Modalités de mise en œuvre

de la loi du 5 juillet 2011

1) Les acronymes 3

2) Le début des soins : la période d'observation et de soins 3
i) La durée effective de la période d'observation et des soins 3
ii) Le début de la période d'hospitalisation et de soins 4
iii) L'examen somatique 5

3) Les certificats 6
i) Les certificats requis pour l'entrée dans les soins (dit certificat « d'admission » ou « certificat initial ») 6
ii) Les certificats à établir pendant la période d'observation et de soins « dits certificats « de 24h » et « de 72h") *:* toutes procédures 6
iii) Le certificat établi le 6ème, 7ème ou 8ème jour en comptant le jour de l'admission (dit « certificat de huitaine ») : toutes procédures 7
iv) Les certificats de maintien (certificats mensuels) : toutes procédures 8

4) Contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) de la nécessité des hospitalisations complètes avant l'expiration d'un délai de 15 jours ou de 6 mois à compter de la précédente décision judiciaire : article L. 3211-12-1 8
i) Le champ du contrôle systématique exercé par le JLD 8
ii) Le JLD compétent 9
iii) La transmission au JLD de la requête pour le contrôle des hospitalisations complètes avant l'échéance des 15 premiers jours ou de six mois et les pièces à transmettre 10
iv) Le calcul du délai de saisine du JLD pour le contrôle à 15 jours et le début de la période d'observation et de soins. 11
v) La saisine du JLD avant l'expiration du délai de 6 mois (Art. L 3211-12-1, 3°) 11
vi) Le déroulement de l'audience 11
vii) Les effets de la décision du JLD (levée de la mesure) 13
viii) Les décisions de cour d'appel 14

5) L'hospitalisation complète (HC) et les autres formes de prise en charge 15
i) L'hospitalisation complète (HC) 15
ii) ii) Le programme de soins 16

6) Les sorties accompagnées de courte durée 18

7) Soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent 19
i) L'information des patients 19
ii) Les décisions du directeur d'hôpital : les délégations de signature 20
iii) La procédure sans tiers 20
iv) L'examen par le collège des patients en SDDE depuis un an 21

8) Mesures provisoires des maires, et à Paris, des commissaires de police 22

9) Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat 22
i) Les arrêtés préfectoraux 22
ii) L'expertise psychiatrique demandée par le préfet 24
iii) Les procédures de règlement des appréciations divergentes entre le représentant de l'Etat et le psychiatre traitant : les articles L. 3213-5 et L 3213-9-1 24
iv) L'information délivrée par le préfet à des tiers 27
v) La sortie du territoire d'un patient en programme de soins 28

10) Les dispositions particulières concernant certains patients en SDRE ou en SDJ : les patients séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) et les patients faisant ou ayant fait l'objet de soins psychiatriques à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale 28

i) Les personnes concernées par ces dispositions 28
ii) L'identification des personnes concernées 29
iii) L'avis du collège et les expertises 29

11) Soins psychiatriques aux personnes détenues 30
i) L'hospitalisation complète 30
ii) Les certificats et la période d'observation et de soins 30
iii) Le contrôle du JLD 31
iv) La levée de la mesure de SDRE 31

12) Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) 32
i) Les missions 32
ii) Les rapports avec les autres instances 32

13) Les règles applicables aux soins somatiques nécessités par des patients en SDRE ou en SDDE 33

14) Les établissements de santé 34
i) L'autorisation des établissements 34
ii) La prise en charge des patients par un service d'accueil des urgences 35

15) L'archivage des dossiers « papiers » 36

1) Les acronymes

Les acronymes suivants seront utilisés dans le logiciel HOPSY. En conséquence, nous vous proposons de les utiliser dans nos échanges

SDRE	**Soins sur Décision du Représentant de l'Etat**	**Chapitre III du titre Ier du Livre II de la 3ème partie du code de la santé publique**
SDDE	**Soins sur Décision du Directeur de l'Etablissement**	**Chapitre II du titre Ier du Livre II de la 3ème partie du code de la santé publique**
SDJ	**Soins sur Décision de Justice**	**article 706-135 du code de procédure pénale**
SDT	**Soins sur Demande d'un Tiers**	**article L. 3212-1, II, 1°**
SDTU	**Soins sur Demande d'un Tiers en Urgence**	**article L. 3212-3**
SPI	**Soins en cas de Péril Imminent**	**article L. 3212-1, II, 2°**

2) Le début des soins : la période d'observation et de soins

i) La durée effective de la période d'observation et des soins

La période d'observation et de soins prévue à l'article L. 3211-2-2 est une période d'hospitalisation complète d'une durée maximale de 72 heures qui s'impose avant que le médecin puisse proposer une prise en charge alternative à l'hospitalisation complète.
Cette période d'observation et de soins à l'hôpital permet souvent de dépasser l'épisode de crise et de rechercher alors, lorsque l'état du patient le permet, son consentement aux soins nécessaires ou de pouvoir envisager une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète.
Dans ce dernier cas, si le certificat établi dans les 24 premières heures et celui établi dans les 72 premières heures confirment la nécessité d'une mesure de soins imposée, alors le psychiatre définit, au plus tard à la 72ème heure, la forme de la prise en charge dans un programme de soins.

Cette période ne doit en aucun cas s'entendre comme une obligation de maintenir le patient en hospitalisation complète pendant 72 heures : dès les 1ères heures de l'hospitalisation, le psychiatre peut certifier que cette mesure n'est plus nécessaire.
Le directeur de l'établissement de santé doit alors prononcer la sortie (compétence liée) des mesures sur demande d'un tiers ou de celles prises en cas de péril imminent.
Les mesures prises par le représentant de l'Etat peuvent également être levées sur la base du certificat établi au cours des premières 24 heures sans attendre le certificat établi dans les 72 heures. En effet, l'article L. 3213-4 prévoit que le préfet "peut, à tout moment, mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 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."

ii) Le début de la période d'hospitalisation et de soins

Il est important de déterminer le début de la période d'observation et de soins car c'est à partir de cette date que courent les délais de saisine du JLD et que sont établis les certificats médicaux exigés pendant les mesures de soins psychiatriques.

En règle générale, le début de cette période s'apprécie à compter du début de la privation de liberté du patient, c'est-à-dire à compter du début de la prise en charge psychiatrique du patient et de la décision du directeur d'établissement ou du préfet. Il convient en outre de tenir compte, le cas échéant, de la durée des mesures provisoires prises sur le fondement de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique.

L'admission dans un établissement autorisé (art. L. 3211-2-2)

Le début de la prise en charge coïncide avec la date et l'heure d'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement ou du préfet dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie et exerçant la mission de service public.

L'admission temporaire dans un établissement non autorisé (art. L. 3211-2-3)

En revanche, lorsque le patient est admis dans une unité de médecine d'urgence, l'article L. 3211-2-3 dispose que « la période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès le début de la prise en charge ».

Deux cas peuvent se produire :
- si le patient arrive aux urgences pour une prise en charge psychiatrique (dans l'hypothèse par exemple où un certificat médical a 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 (qui doit donc être horodaté) établi par un psychiatre.

Tant que la mesure d'admission en soins psychiatriques n'est pas prise (c'est-à-dire tant que le directeur d'un établissement de santé autorisé n'a pas pris de mesure d'admission en soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou tant que le préfet n'a pas pris d'arrêté ou encore que le maire – ou à Paris le commissaire de police – n'a pas pris de mesure provisoire), le patient EST EN SOINS LIBRES, c'est-à-dire qu'il ne peut être retenu dans l'établissement contre son gré. En revanche, la période s'écoulant entre la décision de mesures provisoires (article L. 3213-2 précité) et l'admission en soins sans consentement ne revêt pas le caractère de soins libres.

Pour autant, dès lors que la mesure de soins psychiatriques prise par le préfet ou par le directeur de l'établissement autorisé (ou par le maire ou, à Paris, le commissaire de police) est intervenue, le début de la période d'observation et de soins qui sera pris en compte pour la saisine du JLD et l'établissement des certificats sera celui du début de la prise en charge tel que défini ci-dessus. En effet, dans ce cas, il est plus protecteur pour le patient de prendre en considération la date effective de début des soins psychiatriques, celle-ci étant antérieure à la décision proprement dite.

Pour résumer, si les décisions (du directeur, du préfet, du maire ou, à Paris, du commissaire de police) ont été prises *après* l'arrivée aux urgences, la période débute à partir de la prise en charge psychiatrique aux urgences.
Si la décision du préfet (ou du maire ou, à Paris, du commissaire de police pour les mesures provisoires) a été prise *avant* l'arrivée aux urgences, elle commence à partir de leur décision.

> **Exemple 1** : Un patient arrive inconscient aux urgences le 3 août. Il reprend conscience et il est vu par un psychiatre des urgences le 4 août.

Il est transféré dans l'établissement autorisé le 5 août et c'est à cette date que le directeur dudit établissement prend sa décision d'admission en soins sur demande d'un tiers ou en soins en cas de péril imminent.
Pour autant, pour calculer les délais de saisine du JLD ou pour faire les certificats, on considérera *a posteriori* que la période d'observation a commencé **à partir de la prise en charge psychiatrique** aux urgences, c'est-à-dire le 4 août.

