information régulière sur sa situation médicale et sur les voies de recours dont elle est susceptible de disposer.

La loi du 5 juillet 2011 vise, en deuxième lieu, à mettre en conformité le code de la santé publique avec plusieurs jurisprudences rendues par les juridictions nationales et européennes.

Ainsi, dans un arrêt du 3 décembre 2003 Centre hospitalier spécialisé de Caen (n°244867), le Conseil d'Etat a précisé la notion des tiers. Il a jugé qu'il résulte des dispositions de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique que 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



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

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE LA JEUNESSE  
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

MINISTÈRE DE LA VILLE

MINISTÈRE DES SPORTS

(1) « Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques (...) que lorsque (...) ses troubles mentaux rendent impossibles son consentement et son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète » (article L.3212-1-1 CSP).

(2) Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié (...), l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (article L.3213-1-1 CSP).

(3) 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 et décret n°2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

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.

La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a conclu, pour sa part, à plusieurs reprises à la violation par la France de l'article 5§4 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (aux termes duquel : « *Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale* ») pour non respect de l'exigence du « bref délai » s'agissant du traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation sans consentement.

La principale évolution jurisprudentielle résulte néanmoins des deux décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010<sup>(4)</sup> et du 9 juin 2011. Saisi dans la première affaire d'une question prioritaire de constitutionnalité portant sur l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) dans la procédure d'hospitalisation à la demande de tiers, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 3212-7 du code de la santé publique et a fixé la prise d'effet de cette déclaration d'inconstitutionnalité, c'est-à-dire l'abrogation de cette disposition, au 1<sup>er</sup> août 2011 afin de permettre au législateur d'y remédier. Le Conseil a estimé que si l'article 66 de la Constitution n'implique pas que l'autorité judiciaire soit saisie préalablement à toute mesure d'hospitalisation sans consentement, en revanche, un contrôle de l'autorité judiciaire s'impose lorsqu'il est envisagé de renouveler une hospitalisation au-delà d'une durée de 15 jours, sans préjudice de la faculté de recours devant le JLD dont dispose actuellement le malade. Le Conseil constitutionnel a en outre formulé une réserve d'interprétation en précisant que, dans le cadre de ce dernier recours, le juge judiciaire est tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais, compte tenu de la nécessité éventuelle de recueillir des éléments d'information complémen-

taires sur l'état de santé de la personne hospitalisée. Il résulte donc de cette décision que l'hospitalisation sans consentement ne peut se poursuivre au-delà d'un délai de quinze jours sans une intervention de plein droit du juge judiciaire. Le Conseil constitutionnel ne s'est toutefois pas prononcé, même implicitement, sur la périodicité selon laquelle ce contrôle de plein droit exercé par le juge devait ensuite être renouvelé.

Dans la seconde décision du 9 juin 2011, le Conseil constitutionnel a déclaré pour les mêmes raisons inconstitutionnel l'article L. 3213-4 du code de la santé publique, qui constitue le pendant pour la maintien en hospitalisation d'office de l'article L. 3212-7. Dans cette décision, le Conseil a également considéré comme inconstitutionnel l'article L. 3213-1. En effet, contrairement à l'hospitalisation sur demande d'un tiers, l'article L. 3213-1 ne prévoit aucun réexamen de la situation de la personne hospitalisée de nature à assurer que l'hospitalisation d'office est nécessaire, si le certificat médical établi dans les vingt-quatre heures suivant l'admission ne confirme pas que l'intéressé doit faire l'objet de soins en hospitalisation. Le Conseil constitutionnel a jugé qu'en l'absence d'une telle garantie, cet article n'assure pas que l'hospitalisation d'office est réservée aux cas dans lesquels elle est adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade ainsi qu'à la sûreté des personnes ou la préservation de l'ordre public.

Enfin, certaines réformes législatives, telles que celle sur les tutelles introduite par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique de majeurs, ont nécessité une actualisation de la loi du 27 juin 1990. Cette réforme appelait plus précisément une mise en cohérence des dispositions ayant trait à la protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux, notamment la suppression du curateur à la personne ad hoc prévu par l'article L. 3211-9. En effet, les nouvelles dispositions du code civil, dans leur rédaction issue de la loi du 5 mars 2007, s'avèrent désormais suffisantes pour assurer la protection des personnes hospitalisées sans consentement, sans qu'il soit nécessaire de maintenir l'institution du curateur à la personne du malade.