Exemple 2 : Un patient arrive aux urgences le 3 août et il y est vu par un médecin des urgences qui fait le certificat d'admission en SDRE.
Le préfet prend l'arrêté le 4 août sur le fondement de ce certificat.
Il est transféré dans l'établissement autorisé le 6 aout. Le certificat des 24 heures est fait par un psychiatre de l'établissement des urgences.
Pour calculer les délais de saisine du JLD ou pour faire les certificats suivants, on considérera a posteriori que la période d'observation a commencé à partir de l'arrivée aux urgences c'est-à-dire le 3 août.

Lorsque les certificats ne peuvent pas être établis en raison de l'état du patient (refus de se laisser examiner ou état rendant impossible l'examen), deux situations peuvent se présenter :

1°) Soit le ou les médecins n'ont pas pu établir les certificats initiaux requis pour entrer dans le dispositif (la décision du directeur de l'ES ou du préfet n'a donc pas encore pu intervenir) et dans ce cas, la mesure ne peut être prise. Il faut attendre que le patient soit en état d'être examiné et donc différer l'intervention de l'arrêté préfectoral ou de la décision du directeur de l'ES en attendant que ce ou ces certificats puissent être établis.
Toutefois, dans le cadre des dispositions de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, en cas de péril imminent, le maire, ou à Paris, le commissaire de police, peut par arrêté prendre les mesures provisoires nécessaires au vu d'un simple avis médical établi dans les formes prescrites.
La période d'observation et de soins commencera à partir de la prise en charge psychiatrique (aux urgences ou dans l'établissement d'accueil).

2°) Soit c'est le certificat des 24h et/ou des 72h qui n'a pu être établi (la décision du directeur de l'ES ou du préfet est donc déjà intervenue) et dans ce cas le médecin fait à la place une attestation précisant qu'il n'a pu établir ce certificat en décrivant les circonstances ("Le certificat n'a pu être établi en raison de…") et fera un certificat dès qu'il le pourra. La procédure continuera normalement, selon les échéances calculées à partir de la date de début de la période d'observation et de soins, tant pour la saisine du JLD que pour l'établissement des certificats ultérieurs.

iii) L'examen somatique

L'article L. 3211-2-2 prévoit qu'un examen somatique du patient doit être réalisé dans les 24 heures suivant l'admission du patient.
L'intention du législateur a été d'éviter un diagnostic de trouble mental erroné en effectuant un examen qui permette d'écarter des causes somatiques aux manifestations qui ont conduit à préconiser des soins psychiatriques.
La Haute Autorité de santé (HAS) a précisé les examens qui devaient être faits (« 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) :
« Examen somatique
L'examen somatique doit être réalisé dès que possible. Celui-ci doit comporter au minimum la mesure des paramètres suivants :
vigilance ; pression artérielle ; pouls ; température ; fréquence respiratoire ; glycémie capillaire.
En cas d'agitation, la mesure de la SpO2 (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible.
La moindre anomalie significative doit conduire à une exploration plus approfondie en milieu hospitalier. »
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf

Il n'est pas nécessaire d'établir un certificat : le médecin porte la mention de cet examen dans le dossier médical du patient afin que l'établissement puisse, par ce biais, faire la preuve de sa réalisation si besoin était.

3) Les certificats

Aux termes de l'article R. 3213-3, « les certificats et avis médicaux établis en application du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés. » Tous les certificats médicaux pour les soins sur décision préfectorale doivent être dactylographiés, même les certificats médicaux demandant la mesure, ou le certificat des 24h.

i) Les certificats requis pour l'entrée dans les soins (dit certificat « d'admission » ou « certificat initial »)

Procédure	Chronologie	Nb	Contenu	Auteur
SDT	Au plus 14 jours avant l'hospitalisation	2	Circonstancié	Le 1er : un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil Le 2ème : tout médecin
SPI	Concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate le péril imminent et l'état mental du patient Indique caractéristiques de la maladie Nécessité de recevoir des soins	1 médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil
SDTU	Concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate le « danger imminent pour la sûreté des personnes » et la manifestation de « troubles mentaux manifestes »	Tout médecin
SDRE	Avant ou concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate que « les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».	L'auteur ne peut être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil

ii) Les certificats à établir pendant la période d'observation et de soins « dits certificats « de 24h » et « de 72h") *:* toutes procédures

Chrono-logie	Nombre	Contenu	Auteur	
			SDT + SDRE	**SDTU + SPI**
Dans les 24h suivant l'admission	1 certificat	Constate l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné NB : Si ce certificat infirme la nécessité des soins, il n'est pas nécessaire d'attendre le certificat suivant pour : ⇨ lever les soins à la demande d'un tiers ⇨ proposer au préfet de lever la mesure de soins qu'il a prise	Psychiatre de l'établissement qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux OU Psychiatre de l'établissement d'accueil en urgence qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du certificat initial OU Psychiatre de l'établissement d'accueil en urgence qui ne peut être l'auteur du certificat initial

Dans les 72 heures suivant l'admission	1 certificat + incluant un avis si maintien des soins + Programme de soins si nécessaire	Constate l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné + Avis motivé proposant la forme de la prise en charge (pec) + Programme de soins si l'avis propose une pec différente de l'HC (Types de soins, Lieux de leur réalisation, Périodicité)	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux (possibilité même psychiatre que pour le certificat des 24h)	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être - ni l'auteur du certificat initial – ni l'auteur du certificat des 24h

Si le malade reste 48h dans un autre établissement avant d'être transféré dans un établissement psychiatrique autorisé, le certificat médical établi au cours des 24 premières heures sera fait par un psychiatre de l'établissement des urgences (Cf. plus haut). Le cas échéant et sans doute exceptionnellement, il pourrait en être de même pour le certificat qui doit être établi avant la 72ème heure.
Le certificat dit des 24 heures peut être rédigé le jour même de l'admission ou le lendemain.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de refaire des certificats de 24h et 72h si un patient en programme de soins revient en hospitalisation complète. Il semblerait que certains JLD aient demandé ces certificats lors de l'examen de telles situations. Cependant, les cours d'appel de Rouen et de Poitiers ont estimé que les certificats de 24 H et de 72 H n'avaient pas à être établis à nouveau en cas de réhospitalisation d'un patient.

iii) Le certificat établi le 6ème, 7ème ou 8ème jour en comptant le jour de l'admission (dit « certificat de huitaine ») : toutes procédures

Chronologie	Nombre	Contenu	Finalité	Auteur
Le 6ème, 7ème ou 8ème jour suivant l'admission (le jour de l'admission est inclus)	1	Certificat circonstancié - Précise si les soins sont toujours nécessaires - Si la forme de la prise en charge est adaptée - En propose éventuellement une nouvelle (le cas échéant avec programme de soins) Si impossibilité d'examiner le patient (fugue, absence, refus, etc.) avis d'après son dossier médical.	Contrôle de la nécessité et de l'adéquation des soins + Si le patient est en HC = Certificat d'alerte pour le JLD dans le cadre du contrôle des hospitalisations complètes de 15 jours au plus : envoi d'une copie par le directeur de l'ES au JLD	Psychiatre de l'établissement d'accueil

Bien que la loi ne le prévoie pas, il est conseillé d'établir le certificat de huitaine en cas de réhospitalisation complète du patient, donc après le 5ème jour et au plus tard le 8ème jour suivant la réhospitalisation, pour que le directeur de l'établissement de santé puisse, par l'intermédiaire de ce certificat, alerter le JLD qu'il aura à se prononcer, dans un délai maximum de 15 jours, sur la situation du patient concerné.

Ce certificat de huitaine établi après une réintégration ne remet pas en cause la périodicité des certificats mensuels calculée à partir de la décision initiale pour les SDRE et à partir de l'établissement du certificat de huitaine initial pour les SDDE.

iv) Les certificats de maintien (certificats mensuels) : toutes procédures

Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
SDDE	A compter de la date du certificat dit « du 8ème jour », tous les mois dans les trois derniers jours de la période en cause (art. L. 3212-7)	1	Certificat circonstancié - Précise si les soins sont toujours nécessaires - Si la forme de la prise en charge est adaptée - En propose éventuellement une nouvelle (le cas échéant avec programme de soins)	Psychiatre de l'établissement d'accueil
SDRE + SDJ	A compter de la date de la décision du préfet ou de la mesure provisoire du maire Tous les mois	1		

RAPPEL : En application de l'article L.3211-11 du CSP, le psychiatre qui participe à la prise en charge du malade peut à tout moment, proposer, sur la base d'un certificat médical, la modification de la prise en charge pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. L'établissement d'un tel certificat ne modifie cependant pas la périodicité des certificats mensuels.
Il y a d'ailleurs tout lieu de penser que, dans un grand nombre de cas, les modifications relatives aux modalités de prise en charge (avec programme de soins) interviennent à l'occasion de l'établissement des certificats mensuels.

4) Contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) de la nécessité des hospitalisations complètes avant l'expiration d'un délai de 15 jours ou de 6 mois à compter de la précédente décision judiciaire : article L. 3211-12-1

La loi du 5 juillet 2011 a maintenu la possibilité pour tout patient ou toute personne ayant intérêt à agir de présenter un recours devant le juge des libertés et de la détention en vue d'obtenir la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques. Cette possibilité est offerte, quelle que soit la forme de la prise en charge du patient (hospitalisation complète ou programme de soins).