## 1.2. Une réforme préconisée par différents rapports publics

La loi du 27 juin 1990 ayant posé le principe de son évaluation cinq ans après son entrée en vigueur, plusieurs rapports des inspections générales de différents ministères (affaires sociales, justice, intérieur) ont donc procédé à celle-ci.

Remis en septembre 1997, le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit rapport « Strohl », a conduit à plusieurs modifications dans le cadre de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, telles que la restriction de l'hospitalisation d'office pour troubles à l'ordre public aux seuls troubles graves, ou encore le renforcement de la composition des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Le « *Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement* » de l'Inspection générale de l'administration, de l'Inspection générale de la police nationale et de l'Inspection de la gendarmerie nationale, remis en mai 2004 a, quant à lui, conclu à la nécessité de réformer l'hospitalisation d'office pour remédier aux carences d'information du préfet et aux faiblesses du suivi des personnes hospitalisées d'office bénéficiant de sorties d'essai.

D'autres rapports<sup>(5)</sup> ont également évoqué la question des personnes souffrant de troubles mentaux. Traitant celle-ci sous l'angle plus particulier de la sécurité des tiers, ils ont notamment proposé de mieux encadrer les sorties des personnes hospitalisées d'office et déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux.

Ce sont toutefois les propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 remises par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires en mai 2005 qui ont constitué le socle de la réflexion menée depuis lors au ministère de la santé en concertation avec les partenaires du monde de la santé mentale. Ces échanges ont témoigné d'une conviction unanime quant à la nécessité de réformer en profondeur la loi, afin notamment de mieux tenir compte de la diversification des possibilités de prise en charge en psychiatrie, de modifier les procédures d'hospitalisation et de développer l'accès aux soins en l'absence de tiers demandeur ou de liens familiaux ou

(4) CC n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 et CC n° 2011-135/140 du 9 juin 2011.

(5) Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Monsieur Jean-François Burgelin en juillet 2005 ; rapport sur la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux rendu en février 2006 par l'IGA, l'IGS et l'IGAS ; rapport d'information fait au nom de la Commission des lois du Sénat sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses par MM Philippe Goujon et Charles Gauthier remis en juin 2006 ; rapport sur les réponses à la dangerosité établi par la mission parlementaire présidée par M. Jean-Paul Garraud, en octobre 2006.

personnels du tiers avec le patient, et d'améliorer le fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

## II. LA RÉFORME DU 5 JUILLET 2011

Si la loi du 5 juillet 2011 a réformé en profondeur de nombreuses dispositions de la législation antérieure, elle en a néanmoins maintenu certains principes fondateurs. Ainsi, le principe selon lequel les soins libres demeurent la règle, les mesures de contrainte l'exception, a été réaffirmé. De même, les deux procédures de contraintes distinctes qui préexistaient, celle à la demande d'un tiers (chapitre II) et celle à la demande du préfet (chapitre III) ont été maintenues, tout comme les procédures d'urgence spécifiques à ces procédures (mesure à la demande de tiers en urgence avec un seul certificat<sup>(6)</sup> et mesure provisoire du maire pour les mesures à la demande du préfet<sup>(7)</sup>).

Les évolutions législatives et réglementaires portent essentiellement sur huit points-clés.

### 2.1. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Afin de répondre à une difficulté identifiée sous l'empire des dispositions antérieures, à savoir l'impossibilité pour un patient d'accéder aux soins en l'absence de tiers en faisant la demande, une nouvelle procédure d'accès aux soins psychiatriques sans consentement a été mise en place. Désormais, en cas d'impossibilité de recueillir une demande de tiers, soit en l'absence de tiers, soit qu'aucun tiers ne souhaite endosser cette responsabilité, et en cas de péril imminent, le directeur de l'établissement peut désormais prononcer une admission en soins psychiatriques (2<sup>o</sup> du II de l'article L.3212-1 du code de la santé publique) sur la base d'un seul certificat médical, à l'instar de la procédure dite d'urgence. Le directeur de l'établissement doit informer, dans un délai de 24 heures, sauf difficultés particulières, une personne remplissant les conditions de proximité au patient requises pour se porter tiers. En outre le législateur a imposé que deux psychiatres différents établissent les certificats médicaux confirmant ou infirmant la nécessité des soins psychiatriques pendant les premières 72 heures de l'hospitalisation.