La novation a consisté à prévoir dans la loi que le JLD exerçait un contrôle systématique sur les patients en hospitalisation complète.

i) Le champ du contrôle systématique exercé par le JLD

Le contrôle systématique par le JLD instauré par la loi du 5 juillet 2011 s'applique aux décisions prises par les directeurs d'établissement, par les représentants de l'Etat et les instances judiciaires mais ne concerne que les seules mesures d'hospitalisation complète mentionnées au 1° de l'article L. 3211-2-1 dès lors qu'elles se prolongent au-delà du quatorzième jour.

Ainsi, les prises en charge fondées sur un programme de soins sont exclues du contrôle systématique du juge, y compris lorsqu'elles font alterner des périodes de prises en charge en dehors de l'établissement de santé avec des périodes d'hospitalisation complète.

Cette analyse a été confirmée par le Conseil constitutionnel qui, dans sa décision n° 2012-235 du 20 avril 2012, a estimé que seules les mesures de soins psychiatriques ordonnées sous la forme de l'hospitalisation complète ne pouvaient se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention se soit prononcé sur leur maintien. Il a en revanche considéré que, lorsqu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement n'est pas prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète, et qu'un « programme de soins » est établi par un psychiatre de l'établissement, le contrôle

systématique du JLD ne s'applique pas, même si ce programme prévoit des séjours en établissement de santé.

En effet, le Conseil a déduit des dispositions de la loi que la garantie offerte par le contrôle systématique du JLD ne s'imposait pas car, *« en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en hospitalisation complète soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète »*.

Dès lors qu'il y a une réhospitalisation complète, il faut saisir le JLD dans les mêmes conditions que pour une mesure initiale d'hospitalisation complète, les délais partant du jour de la réhospitalisation.

Par ailleurs, si, à titre exceptionnel, afin de préparer le patient à la mise en œuvre durable d'un programme de soins ambulatoires, ou de l'aider à faire face à un évènement familial imprévu, il est estimé indispensable d'organiser, de manière ponctuelle, une sortie brève non accompagnée du patient, le programme de soins à durée limitée alors établi devra se conformer aux conditions rappelées au point 5 ii ci-après.

En ce qui concerne les patients en hospitalisation complète en fugue au moment de la saisine du JLD, il paraît souhaitable, à titre de précaution, de soumettre la mesure au JLD dans le cadre du contrôle systématique, en faisant abstraction de l'absence du patient. Les documents adressés au JLD devront faire état de la situation de fugue. Ce sont les délais de droit commun qu'il convient d'appliquer. En l'absence du patient, au lieu d'un certificat, le médecin pourra donner un avis, voire faire une attestation. Cependant, il convient de signaler que, dans certains cas, les instances judiciaires ont considéré qu'il n'y avait pas lieu à statuer, la personne faisant l'objet de la mesure d'hospitalisation complète n'étant pas, dans les faits, privée de liberté. Dans un tel cas, il convient de procéder à une nouvelle saisine du JLD lorsque le patient en fugue aura été réhospitalisé, les délais courant à compter du jour de sa réintégration dans l'établissement de santé.

ii) Le JLD compétent

Le juge compétent est celui dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé qui assure la prise en charge du patient au jour de la saisine du juge.

Sur les conséquences du transfert du patient sur la compétence du JLD, il semble que deux hypothèses doivent être clairement distinguées :
1/ Soit le transfert a eu lieu après la saisine initiale du JLD et une nouvelle saisine n'est pas compatible avec les délais légaux ; dans ce cas, le JLD initialement saisi demeure en principe compétent
2/ Soit le transfert a eu lieu avant que la saisine n'intervienne et dans ce cas, il convient de saisir le JLD du nouveau lieu d'hospitalisation du patient.

Lorsqu'il se déclare incompétent, le juge doit en principe désigner la juridiction qu'il estime compétente, liant ainsi les parties et la juridiction de renvoi, sauf s'il estime que l'affaire relève de la compétence d'une juridiction répressive, administrative ou arbitrale mais cette procédure de renvoi est toutefois difficilement compatible avec les délais imposés par la loi. Dans ces conditions, il reste la possibilité d'élever une voie de recours devant la cour d'appel dans les délais et conditions qui doivent être rappelés dans la notification de la décision.

iii) La transmission au JLD de la requête pour le contrôle des hospitalisations complètes avant l'échéance des 15 premiers jours ou de six mois et les pièces à transmettre

La charge de l'envoi des pièces au JLD diffère selon que l'on est dans le cas d'un recours (art. L. 3211-12) ou dans le cas du contrôle de plein droit exercé par le JLD (art. L. 3211-12-1).
Dans le premier cas (recours), la charge de l'envoi des pièces incombe au directeur de l'établissement de santé (art. R. 3211-11 du code de la santé publique).

Dans le second cas (contrôle), la charge de l'envoi des pièces incombe (art. L. 3211-12-1 et R. 3211-28) :

- soit au directeur de l'établissement de santé dans le cas des patients en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'ES (ex-HDT) ;
- soit au préfet dans le cas des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ex-HO).

Les pièces à transmettre

1°) Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers, les nom, prénoms et adresse de ce tiers, ainsi qu'une copie de la demande d'admission ;

2°) Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté prévu à l'article L. 3213-1 et, le cas échéant, la copie de l'arrêté prévu à l'article L. 3213-2 ou le plus récent des arrêtés préfectoraux ayant maintenu la mesure de soins en application de l'article L. 3213-4 ;

3°) Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

4°) Dans tous les cas :
- Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du code de la santé publique (pour la période antérieure au 1er aout 2011, il s'agira des certificats établis en application de la loi du 27 juin 1990), au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

5°) Pour les patients et jusqu'au 30 septembre 2013 :
- qui sont en UMD ou qui y ont été pendant plus d'un an depuis moins de 10 ans
- qui sont en soins psychiatriques à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux ou qui y ont été depuis moins de 10 ans,

l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 (y compris pour des patients déclarés irresponsables pénalement ou ayant séjournés en UMD avant le 23 juillet 2011).
Pour les autres patients, la saisine du JLD doit obligatoirement comporter un avis conjoint de deux psychiatres dont un seul participe à la prise en charge du patient (article L. 3211-12-1, II). Le psychiatre qui a rédigé la proposition de prise en charge du patient mais n'a plus participé à sa prise en charge ultérieurement peut rédiger le second avis.

6°) Le cas échéant :
« *a)* L'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle ;
« *b)* L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant, selon le cas :

- les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition,
- que son état mental ne fait pas obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle.

iv) Le calcul du délai de saisine du JLD pour le contrôle à 15 jours et le début de la période d'observation et de soins.

Le délai de saisine du JLD commence à courir à la date de début de la période d'observation et de soins mentionnée à l'article L. 3211-2-2.

Lorsqu'un patient a changé de mode d'hospitalisation (passage de SDDE en SDRE), la date de début de mesure à prendre en compte pour le passage devant le JLD est celle de la première mesure, soit de la date à compter de laquelle le patient a fait l'objet d'une mesure privative de liberté.

Le JLD devant intervenir avant l'expiration du quinzième jour à compter de l'admission du patient en soins psychiatriques (incluant le jour d'admission), il doit être saisi au moins trois jours avant ce délai. Au préalable, le directeur d'établissement lui aura adressé le certificat dit de « huitaine » (art. L. 3212-7 et art. L. 3213-3).

NB : Il n'y a pas de contrôle à 15 jours lorsque l'hospitalisation du patient a été ordonnée directement par l'autorité judiciaire en application de l'article 706-135, mais un contrôle à 6 mois.

v) La saisine du JLD avant l'expiration du délai de 6 mois (Art. L 3211-12-1, 3°)

Le JLD doit être saisi pour les mesures d'hospitalisation complète ayant fait l'objet d'une décision judiciaire avant l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de cette décision.

Sont ainsi visées toutes les hospitalisations complètes (sur décision du préfet ou sur décision du directeur de l'ES) qui ont été examinées par le juge :
- dans le cadre du contrôle systématique
* à 15 jours, prévu aux 1° et 2° de l'article L. 3211-12-1 ;
* faisant suite à une divergence entre le préfet et le psychiatre traitant, lorsque le préfet maintient le patient en hospitalisation complète.
- par application de l'article L. 3211-12 (saisine du JLD aux fins d'ordonner la mainlevée de la mesure) ;
- par application de l'article 706-135 du CPP (irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental conduisant à l'hospitalisation de la personne considérée).

vi) Le déroulement de l'audience

Les principes qui régissent l'audience des patients par le JLD dans le cadre du contrôle systématique des hospitalisations complètes à 15 jours et à 6 mois sont les principes généraux des audiences : elles sont publiques et contradictoires.

La publicité des débats

La loi ne déroge pas au principe de la publicité de la justice qui fait partie des principes fondamentaux du droit processuel européen et interne. Pour autant, le juge a la possibilité (art. L. 3211-12-2) de tenir les débats en chambre du conseil, c'est à dire hors la présence du public, lorsque les parties le demandent ou s'il doit résulter de la publicité une atteinte à la vie privée. En revanche, la décision doit être rendue publiquement.

L'audition du patient et sa représentation par un avocat

Sauf pour raisons médicales, le patient est auditionné, mais il peut refuser de comparaître devant le JLD et décider dans ce cas (comme d'ailleurs s'il souhaite comparaître) d'être ou non représenté par un avocat.