Pour cette nouvelle procédure comme pour la procédure sur demande d'un tiers – en urgence ou non – la loi désigne le directeur de l'établissement comme l'autorité chargée de formaliser la décision d'admission aux soins psychiatriques, et par la suite, de maintien (article L.3212-7) ou de levée de la mesure (articles L.3212-4 et L.3212-8). Ces mesures ayant un fondement exclusivement médical, le directeur de l'établissement est lié par la proposition formulée par le psychiatre qui suit le patient.

Cette médicalisation des soins sur demande d'un tiers est renforcée par la possibilité de s'opposer désormais à la levée de soins psychiatriques demandée par un tiers si le psychiatre traitant du patient estime que l'arrêt des soins lui ferait courir un péril imminent (article L.3212-8).

### 2.2. L'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète, dans le cadre d'un programme de soins : de l'hospitalisation sans consentement aux soins psychiatriques

Alors qu'antérieurement les personnes souffrant de troubles psychiatriques et faisant l'objet de mesures de contrainte ne relevaient juridiquement que de l'hospitalisation<sup>(8)</sup>, le nouveau dispositif prévoit que désormais les malades peuvent être pris en charge hors hospitalisation complète (article L.3211-2-1), et ce quel que soit leur mode d'admission dans les soins, afin de permettre une meilleure adéquation entre la situation juridique du patient et les modalités de sa prise en charge requise par son état de santé.

Le patient en soins psychiatriques sans consentement, dès lors qu'il est pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, bénéficie d'un programme de soins, élaboré par un psychiatre qui participe à sa prise en charge, et qui précise les types de soins<sup>(9)</sup>, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Le programme de soins est un document à contenu médical dans la mesure où il précise les modalités de prise en charge thérapeutiques du patient. Il ne peut cependant comporter d'élément sur la forme d'un traitement médicamenteux ou d'informations sur les résultats d'examens complémentaires. Le caractère médical du programme de soins exclut que toute autre personne qu'un psychiatre puisse en modifier le contenu. Pour les patients

pris en charge dans le cadre de mesures de soins psychiatriques sur décision du préfet, le représentant de l'Etat arrête la forme de prise en charge, c'est-à-dire soit l'hospitalisation complète, soit une autre modalité définie par un programme de soins joint à son arrêté autorisant la modalité de prise en charge. Les évolutions substantielles du programme de soins sont également soumises à son autorisation, le refus du préfet ayant pour effet de maintenir le protocole antérieur.

Le malade qui ne suivrait pas son programme de soins n'est pas automatiquement réhospitalisé, la réhospitalisation devant être proposée par un psychiatre qui connaît le patient en tenant compte de l'évolution de son état de santé (article L.3211-11).

### 2.3. La période initiale d'observation et de soins (article L.3211-2-2 CSP)

Si le patient en soins psychiatriques peut être pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le législateur a cependant prévu une période initiale d'observation et de soins, immédiatement consécutive à la décision d'admission en soins sans consentement, d'une durée maximale de 72 heures et exclusivement sous la forme d'une hospitalisation complète.

Cette période est rythmée par l'établissement de deux certificats médicaux, ainsi que par la réalisation d'un examen somatique complet de la personne visant à éliminer une origine somatique de symptômes pouvant être appréhendés comme des troubles psychiatriques.

Outre cet examen somatique, un premier certificat médical d'un psychiatre établi dans les 24 heures infirme ou confirme la nécessité de la mesure. Un second certificat est ensuite établi, dans les 72 heures, par un psychiatre, qui doit, selon certains cas, être distinct du premier. Si le second certificat confirme la nécessité de la mesure, un psychiatre propose, par avis motivé, la forme de prise en charge et, le cas échéant, le programme de soins<sup>(10)</sup>.

### 2.4. Le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention

Outre la procédure de requête aux fins de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques ouverte à une liste de personnes énumérées à l'article L.3211-12 (qui a lui-même été toiletté pour inscrire le principe de décision du juge à bref

(6) article L.3212-2 du CSP.

(7) article L.3213-3 du CSP.

(8) En sorties d'essai, dispositif qui permettait aux malades de bénéficier d'aménagement de leurs conditions de traitement, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet (ancien article L.3211-11 CSP), le malade relevait du régime de l'hospitalisation sans consentement.