Ce n'est que lorsque le patient n'est pas auditionné pour des raisons médicales sans l'avoir décidé qu'il est obligatoirement représenté par un avocat de son choix ou un avocat commis d'office.

L'article R. 3211-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du décret du 18 juillet 2011, prévoit que la personne hospitalisée, lorsqu'elle est avisée de l'audience par le greffe, est également informée de son droit de demander la désignation d'un avocat d'office (soit parce qu'elle souhaite être assistée ou représentée, soit parce qu'elle doit être représentée dans le cas où des motifs médicaux s'opposent à son audition). Il appartient alors à la personne de faire cette demande soit directement au greffe soit par l'intermédiaire du directeur d'établissement, la désignation étant dans tous les cas faite par le bâtonnier à la demande de la juridiction et non par le directeur d'établissement. Une fois la désignation opérée, elle est transmise au bureau d'aide juridictionnelle (BAJ) qui apprécie si la personne peut bénéficier de cette aide, auquel cas les frais d'avocat incombent à l'Etat. Les ressources sont une condition principale d'octroi de cette aide mais les BAJ ont la possibilité de passer outre si la situation de la personne apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige.

La présence de l'administration à l'audience

Il découle de l'article R. 3211-15 du code de la santé publique que, dans le cadre du contrôle des mesures de soins psychiatriques par le JLD, les personnes appelées peuvent présenter leurs observations par écrit.
Il ne pèse donc sur l'administration aucune obligation de présence aux audiences.
Toutefois, il faut préciser que dans le cadre des procédures de mainlevée des mesures de soins psychiatriques, comme dans toutes les procédures juridictionnelles enfermées dans des délais courts, l'administration peut avoir intérêt à être présente à l'audience pour défendre sa position. Le choix consistant à privilégier de manière systématique les observations écrites, s'il peut se comprendre d'un point de vue pratique, peut s'avérer inadapté.

L'audition du tiers demandeur de soins et la révélation de son identité

Le tiers qui a fait la demande de soins n'est pas tenu de comparaître, même s'il est convoqué par le JLD.

S'agissant de la divulgation de l'identité du tiers à l'origine de l'hospitalisation, celle-ci peut résulter de plusieurs dispositions.

1°) L'article R. 3211-8, 1° prévoit que la requête de mainlevée de la mesure mentionne l'identité du demandeur et cette requête est communiquée par le greffe à la personne malade, conformément à l'article R. 3211-10, 1. Or, en cas de demande de mainlevée de la mesure lorsque celle-ci émane du tiers qui a sollicité l'hospitalisation, cette qualité est mentionnée dans la requête. Par contre, dans le cas où une personne autre que le tiers demande la mainlevée, il n'y a pas d'obligation à ce que la requête mentionne l'identité du tiers demandeur des soins, cette précision n'étant pas prévue à l'article R. 3211-8.

2°) L'identité du tiers figure dans les pièces transmises au juge par le directeur d'établissement à l'occasion d'une demande de mainlevée ou jointes à une requête tendant au contrôle d'une mesure (cf. articles R 3211-11 et R 3211-28 du CSP). La personne hospitalisée a accès à ces pièces, au sein de l'établissement, dans les conditions prévues par l'article L 1111-7 du CSP (cf. article R. 3211-12 du CSP et R. 3211-29 du même code). En revanche, au greffe, l'accès à ces pièces est ouvert à toute partie à la procédure.
La question qui pourrait se poser est de savoir si un tel document fait partie du dossier médical et rentrerait dans la liste des exceptions de non communication prévues à l'article L. 1111-7 du CSP. La réponse est négative pour trois motifs :

- En premier lieu, parce qu'il est douteux qu'une demande d'admission puisse être considérée comme faisant partie du dossier médical lui-même, lequel comporte seulement les informations relatives à la santé du malade et qui lui sont personnelles.
- En second lieu et à supposer même qu'un tel document entre dans la définition du dossier médical, il n'entre pas dans la liste des exceptions prévue par l'article L. 1111-7 du CSP, dès lors qu'il constitue un document administratif et ne peut être considéré comme constituant une information recueillie auprès de tiers.

- Enfin et en troisième lieu, il apparaît fondamental que le patient puisse avoir communication de l'identité du tiers dans le cadre d'un examen équitable de sa situation : pour pouvoir se défendre, il faut qu'il ait tous les éléments, notamment le nom du tiers qui a sollicité l'hospitalisation, par exemple pour contester la qualité à agir de ce tiers dans le cadre de l'article L 3212-1II.

L'audition des personnels de santé

Le JLD peut vouloir entendre les personnels de santé qui accompagnent éventuellement le patient à l'audience. En l'absence de dispositions spéciales du code de la santé publique en la matière, c'est aux règles du code de procédure civile, applicables par défaut, qu'il convient de se référer.
Une personne présente à l'audience sans être partie, tel un cadre de santé accompagnateur, est considérée comme un tiers à la procédure. Or les déclarations orales faites par les tiers constituent des mesures d'instruction que le juge peut ordonner d'office ou à la demande des parties. Il est donc permis à un JLD d'interroger un cadre de santé, d'office ou à la demande d'un avocat, et éventuellement de laisser l'avocat lui poser directement des questions. En revanche, un cadre de santé pourrait refuser de répondre aux questions d'un avocat qui n'aurait pas été autorisé par le juge à les poser.
Un cadre de santé dont les déclarations seraient requises par un juge est en principe tenu d'apporter son concours. S'il oppose, pour s'y soustraire, un risque de compromettre la relation thérapeutique avec son patient, il appartiendra alors au juge d'apprécier si cela constitue un motif légitime (au regard par exemple du risque d'atteinte à l'intimité de la vie privée du patient) et le cas échéant, de dispenser la personne de répondre. A défaut, les tiers qui sans motif légitime refusent de prêter leur concours peuvent être condamnés à une amende civile d'un maximum de 3.000 euros.

vii) Les effets de la décision du JLD (levée de la mesure)

Le JLD prononce la mainlevée de l'hospitalisation complète en application des articles L. 3211-12, L. 3211-12-1 et L.3213-5 du code de la santé publique,

La mesure de soins psychiatriques est alors levée. Il n'est pas loisible de considérer que la contrainte est maintenue et elle ne peut donc perdurer, même sous une forme autre que l'hospitalisation complète. Le JLD peut décider, au vu du dossier du patient, de différer de 24 heures l'effet de sa décision de lever la mesure afin qu'un programme de soins puisse être établi. Ceci implique qu'à défaut d'une telle décision, il est mis fin à la mesure de soins.

Les délais résultant d'un possible appel avec demande d'effet suspensif

Lorsque le JLD a décidé de lever la mesure de soins psychiatriques, il faut prendre en compte l'éventuel appel du parquet accompagné le cas échéant d'une demande de recours suspensif. Cet appel doit être formé dans un délai de 6 heures à compter de la notification de l'ordonnance et le patient ne doit pas quitter l'établissement avant l'expiration de ce premier délai, dans l'attente d'une éventuelle initiative du parquet.
En effet, le 3ème alinéa de l'article L. 3211-12-4 précise in fine que « *le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance* [l'ordonnance motivée du premier président] *soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond* » (c'est-à-dire dans un délai de trois jours maximum à compter de la déclaration d'appel, délai pouvant être prolongé d'une durée pouvant aller jusqu'à 14 jours au cas où le premier président ordonne une expertise). En l'absence d'appel, le patient est libre de quitter l'établissement de santé.

Ce n'est que si le JLD précise que l'application de sa décision de levée est différée de 24 heures afin de permettre l'établissement d'un programme de soins sans rupture dans la prise en charge du patient que ce délai s'impose au patient.

Le JLD a levé la mesure sans statuer au fond

L'article L. 3211-12-5 permet d'envisager un programme de soins, sans préjudice toutefois de la possibilité pour les parties de demander au procureur de la République de faire appel avec demande

d'effet suspensif. L'alinéa 3 de l'article L. 3211-12-4 permet en effet de faire appel d'une décision du JLD qui ordonne ou constate la mainlevée en raison d'une saisine tardive.

Par ailleurs, il faut préciser que le principe de la mainlevée sans débat résultant du dépassement de délai (IV de l'art. L. 3111-12-1) s'applique pour les patients relevant de l'article L. 3213-7 (donc sans qu'il y ait eu double expertise). L'article L. 3211-12-1 IV, qui pose le principe de mainlevée de la mesure d'hospitalisation en l'absence de décision du JLD dans les délais prescrits, ne fait pas de distinction selon la nature de la mesure. Cet article s'applique donc dans les mêmes termes aux personnes hospitalisées sans leur consentement, y compris celles ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en UMD.
Il en est de même en cas de saisine tardive du JLD non justifiée par des circonstances exceptionnelles à l'origine de cette saisine et ne permettant pas la tenue du débat dans un délai compatible avec les droits de la défense : dans ce cas le JLD doit constater la mainlevée sans se prononcer sur la nécessité de la mesure, quel que soit le « parcours » de la personne concernée.

Enfin, si une cour d'appel infirme une décision d'un JLD de lever une mesure de SDRE, et conclut au maintien de l'hospitalisation complète, la mesure préfectorale de SDRE continue à courir et il n'y a pas lieu, pour le préfet, de prendre un arrêté de réhospitalisation même si, du fait du caractère non suspensif de l'appel, le patient était sorti de l'établissement de santé.

viii) Les décisions de cour d'appel

1°) La cour d'appel de Rouen, dans son ordonnance n° 11/5231 du 21 novembre 2011, a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'établir à nouveau un certificat de 24 H et un certificat de 72 H en cas de réhospitalisation d'un patient, au motif que cette réhospitalisation n'était pas une mesure d'admission en soins psychiatriques et que le préfet n'avait fait que modifier la forme de prise en charge de la mesure de soins psychiatriques en cours. De même la cour d'appel de Poitiers, dans son ordonnance n° 12.3 du 23 janvier 2012, a considéré que la réintégration en hospitalisation complète en raison de l'inadaptation du programme de soins n'était qu'une modification de la prise en charge de la patiente et ne constituait pas le point de départ d'une nouvelle période d'hospitalisation complète. En conséquence, il n'y avait pas lieu d'établir les certificats médicaux [de 24 H et de 72 H] prévus par l'article L.3211-2-2 du code de la santé publique.

2°) Dans son ordonnance n° 11/00006 du 13 décembre 2011, la cour d'appel d'Orléans a considéré qu'était pris en charge sous la forme d'une hospitalisation complète et donc relevait du contrôle systématique du juge, à compter de sa réintégration dans l'établissement, un patient dont le programme de soins (joint à l'arrêté préfectoral) prévoyait expressément la date d'un tel retour en hospitalisation complète à son issue.

3°) Par ailleurs, l'ordonnance n° 12/004434 rendu le 14 septembre 2012 par la cour d'appel de Colmar apporte une précision intéressante : la cour a considéré (pour les cas particuliers, irresponsables pénaux pour cause de trouble mental dans le cas d'espèce) que lorsque le préfet n'ordonne pas la levée en raison de la non concordance des deux expertises, les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3213-5 s'appliquent, à savoir que le directeur d'ES doit être informé aux fins de saisine du JLD.

4°) Par ailleurs, trois cours d'appel ont estimé que le JLD était compétent en cas de sorties sans autorisation (fugue) : celles de Paris, Bordeaux et Rennes.

Dans son ordonnance n° 12/00040 du 16 février 2012, la cour d'appel de Paris a considéré que "bien que la mesure d'hospitalisation complète décidée par le préfet n'a pu s'exécuter en raison de la fugue […], les arrêtés préfectoraux [de réadmission et de maintien en hospitalisation complète] ont vocation à être mis en application. Dès lors, il appartient au juge judiciaire d'exercer le contrôle de plein droit prévu par l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique"

Dans son ordonnance n°12/04944 du 4 septembre 2012, la cour d'appel de Bordeaux a estimé qu'il appartient au juge judiciaire d'exercer le contrôle de plein droit prévu par les dispositions de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique dès lors que l'arrêté préfectoral décidant la réadmission du

patient en hospitalisation complète a vocation à s'appliquer. En effet la situation de fugue de l'intéressé ne fait pas obstacle au contrôle prévu par les textes et ne dispense pas la juridiction compétente de statuer.

Dans son ordonnance n° 5077 du 8 août 2012, la cour d'appel de Rennes a estimé que la saisine du JLD n'était pas dépourvue d'objet en cas de fugue car c'est seulement dans le cas où la mesure d'hospitalisation complète pouvait être légalement exécutée que le personnel soignant était fondé à faire rechercher le patient et conduire à sa réintégration au centre hospitalier y compris si ce dernier n'y consentait pas.

Elle a considéré que, si la loi prévoit que la saisine du juge est accompagnée d'un avis conjoint, en cas de fugue, il n'y a pas lieu de considérer que le défaut d'avis conjoint est une condition de régularité de la procédure. Elle estime en effet que, si l'avis rendu par le psychiatre participant à la prise en charge du patient peut être donné hors de la présence de ce dernier, le psychiatre qui ne participe pas à cette prise en charge ne peut donner quant à lui un avis autorisé s'il n'a pu procéder à l'examen du patient au préalable.

Toutefois, la cour d'appel de Montpellier, dans son ordonnance n° 12/00126 du 12 janvier 2012 a pris une position différente et a considéré que la mission du juge est de "statuer sur une mesure privative de liberté *effective* et non à venir" et que la demande de maintien en hospitalisation complète d'une personne en fugue, qui ne correspond pas aux faits, est sans objet.

5°) Enfin, diverses décisions de mainlevée ont été prises au motif que les certificats médicaux ne permettraient pas d'attester le bien-fondé de la mesure. Ainsi dans son arrêt n° 12/00017 du 2 août 2012, la cour d'appel de Nancy, qui était saisie d'un recours contre un jugement ayant annulé des décisions d'admission, de maintien et de prolongation d'hospitalisation à la demande d'un tiers au motif que le certificat médical accompagnant la demande d'hospitalisation ne précisait pas les éléments constitutifs d'un péril imminent et qu'il ne comportait pas les mentions exigées par les dispositions de l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, a considéré qu'un certificat médical qui se borne à faire mention d'un danger pour l'entourage du patient et non d'un péril imminent pour la santé de ce dernier, ne fait état d'aucune tendance suicidaire de l'intéressé et souligne qu'il se sent mal et s'alcoolise et fait état de réactions inappropriées sans plus de précisions, n'expose pas les éléments constitutifs d'un péril imminent.

5) L'hospitalisation complète (HC) et les autres formes de prise en charge

i) L'hospitalisation complète (HC)

Au sens de la loi du 5 juillet 2011, sont considérés comme étant en hospitalisation complète les patients pris en charge à temps complet dans l'établissement (c'est-à-dire 24 heures sur 24) et dont la prise en charge n'est pas prévue par un programme de soins. Ces patients ne peuvent quitter l'établissement qu'en sortie de courte durée accompagnée.

Néanmoins, le principe qui guide la compréhension de la loi du 5 juillet 2011 est celui de la liberté d'aller et de venir dont dispose ou non le malade. C'est pourquoi l'on peut considérer que diverses situations thérapeutiques ne modifient pas le « statut » de patient en hospitalisation complète et doivent donc ne pas donner lieu à l'établissement d'un programme de soins. Dans toutes ces situations, le patient est considéré comme demeurant en hospitalisation complète dans l'établissement de santé autorisé et cet établissement en est totalement responsable durant le séjour thérapeutique dans l'autre établissement ainsi que pendant les trajets entre les deux établissements.

Il s'agit :

1°) Des patients en hospitalisation complète qui participent à un séjour thérapeutique de quelques jours, accompagnés par des soignants de l'établissement de santé d'accueil dans un établissement d'un autre département.

Le principe d'un séjour thérapeutique dans un autre établissement a priori non mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé publique n'est pas prévu au 1° du I de l'article L. 3211-2-1 qui définit la prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. Mais le patient reste sous la surveillance constante des soignants de l'établissement de santé d'accueil comme dans le cadre d'une hospitalisation complète, aucun programme de soins n'est établi et les délais pour recueillir l'avis du JLD ne sont pas interrompus.

2°) Des patients pris en charge en hospitalisation complète qui sont accompagnés par une équipe soignante pour passer un jour par semaine dans un autre établissement (un hôpital de jour) puis pour réintégrer l'établissement de santé d'accueil le soir. En l'espèce, le patient reste sous la surveillance constante des soignants de ce dernier établissement mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé publique comme dans le cadre d'une hospitalisation complète. En outre, cet établissement en est totalement responsable pendant son séjour à l'hôpital de jour ainsi que durant les trajets entre les deux sites.

Enfin, il faut rappeler que la sortie d'une personne en hospitalisation complète dans le parc de l'établissement d'accueil est une décision à visée thérapeutique prise par le médecin qui suit le patient et qui peut prévoir l'intervention du personnel soignant. De telles sorties ne sont pas soumises à une autorisation administrative et ont lieu sous la responsabilité de l'établissement.

ii) ii) Le programme de soins

Les droits des patients en programme de soins

Ils ont été précisés par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2012-235 du 20 avril 2012 : un patient en programme de soins ne peut se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduit ou maintenu de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins.

Aucune mesure de contrainte à son égard ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète.

Les situations encadrées par un programme de soins

Dès lors que le patient sort seul de l'établissement de santé, quelle que soit la durée de cette absence, un programme de soins doit être établi. Lorsqu'une personne bénéficiait d'une sortie d'essai, c'est-à-dire qu'elle sortait non accompagnée de l'hôpital, même pour une durée très brève (par exemple une après-midi par semaine), elle relèvera de la deuxième forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, à savoir d'une autre forme de prise en charge que l'hospitalisation complète qui s'appuiera sur un programme de soins.

En revanche, la sortie du service de psychiatrie d'un patient, dès lors qu'elle se déroule dans l'enceinte de l'hôpital (promenade dans le parc ou dans la cour, séjour à la cafétéria…) ne nécessite nullement l'élaboration d'un programme de soins : en effet, dans de telles situations, le patient demeure sous la responsabilité de l'équipe médicale et de l'administration hospitalière. Il n'y d'ailleurs pas non plus lieu de solliciter une autorisation préfectorale pour permettre de tels aménagements.