(9) Article R.3211-1-II CSP

(10) Cf articles L.3211-2-2, L.3212-1 et L.3212-3 du code de la santé publique..



délaï), un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète par le JLD est mis en place (article L. 3211-12-1). Cette nouvelle procédure répond aux exigences posées par les décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 et du 9 juin 2011. Ce contrôle systématique s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète continue, ainsi qu'aux décisions les renouvelant, avant l'expiration du quinzième jour d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de la décision de réhospitalisation, puis à l'issue de chaque période de 6 mois continus à compter de la précédente décision judiciaire, y compris si cette décision intervient dans le cadre d'une requête en mainlevée. En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les 6 mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les 6 mois.

En cas de saisine après l'expiration du délai prévu pour le saisir, le JLD constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise. Cependant, le IV de l'article L. 3211-12-1 laisse au juge une marge d'appréciation pour statuer sur la demande malgré une saisine tardive. En effet, le juge ne constatera pas la mainlevée s'il est justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et si le débat peut avoir lieu dans le respect des droits de la défense. Toutefois, si la mesure est poursuivie au-delà des délais de 15 jours ou de six mois, en l'absence de toute saisine du JLD, la caducité de la mesure ne peut être que constatée, en dehors de toute intervention du JLD.

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

A l'issue de l'audience, le juge peut soit maintenir l'hospitalisation complète, soit en ordonner la mainlevée. Toutefois, que la décision de mainlevée de l'hospitalisation complète soit prise à la suite de l'exercice du recours facultatif prévu par l'article L. 3211-12, ou qu'elle intervienne dans le cadre du contrôle systématique instauré par les nouveaux articles L. 3211-12-1 et L. 3213-5, le juge apprécie, au vu des éléments du dossier, s'il convient ou non d'assortir sa décision d'une mention en différant l'effet pendant une durée qui ne peut excéder 24 heures. Ce délai doit alors permettre d'élaborer un programme de soins pour une prise en charge sous

une autre forme que l'hospitalisation complète. A défaut d'élaboration de ce programme de soins et de la prise d'un arrêté modifiant la forme de la prise en charge, la mesure de soins prend fin.

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

Enfin, bien que le principe de dualité de juridiction, selon lequel le contentieux de la régularité d'une mesure d'hospitalisation sans consentement relève des juridictions administratives et le bien-fondé de celle-ci des juridictions judiciaires n'ait pas été remis en cause par la CEDH<sup>(11)</sup> et que le Conseil Constitutionnel ait expressément rappelé la constitutionnalité de ce principe dans sa décision du 26 novembre 2010, le législateur a souhaité, dans un souci de bonne administration de la justice, transférer au juge judiciaire, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le contentieux de la régularité des décisions administratives, ainsi que le contentieux indemnitaire en résultant (article L. 3216-1). La juridiction administrative restera compétente pour statuer sur les recours introduits antérieurement à cette date.

## 2.5. Des dispositions spécifiques pour certaines catégories de malades

Le législateur a introduit des dispositions particulières pour certains patients dont les troubles ont pu connaître des épisodes violents. Celles-ci s'appliquent lors du contrôle de la mesure d'hospitalisation complète et lors des décisions en ordonnant la mainlevée. Elles concernent :

- les patients qui, lors de l'examen de leur dossier, font l'objet de soins psychiatriques à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale prononcée par l'autorité judiciaire sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale ou par le préfet en application de l'article L. 3213-7 ;
- les patients qui, lors de l'examen de leur dossier, sont placés en unité pour malades difficiles (UMD) au cours de la mesure de soins décidée par le préfet en application de l'article L. 3213-1;
- les patients qui, alors qu'ils font l'objet

d'une mesure de soins psychiatriques décidée par le préfet ont, depuis moins de 10 ans, soit fait l'objet d'une mesure de soins psychiatriques faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (1<sup>o</sup> du II de l'article L. 3211-12), soit séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) durant une période continue d'au moins un an (2<sup>o</sup> du II de l'article L. 3211-12 et article R. 3222-9).

Lorsque le psychiatre a connaissance, au regard des informations disponibles dans le dossier médical, que le patient qu'il prend en charge relève de ces dispositions particulières, il doit en informer le directeur de l'établissement, qui le signale au préfet (I de l'article L. 3213-1). Cette information est transmise par le psychiatre au moment où celui-ci envisage une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, une sortie accompagnée de courte durée ou la levée de la mesure de soins psychiatriques.