S'agissant des patients pris en charge plusieurs jours d'affilée 24 heures sur 24 dans l'établissement de santé, deux cas de figure peuvent se rencontrer:
- Soit des sorties sont répétitives et programmées à l'avance. Par exemple, postérieurement au premier contrôle de quinzaine du juge, il est instauré un programme de soins prévoyant une sortie de week-end toutes les 2 semaines pendant deux mois. Dans ce cas, le médecin établit un programme de soins pour une durée déterminée (par exemple deux mois) ou non, dans lequel il précise que le patient sera pris en charge à temps complet dans l'établissement de santé de telle date à telle date avec un séjour dans sa famille ou à son domicile à partir du … (il précise les dates et l'adresse) et réintégration dans l'établissement de santé le X (il précise les dates). Dans le certificat médical accompagnant le programme

de soins, il insère sa proposition de prise en charge en la motivant. La situation de tels patients ne relève normalement plus du contrôle systématique du juge.
- Soit, à titre exceptionnel, est organisée une sortie purement ponctuelle et non programmée à l'avance. Dans ce cas, pour cette sortie, le médecin établit un programme de soins comportant l'adresse du lieu où se rend la personne, l'heure de départ de l'établissement de santé et l'heure de retour et, le cas échéant, l'existence du traitement médicamenteux et précise qu'à l'issue de cette sortie, le patient demeure pris en charge au titre du 1° de l'article L. 3211-2-1. Le médecin motivera sa proposition. Le patient sera donc à nouveau en hospitalisation complète à partir de son retour à l'hôpital. Dans une telle situation, pour ce qui est de la saisine du JLD, il est indispensable, afin de ne pas porter atteinte aux droits des patients, de considérer que l'hospitalisation complète n'a pas cessé. A défaut, des patients pourraient être durablement privé du bénéfice de cette garantie. Dans cette hypothèse, il convient de considérer que la sortie du patient et son retour sont donc sans incidences sur le décompte du délai de 15 jours ou de six mois.

Le contenu du programme de soins

Le programme de soins doit indiquer le type de soins, les lieux et la périodicité de ces soins. Il précise si la prise en charge du patient inclut une hospitalisation à temps partiel (dans ce cas il indique laquelle : hôpital de jour, de nuit, de semaine), une hospitalisation à domicile, des consultations ou des activités thérapeutiques.
Il indique la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés.
Il mentionne les lieux où se déroulent ces prises en charge, y compris lorsqu'ils sont dispensés dans le lieu de vie habituel du patient. Il peut en effet prévoir des visites à domicile comme tous les autres types de soins utilisés en psychiatrie (CMP, CATTP, HAD …). Il peut également prévoir qu'une partie des soins est réalisée dans un autre établissement que celui prenant en charge le patient, par exemple un EHPAD. Mais l'établissement prenant en charge le patient reste responsable de ce dernier et doit signer avec l'autre établissement une convention dans le cadre de son contrat d'objectifs et de moyens. Une telle convention n'est pas nécessaire si l'EHPAD dépend de l'établissement de santé qui prend en charge le malade.

Le programme de soins ne peut en aucun cas comporter des indications sur la nature des troubles mentaux dont souffre le patient ni sur leurs manifestations, des observations cliniques, la mention ou des résultats d'examens complémentaires. Il ne doit pas mentionner les médicaments prescrits au patient. Il peut seulement faire état du fait qu'un traitement est prescrit pour les troubles psychiatriques. Le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée ne peuvent être indiqués dans le programme de soins. Ces éléments figurent dans l'ordonnance rédigée par le médecin et relèvent du secret médical.

L'établissement et les modifications du programme

Seul le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut établir et modifier le programme de soins, pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé.

Le programme de soins est forcément établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut l'être par un médecin libéral. Par contre, le programme de soins pourra prévoir des soins chez un médecin libéral.

Si le préfet n'est pas habilité à modifier un programme de soins, il l'accepte lors de la levée de l'hospitalisation complète en le joignant à sa décision. Si le programme est modifié substantiellement, il lui est à nouveau transmis. Le préfet peut cependant s'opposer à la modalité de prise en charge. Dans ce cas la prise en charge psychiatrique se poursuit selon les modalités prévues par l'ancien programme de soins.

Le non respect du programme de soins

La responsabilité d'apprécier les conséquences sur l'état de santé d'un patient d'une éventuelle inobservation du programme de soins incombe au psychiatre traitant : l'article L. 3211-11 confie à ce médecin la charge de proposer un retour à l'hospitalisation complète s'il considère qu'une autre forme de prise en charge ne permet plus que le patient reçoive les soins nécessaires à son état.

Cette disposition est applicable dans tous les cas où l'évolution de l'état du patient n'est plus compatible avec une prise en charge partiellement ou totalement ambulatoire, mais elle vise tout particulièrement le cas où le patient pris en charge dans le cadre d'un programme de soins, sous une autre forme que l'hospitalisation complète, ne respecte pas :

- les séjours en établissement prévus par ce programme, c'est-à-dire ne se rend pas à l'établissement aux dates prévus ou entend quitter l'établissement avant l'échéance prévue par le programme,
- ou ne se rend pas aux rendez vous en CMP, CATTP ou autres inscrits à ce même programme.

Dans de telles circonstances, si le médecin estime qu'une hospitalisation complète est nécessaire au vu de la dégradation de l'état mental du patient, constatée ou prévisible, le médecin doit établir un certificat préconisant le retour en hospitalisation complète. Ce certificat doit attester que les conditions requises pour l'admission en soins sans consentement sont toujours réunies. Il importe que ce certificat qui sera communiqué au JLD dès lors que cette nouvelle HC se prolongera plus de 15 jours soit dûment motivé.

Dans l'hypothèse où le médecin estime que ni l'importance des manquements au programme de soins ni leur impact sur la santé du patient ne justifient un retour en HC, il peut cependant considérer qu'une modification de ce programme est nécessaire. Il propose alors un nouveau programme de soins.

Le signalement au préfet du non respect du programme de soins

La loi du 5 juillet 2011 ne prévoit pas de signalement systématique au préfet de l'inobservance par le patient de son programme de soins.
Lorsque le psychiatre considère que l'inobservation du programme de soins par le patient ne permet plus de lui dispenser les soins nécessaires à son état, il doit, en application de l'article L. 3211-11-1 créé par la loi du 5 juillet 2011, établir un certificat médical circonstancié proposant la réhospitalisation complète du patient et l'adresser au directeur de l'établissement qui en saisit le préfet.
Si le psychiatre n'envisage qu'une modification du programme et que celle-ci est substantielle, le préfet en est informé afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté.
Dans tous les cas, il appartient au médecin de justifier sa proposition au vu des motifs qui lui paraissent déterminants.

La forme du programme de soins

L'article R. 3213-3 du code de la santé publique prévoit que les certificats et avis médicaux, établis en application du chapitre relatif à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, sont dactylographiés.
Sauf impossibilité, le programme de soins remis au préfet et au patient doit répondre aux mêmes exigences et être dactylographié.

6) Les sorties accompagnées de courte durée

La loi du 5 juillet 2011 a maintenu le principe des sorties **accompagnées** de courte durée (12 heures au maximum). Comme auparavant, dans les cas de SDRE, l'accord du préfet est tacite, la non-opposition valant acceptation. La sortie accompagnée de courte durée n'a pas vocation à se substituer aux ex-sorties d'essai qui correspondent maintenant au programme de soin et à lui seul.

Cependant, le dispositif antérieur a été complété pour permettre la sortie d'un patient en hospitalisation complète s'il est accompagné par un membre de sa famille ou par la personne de confiance et non par un personnel de l'établissement de santé.

Il est bien entendu que cette disposition doit être utilisée avec discernement en fonction de l'état du patient.
Dans le cas des SDRE ; il n'est pas exclu que le préfet préfère que la sortie accompagnée ait lieu avec un membre du personnel de l'établissement et qu'il s'oppose à la sortie au motif que l'accompagnant est un proche.
Dans le cas des SDDE, la décision de sortie de courte durée doit être formellement prise par le directeur de l'établissement de santé.
Les établissements peuvent demander que le membre de la famille ou la personne de confiance signe un engagement d'accompagnement du malade pendant toute la durée de la sortie. Cependant, il convient de considérer que ces personnes sont en l'espèce des collaborateurs occasionnels du service public. De ce fait, la responsabilité de l'établissement de santé qui a en charge le patient et a décidé sa sortie accompagnée de courte durée reste entière tant à l'égard des dommages causés par le malade y compris à la personne l'accompagnant que pour les dommages causés par l'accompagnant dans son rôle de collaborateur du service public, sauf faute de celui-ci.

Il n'y a pas lieu de recourir à une sortie accompagnée pour l'audition du patient par le JLD, non plus que pour une sortie du service psychiatrique dès lors que le patient demeure dans l'enceinte de l'établissement (sortie dans la cour ou dans le parc, séjour à la cafétéria…).

7) Soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

En plus des réformes communes à toutes les procédures de soins sans consentement, le régime de l'ancienne hospitalisation sur demande d'un tiers a subi plusieurs modifications spécifiques :

- une nouvelle définition du tiers qui reprend la définition jurisprudentielle exigeant l'existence d'un lien entre le patient et le tiers, antérieur à la demande de soins et donnant au tiers qualité pour agir dans l'intérêt du patient,
- une formalisation des décisions
- une nouvelle procédure d'entrée dans les soins en l'absence de tiers demandeur en cas de péril imminent pour la santé du patient,
- une possibilité pour le psychiatre traitant de s'opposer à la levée des soins demandée par la famille ou les proches également en cas de péril imminent.

Le tableau ci-dessous résume les conditions requises par la loi en matière d'auteurs des certificats dans le cadre des procédures d'urgence :

Les procédures d'urgence	**Procédure en cas de péril imminent en l'absence de demande d'un tiers Article L. 3212-1, II, 2°**	**Procédure en cas d'urgence : risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (avec demande d'un tiers) Article L. 3212-3**
Auteur du certificat demandant les soins (certificat d'admission)	Un médecin extérieur à l'établissement de santé d'accueil	Un médecin extérieur à l'établissement de santé d'accueil ou y exerçant
Auteur du certificat des 24 heures	Un psychiatre qui ne peut être l'auteur du certificat d'admission	
Auteur du certificat des 72 heures	Un psychiatre qui ne peut être l'auteur du certificat d'admission et qui ne peut être l'auteur du certificat des 24 heures	

i) L'information des patients

Il appartient aux établissements de santé de protocoliser, 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.

ii) Les décisions du directeur d'hôpital : les délégations de signature

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique prévoit que le directeur d'un établissement public de santé «peut déléguer sa signature dans des conditions déterminées par décret ».
Les articles D. 6143-33 à D. 6143-35 du code précité indiquent que :
« Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature ». (Article D. 6143-33) ;
« Toute délégation doit mentionner :
1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;
2° La nature des actes délégués ;
3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation ». (Article D. 6143-34)
« Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses. » (Article D. 6143-35)

iii) La procédure sans tiers

Une procédure particulière

La loi du 5 juillet 2011 a entendu apporter une réponse au problème de l'accès aux soins des personnes nécessitant des soins mais pour lesquelles aucun tiers ne peut être trouvé. 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 24h et de 72h établis par deux psychiatres 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).

Les difficultés particulières empêchant l'information de la famille

Il s'agit essentiellement des 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, la rédaction de la loi visant justement à permettre de faire face à des situations particulières et imprévisibles pour éviter d'imposer une formalité impossible à respecter.

La définition de la notion de péril imminent

Il importe de veiller à la motivation du certificat médical pour limiter les risques de mainlevée par le JLD. 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

La transformation d'une mesure de SDDE en SDRE

Pour l'application de l'article L. 3213-6, à savoir la transformation d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement en mesure sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), cet article prévoit un dispositif spécifique en matière d'établissement des certificats qui déroge aux règles prévues aux articles L. 3211-2-2 et L. 3213-1 :

1°) Le préfet peut fonder sa décision sur un certificat médical ou sur un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil attestant que le patient répond aux critères requis pour une mesure de SDRE par l'article L. 3213-1 ;
2°) Les certificats des 24 heures et 72 heures doivent être établis par deux psychiatres distincts.
En conséquence, pour l'application de ces dispositions, deux psychiatres sont nécessaires, le psychiatre ayant établi le certificat initial pouvant également établir le certificat des 24 heures OU celui des 72 heures mais en aucun cas les deux.

La date d'admission en SDDE et le décompte pour établir le certificat de huitaine et les certificats mensuels

La date d'admission en SDDE est 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.
Le premier alinéa de l'article L. 3212-7 précise que "*Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires*. »
Le second alinéa de cet article prévoit que "*au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné au premier alinéa du présent article, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus par le directeur d'établissement pour des périodes maximales d'un mois renouvelables selon les modalités prévues au présent article ; le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause.*"

Le point de départ permettant de calculer la date d'établissement du premier certificat mensuel est donc celle du certificat de huitaine pouvant être établi le 6e, le 7e ou le 8e jour de l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

iv) L'examen par le collège des patients en SDDE depuis un an

En plus des examens mensuels par le psychiatre traitant, les patients en SDDE depuis plus d'un an à compter de l'admission en soins doivent bénéficier d'une évaluation approfondie de leur état mental. Cette évaluation est renouvelée à chaque période continue en SDDE d'un an.
Cette évaluation concerne tous les patients en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement, quelles que soient les modalités de leur prise en charge (hospitalisation complète, partielle, ou soins ambulatoires, etc.)

Cette disposition s'applique également aux patients dont la prise en charge psychiatrique a débuté sous la forme d'une HDT sous l'empire de l'ancienne législation, HDT qui a été transformée en SDDE à compter du 1er août 2011, dès lors que la durée totale des soins (HDT + SDDE) excède un an.

L'article L. 3212-7 ne précisant pas dans quel délai doit intervenir cette évaluation mais le maintien des soins étant subordonné à la réalisation de cette évaluation, il est cohérent que cette dernière ait lieu avant l'établissement du certificat de maintien dans les soins qui doit être établi après la date anniversaire.
Elle est réalisée par le collège prévu à l'article L. 3211-9.

Ce collège est composé par :
1° Le psychiatre responsable à titre principal du patient ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge ;
2° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient,
3° Un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient.

8) Mesures provisoires des maires, et à Paris, des commissaires de police

La loi du 5 juillet 2011 n'avait apporté aucune modification aux dispositions concernant les décisions des maires ni aux critères de leur intervention.

Cependant, par décision du 6 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a censuré l'article L. 3213-2 du code la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 en tant qu'il permettait au maire, ou à Paris au commissaire 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".

Cette décision est en ligne sur le site du Conseil constitutionnel: http://www.conseil-constitutionnel.fr/

Le Conseil constitutionnel a limité pour le passé la portée de cette abrogation aux litiges non définitivement jugés au 7 octobre 2011.

Cette abrogation affecte également les dispositions actuelles de l'article L. 3213-2, tel qu'il résulte de la loi du 5 juillet 2011, puisque le Conseil constitutionnel a censuré la possibilité de prendre une mesure de privation de liberté sur le seul fondement de la « notoriété publique».

Depuis le 7 octobre 2011, les mesures provisoires arrêtées par le maire et, à Paris, par les commissaires de police, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, ne peuvent l'être que sur le fondement d'un avis médical attestant l'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

Les personnes placées en garde à vue peuvent être reconnues comme remplissant les conditions d'entrée dans le dispositif de soins psychiatriques sans consentement lors de l'examen médical pratiqué au début de la garde à vue. Le certificat établi permet l'accueil des patients au titre des mesures provisoires visées à l'article L. 3213-2. Il faut par ailleurs rappeler que c'est la date de la mesure provisoire du maire qui est retenue pour calculer le délai de saisine du JLD ainsi que pour l'établissement des arrêtés préfectoraux de maintien des SDRE.

9) Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

La loi du 5 juillet 2011 a maintenu :

- les critères requis pour être en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, à savoir la présence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public ;
- le rôle qu'exerçait le représentant de l'Etat sous l'empire de la loi du 27 juin 1990 : arrêté pour les décisions d'entrée dans les soins, de maintien et de levée de la mesure.

i) Les arrêtés préfectoraux

L'arrêté prononçant l'admission

Cet arrêté est motivé et énonce avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure de SDRE nécessaire (art. L. 3213-1, I, 1er al.) ;

L'arrêté fixant la forme de la prise en charge proposée avec le certificat établi au cours des 72 premières heures.

Cet arrêté doit être pris dans un délai de 3 jours francs à compter de la réception du certificat des 72 heures. Même si ce certificat confirme la nécessité de maintenir le patient en hospitalisation complète, la loi impose au préfet de prendre un nouvel arrêté « décidant de la forme de la prise en charge » (art. L. 3213-1, III, 1er al.) ;

Les arrêtés de maintien

Le premier arrêté de maintien en SDRE est établi dans les trois derniers jours du premier mois suivant :
- soit la décision d'admission en SDRE,
- soit la mesure provisoire prise par le maire si une telle mesure a précédé la décision du préfet.

Cet arrêté a une validité de 3 mois au maximum.
Les arrêtés de maintien suivants doivent intervenir au moins tous les six mois, dans les trois derniers jours du sixième mois ;
Ces arrêtés peuvent également valoir autorisation de la forme de la prise en charge du patient proposée par le psychiatre traitant.

Les arrêtés autorisant une prise en charge au titre du 2°) de l'article L. 3211-2-1, sous une autre forme que l'hospitalisation complète (avec programme de soins)

La forme de la prise en charge du patient doit faire l'objet d'un arrêté du préfet ; le préfet joint à son arrêté le programme de soins.
Si le préfet n'est pas habilité à modifier le programme de soins qui lui est proposé par le psychiatre traitant, il peut en revanche maintenir dans son arrêté les conditions de prise en charge du patient, alors que le psychiatre propose de les modifier (L. 3213-4, 1er al.). Dans ce cas, le patient reste pris en charge selon le programme non modifié.

Les arrêtés de levée

Le préfet peut, à tout moment, lever la mesure de SDRE sur avis d'un psychiatre attestant que les conditions requises pour une telle mesure ne sont plus réunies ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).
Dans l'hypothèse où la levée de la mesure est proposée par les médecins au cours ou à l'issue des 72 premières heures, le préfet doit impérativement prendre une décision sur la proposition de levée dans le délai de trois jours francs à compter de la réception du certificat médical.
Enfin, si le certificat des 24 h et celui des 72 heures sont établis par deux médecins différents et concluent tous les deux à la levée de la mesure, le préfet doit lever la mesure en application de l'article L. 3213-9-1, car les conditions requises pour maintenir les soins sans consentement ne sont plus réunies.