Pour apprécier la proposition de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le préfet dispose pour ces patients d'un avis supplémentaire émis par un collège défini à l'article L. 3211-9 (III de l'article L. 3213-1) et comprenant deux psychiatres, dont l'un participe à la prise en charge du patient, et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Cet avis est également requis si le préfet envisage de prendre un nouvel arrêté à la suite de la modification du programme de soins (IV de l'article R. 3211-1).

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

Parallèlement, les UMD sont définies plus précisément. L'article L. 3222-3 précise que les UMD peuvent prendre en charge les patients faisant l'objet de soins psychiatriques en hospitalisation complète décidés par le préfet, les détenus faisant l'objet de soins psychiatriques ou les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sur décision judiciaire, lorsque l'état de ces patients présente des difficultés telles que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté

(11) CEDH 18 novembre 2010 Baudoin c. France (req. n° 35935/03) et 18 juin 2002 Delbec c. France (n° 43125/98).

nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique.

## 2.6. Les dispositions en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet

La décision du Conseil Constitutionnel en date du 9 juin 2011 a conduit le législateur à prévoir une procédure particulière pour les mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat lorsque ce dernier ne suit pas l'avis du psychiatre quant à la levée d'une mesure d'hospitalisation complète ou au passage à une autre forme de prise en charge. Il résulte désormais de l'article L. 3213-9-1, que si le préfet souhaite ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement de faire sortir le patient de l'hospitalisation complète, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce second avis, rendu au plus tard 72 heures après la demande du préfet, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet, en situation de compétence liée, ordonne, selon le cas, la levée ou la mise en place de la mesure de soins proposée par le psychiatre traitant et prend un arrêté en ce sens auquel il joint, le cas échéant, le programme de soins. Si le second avis psychiatrique ne confirme pas le premier, le patient reste alors en hospitalisation complète.

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

## 2.7. Le renforcement des droits des patients

L'information des patients sur leurs droits et leurs voies de recours est renforcée. L'article L. 3211-3 insiste également sur la nécessité de tenir compte, dans la mesure du possible, de leur avis sur les décisions les concernant.

Par ailleurs, les sorties accompagnées de courte durée sont facilitées, puisque désormais, le patient, pendant ses sorties, peut être accompagné par

un membre de sa famille ou sa personne de confiance et non plus seulement par du personnel de l'établissement (article L. 3211-11-1).

Les mesures de soins psychiatriques de plus d'un an sur décision du directeur de l'établissement, à la suite d'une demande de tiers ou en cas de péril imminent, font l'objet d'un examen par le collège de soignant, prévu à l'article L. 3211-9. Le maintien du patient en soins psychiatriques est subordonné à une évaluation approfondie de son état mental par le collège, qui recueille l'avis du patient (article L. 3212-7).

Enfin, le renforcement des droits des patients se traduit également par un recentrage des missions des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, baptisées désormais commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP), sur les situations les plus sensibles : celles des soins psychiatriques en cas de péril imminent (sans tiers) et soins psychiatriques, sur décision du directeur de l'établissement ou sur décision du préfet depuis un an. Enfin, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté fait désormais partie des destinataires du rapport annuel des CDSP (article L. 3223-1).

## 2.8. Des précisions sur l'organisation territoriale

Les obligations des établissements pour assurer la mission de service public d'accueil de patients en soins psychiatriques sans consentement ont été précisées (article L. 3222-1).

L'agence régionale de santé doit, quant à elle, désormais définir sur chaque territoire de santé, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et organiser les modalités de transport (article L. 3222-1-1-A).

Des conventions passées entre le directeur de l'établissement, le préfet, le directeur général de l'ARS et les collectivités territoriales doivent définir leurs modalités de collaboration pour assurer le suivi et la réinsertion des personnes sous programme de soins (article L. 3222-1-2).

Conformément aux décisions du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010 et

9 juin 2011, ces nouvelles dispositions législatives sont entrées en vigueur le 1er août 2011. En l'absence de saisine du Conseil Constitutionnel avant la promulgation de cette loi, ces dispositions pourront toujours toutefois faire l'objet d'un examen de constitutionnalité dans le cadre de questions prioritaires de constitutionnalité.

D'ailleurs, depuis la publication de la loi, les dispositions du code de la santé publique ont déjà connu une modification et une validation partielle dans le cadre de deux questions prioritaires de constitutionnalité. Ainsi, par sa décision QPC n° 2011-174 du 6 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a censuré la possibilité pour les maires et à Paris les commissaires de police de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris de privation de liberté, à l'égard d'une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, sur le fondement « par défaut » de la seule « notoriété publique ». Ces mots, qui figurent à l'article L. 3213-2, ont donc été abrogés par l'effet de cette décision.

Enfin, dans sa décision QPC n° 2011-185 du 21 octobre 2011, si le Conseil constitutionnel a censuré l'article L. 3213-8, dans sa rédaction antérieure à la loi de 2011, qui subordonnait à l'avis favorable de deux médecins le pouvoir du JLD d'ordonner la sortie immédiate de la personne, bénéficiant d'une décision d'irresponsabilité pénale, il a validé, en raison de la spécificité de la situation d'une personne ayant commis des infractions pénales en état de trouble mental, la possibilité pour le législateur d'assortir de garanties particulières les conditions dans lesquelles la mesure d'hospitalisation d'office dont elle fait l'objet peut être levée.

*Ce dossier a été préparé par la Direction générale de la santé (bureau de la santé mentale).*

Pour des informations complémentaires, vous pouvez consulter le dossier consacré à la réforme de la loi relative aux soins psychiatriques sur le site internet du ministère de la santé en cliquant ici.

### HANDICAP

» « Dossier. Handicap et aptitude à l'emploi » (RDSS Septembre/Octobre 2011, n° 5/2011).

### HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

» « Pouvoir administratif versus pouvoir médical » (C. Castaing, AJDA, 31 octobre 2011).

### SÉCURITÉ SOCIALE

» « Les règles de prescription en matière de sécurité sociale » (T. Tauran, RDSS Septembre/Octobre 2011, n° 5/2011).

## AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE DOPAGE

Dans le cadre d'un recours tendant à l'annulation d'une sanction prononcée par l'Agence française de lutte contre le dopage lui interdisant de participer pendant deux ans aux compétitions et manifestations organisées ou autorisées par la Fédération française d'équitation, un requérant a demandé au Conseil d'Etat de transmettre au Conseil constitutionnel une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) portant sur les articles L. 232-22 et L. 232-23 du code du sport. Selon le requérant, ces dispositions seraient contraires respectivement au principe de séparation des autorités de poursuite et de jugement et au principe d'égalité.

S'agissant de l'article L. 232-22 du code des sports, le Conseil d'Etat a relevé que les dispositions de son 3° ont bien une valeur législative, dès lors que l'ordonnance du 23 mai 2006 relative à la partie législative du code du sport dont elles sont issues ont fait l'objet d'une ratification implicite du fait de la loi du 3 juillet 2008 relative à la lutte contre les produits dopants. Le Conseil d'Etat a ensuite estimé que ces dispositions se bornent à permettre à l'Agence de lutte contre le dopage de réformer les décisions de sanction prononcées pour des faits de dopage par les organes compétents des fédérations sportives et ce dans un but d'harmonisation. Elles ne mettent donc pas en cause le principe de séparation des autorités chargées de l'action publique et des autorités de jugement, lequel interdit, en matière de crimes et de délits, que le prononcé de sanctions pénales puisse résulter de la seule diligence d'une autorité chargée de l'action publique (décisions n° 95-360 DC du 2 février 1995 et n° 2004-492 DC du 2 mars 2004). En outre, ces dispositions n'impliquent nullement par elles-mêmes que l'Agence, lorsqu'elle se saisit d'une décision d'une fédération sportive, statue sur les faits reprochés au sportif licencié dans des conditions qui seraient contraires au principe d'impartialité. Le Conseil d'Etat considère, dans ces conditions, que la question soulevée par le requérant n'est pas nouvelle, ne présente pas un caractère sérieux et ne justifie pas un renvoi au Conseil constitutionnel.

Pour ce qui est des dispositions de l'article L. 232-23 qui déterminent les sanctions susceptibles d'être prononcées par l'Agence française de lutte contre le dopage, le Conseil d'Etat a relevé que celles-ci étaient applicables, en l'espèce, dans

leur version résultant de l'article 12 de l'ordonnance du 14 avril 2010 relative à la santé des sportifs et à la mise en conformité du code du sport avec les principes du code mondial antidopage. Dans la mesure où cette ordonnance n'a pas fait l'objet d'une ratification expresse dans les conditions désormais prévues à l'article 38 de la Constitution, elles ont un caractère réglementaire et ne sont donc pas susceptibles de faire l'objet d'une question prioritaire de constitutionnalité (CE 11 mars 2011, n° 341658).

## CIRCULAIRES (OPPOSABILITÉ)

Par cette décision (CE 24 octobre 2011, n° 345514), le Conseil d'Etat s'est prononcé sur l'opposabilité des circulaires qui n'ont fait l'objet que d'une mise en ligne partielle sur le site internet relevant du Premier ministre "circulaire.gouv.fr". Etaient en cause, en l'espèce, une circulaire du 22 septembre 2006 fixant, en application d'un arrêté du 8 février 1999, la liste des Etats, hors Union européenne et Espace économique européen, qui procèdent de manière réciproque avec la France à l'échange des permis de conduire. Cette circulaire a été publiée au bulletin officiel du ministère chargé de l'équipement, conformément aux dispositions de l'article 29 du décret n° 2005-1755 du 30 décembre 2005, et a fait l'objet d'une mise en ligne sur internet dans les conditions prescrites par l'article 1er du décret n° 2008-1281 du 8 décembre 2008. Toutefois, le tableau fixant la liste des Etats concernés annexé à la circulaire n'a pas été reproduit dans la version mise en ligne, la circulaire se bornant à renvoyer, pour sa consultation, au bulletin officiel du ministère chargé de l'équipement. Le Conseil d'Etat juge que, pour pouvoir être opposée, la circulaire devait être publiée au bulletin officiel et avoir été mise en ligne. Il précise « que la portée que le décret [du 8 décembre 2008] confère à la mise en ligne ne saurait toutefois s'étendre, en cas de mise en ligne partielle de la circulaire, qu'à ses dispositions effectivement consultables sur le site ». Le Conseil d'Etat considère, dans ces conditions, que le juge des référés du tribunal administratif, dont l'ordonnance était attaquée, n'a pas commis d'erreur de droit en regardant le tableau non diffusé sur internet des Etats comme inopposable aux administrés.

## DÉONTOLOGIE

Saisi d'un recours en annulation dirigé contre le décret du 30 avril 2009 nommant le président du Haut Conseil des biotechnologies, le président et les membres du comité scientifique ainsi que le président et les membres du comité économique,

éthique et social, le Conseil d'Etat (CE 3 octobre 2011, n° 328326) a été amené à se prononcer sur la conformité de ces nominations au principe d'impartialité. Le Haut Conseil des biotechnologies est notamment chargé de transmettre aux autorités publiques compétentes des avis relatifs aux risques mais aussi aux bénéfices liés à l'utilisation des organismes génétiquement modifiés (OGM). Les membres de ce Haut Conseil, qui est composé d'un comité scientifique et d'un comité économique, éthique et social, sont nommés par décret à l'issue d'une procédure d'appel à candidature. Chaque candidat est tenu de déposer une déclaration mentionnant les liens, directs ou indirects, avec les entreprises, établissements, organisations professionnelles ou associations dont les activités, produits ou intérêts entrent dans le champ de compétence du Haut Conseil. Le Conseil d'Etat considère, en premier lieu, que le fait que certaines des personnalités scientifiques nommées par le décret attaqué auraient pris des positions favorables au développement des OGM ne saurait conduire à regarder leur nomination comme contraire au principe d'impartialité. S'agissant ensuite des intérêts que peuvent avoir ces personnalités dans des organismes intervenant dans le domaine des OGM, le Conseil d'Etat constate que ces intérêts doivent, d'une part, faire l'objet d'une déclaration et que, d'autre part, le risque d'une atteinte au fonctionnement impartial du Haut Conseil est prévenu par l'obligation, pour ces personnalités, de ne pas participer aux débats lorsque des questions ayant trait à ces intérêts sont abordées. Le Conseil d'Etat relève d'ailleurs que le respect de telles obligations n'affecteraient pas de façon systématique le bon fonctionnement du Haut Conseil. Le Conseil d'Etat juge par conséquent que les requérants ne sont pas fondés à soutenir que le décret attaqué méconnaîtrait le principe d'impartialité du fait des intérêts détenus par certaines des personnalités nommées.

Courrier  
Juridique  
des  
Affaires sociales  
et des Sports

Directrice de la publication : Catherine de Salins  
Rédactrice en chef : Pearl Nguyễn Duy  
Directeur de la rédaction : Serge Horville  
Conception : ■■■■■■■■  
Réalisation maquette : Bénédicte Villechange  
ISSN : 2107-5433  
Dcom : 11.089