La réintégration des patients en sortie non autorisée

Lorsqu'un patient en SDRE sort sans autorisation d'un établissement de santé (ES), il n'est pas nécessaire de prendre un arrêté de réintégration en ES lorsque le patient est retrouvé et réhospitalisé. En effet, le patient en fugue est considéré comme étant toujours un patient hospitalisé.
Dès son retour à l'hôpital, un certificat de situation doit être établi.

Le délai de trois jours francs

.Un délai franc est un délai dont le premier jour est le lendemain du jour de son déclenchement et le dernier jour, le lendemain du jour de son échéance. (soit arrivée des documents le jeudi - décision rendue au plus tard le lundi à 23h59).

ii) L'expertise psychiatrique demandée par le préfet

Le nouvel article L. 3213-5-1 formalise la possibilité pour le préfet d'ordonner à tout moment une expertise psychiatrique pour les patients en SDRE ou en SDJ.
Le préfet fixe le délai dans lequel cette expertise doit lui être rendue, sachant qu'elle doit être produite au plus tard dans les dix jours suivant la désignation de l'expert qui ne peut être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil de la personne concernée par l'expertise.

Cependant, dans certains cas, la demande d'expertise est incompatible avec le respect de délais impératifs instaurés par la loi du 5 juillet 2011 et le préfet ne peut donc pas l'ordonner avant de rendre sa décision. Tel est le cas :

- Du délai de trois jours francs dans lequel le préfet doit décider de la forme de la prise en charge d'un patient (art. L. 3213-1, II),
- Du délai de 48 heures dont dispose le préfet pour prendre un arrêté de SDRE faisant suite à la mesure provisoire d'un maire (art. L. 3213-2),

S'agissant de l'application de l'article L. 3213-9-1, le préfet peut demander une expertise au titre de l'article L. 3213-5-1 avant de faire connaître son avis au directeur de l'ES ; toutefois, il ne pourra se prévaloir des conclusions de cette expertise pour s'opposer à la levée de l'hospitalisation complète si les deux psychiatres mentionnés à l'article L. 3213-9-1 s'accordent pour proposer la levée.
Dans la pratique, cette expertise peut constituer une réelle plus value dans les cas d'appréciation divergentes qui ne sont réglés ni par l'article L. 3213-9-1, ni par l'article L. 3213-5.

iii) Les procédures de règlement des appréciations divergentes entre le représentant de l'Etat et le psychiatre traitant : les articles L. 3213-5 et L 3213-9-1

Les articles L. 3213-5 et L. 3213-9-1 du code de la santé publique tels qu'ils résultent de la loi du 5 juillet 2011 traitent tous deux des situations de désaccord entre les représentants de l'Etat et les psychiatres traitants.

Cependant, **l'article L. 3213-9-1 est un article autonome, alors que les dispositions de l'article L. 3213-5 ne doivent s'appliquer qu'après que la procédure prévue par l'article L. 3213-9-1 a été mise en œuvre et ce exclusivement lorsque les avis des deux psychiatres diffèrent quant à la levée d'une mesure de soins psychiatriques mise en œuvre sous la forme d'une hospitalisation complète.**

<u>Les dispositifs prévus par chacun des deux articles</u>

L'article L. 3213-9-1, qui résulte d'un amendement gouvernemental tirant les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel sur une question prioritaire de constitutionnalité en date du 9 juin 2011, aménage **une procédure administrative** de règlement des désaccords entre les préfets et les psychiatres, relatifs aux patients en hospitalisation complète qui portent sur les propositions médicales suivantes :

1. soit la transformation d'une hospitalisation complète en prise en charge sous une autre forme (maintien d'une mesure de soins sans consentement ne consistant pas en une hospitalisation complète et organisée selon les modalités prévues par un programme de soins),
2. soit la levée de toute mesure contraignante de soins psychiatriques (levée « sèche »).

Cet article prévoit que lorsque le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre visant soit à lever la mesure de soins psychiatriques d'un patient pris en charge en hospitalisation complète, soit à mettre en œuvre une autre forme de prise en charge que l'hospitalisation complète (avec programme de soins), **l'avis d'un second psychiatre est requis.**

Si cet avis confirme celui du premier psychiatre, quant à l'absence de nécessité d'une hospitalisation complète, le préfet est tenu de prendre une décision conforme à ces deux avis médicaux, même si ceux-ci

divergent quant à la nécessité d'un programme de soins ou à ses modalités : selon ce que proposent les deux médecins, il doit donc, sans différer, lever la mesure de soins ou autoriser la mise en œuvre du programme de soins proposé par les deux médecins. Dans ce cas, **il n'y a donc pas lieu d'appliquer les dispositions de l'article L. 3213-5 en saisissant le JLD.**

Si les avis des psychiatres diffèrent quant à la nécessité d'une hospitalisation complète, le préfet est appelé à apprécier s'il décide de maintenir celle-ci ou de suivre l'avis du psychiatre proposant soit de lever l'hospitalisation complète, soit de substituer à celle-ci un programme de soins :

- Si le préfet suit l'avis du psychiatre n'ayant pas conclu au maintien de l'hospitalisation complète, la procédure prévue par l'article L. 3213-5 n'a pas lieu d'intervenir ;
- En revanche, s'il maintient l'hospitalisation complète, la procédure prévue à l'article L. 3213-5 doit alors s'appliquer**.**

L'article L. 3213-5, qui résulte d'un amendement parlementaire antérieur à la décision du Conseil constitutionnel, prévoit **un contrôle du juge des libertés et de la détention, obligatoirement saisi par le directeur de l'établissement de santé,** en cas de désaccord concernant la levée de la mesure de soins sans consentement, lorsque :

- Le psychiatre demande la fin de l'hospitalisation complète alors que cette mesure s'est prolongée au-delà des quinze premiers jours faisant suite à l'admission ou à la réadmission du patient dans le service où elle a été mise en œuvre,
- Le préfet n'envisage pas de lever cette mesure,
- Les deux avis prévus à l'article L. 3213-9-1 ont été rendus,
- Le second avis médical requis en application de l'article L. 3213-9-1 diffère du premier en ce qu'il est favorable au maintien de l'hospitalisation complète.

Rappel : Extrait de la circulaire du 21 juillet 2011 du ministère de la justice et des libertés publiques :

« Cumul entre le contrôle systématique de l'article L 3213-5 et l'application des dispositions de l'article L 3213-9-1

Il résulte de l'article L. 3213-9-1, qu'en présence d'une décision du représentant de l'État ne se conformant pas à la préconisation de lever l'hospitalisation, formulée par un psychiatre à l'occasion d'un avis intervenant à un moment quelconque de la mise en œuvre de la mesure de soins, le directeur de l'établissement doit demander immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce second avis, rendu dans le délai maximal de 72 heures après la décision préfectorale, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation, le représentant de l'État voit sa compétence liée et doit ordonner la mainlevée de la mesure. […]

Ainsi, lorsque l'article L 3213-5 a vocation à s'appliquer, il leur est demandé de ne saisir le juge des libertés et de la détention qu'une fois le second avis médical exigé par l'article L 3213-9-1 produit. En effet, si ce second avis est défavorable au maintien de l'hospitalisation, la saisine du juge des libertés et de la détention n'a pas lieu d'être, la compétence liée du préfet le conduisant à la levée de la mesure dans les meilleurs délais.
En revanche, si le second avis est favorable au maintien de l'hospitalisation, la saisine du juge s'impose.

Par conséquent, le juge ne devrait être saisi du conflit que si au vu de ce second avis médical le représentant de l'État dans le département n'ordonne pas la levée de la mesure de soins.

Dans l'éventualité où le juge des libertés et de la détention se trouverait malgré tout saisi dès le premier avis mettant en cause la nécessité de l'hospitalisation, il paraît souhaitable qu'il s'assure d'une communication sans délai à son greffe du second avis. Sous réserve que la production de ce document médical ne soit pas incompatible avec les délais résultant de l'application de l'article R 3211-16, il pourrait ainsi différer la fixation d'une date d'audience jusqu'à la prise de connaissance de ce second avis. »

1ère étape : application de l'article L. 3213-9-1

- **Le préfet, saisi d'une proposition de levée de la mesure de soins sous forme d'hospitalisation complète (HC) informe sans délai le directeur de l'établissement de sa décision de ne pas suivre la proposition du psychiatre.**
- **Le directeur de l'établissement demande immédiatement un 2eme avis de psychiatre, rendu sous 72h après la décision du préfet.**

Deux hypothèses sont alors possibles

Les deux psychiatres sont d'accord pour mettre fin à l'HC

L'avis du second psychiatre est conforme à celui du premier. Ils sont d'accord:
- soit pour un programme de soins
- soit pour la levée des soins sans consentement (levée sèche)

Le préfet doit prendre une décision conforme aux 2 avis médicaux

Ils considèrent que l'HC n'est plus nécessaire mais :
- soit ils ne proposent pas le même programme de soin
- soit l'un propose la sortie sèche et l'autre un programme de soins

Le préfet doit autoriser l'une des propositions

PAS D'APPLICATION DE L'ARTICLE L. 3213-5.

Le second psychiatre n'est pas d'accord pour lever l'HC

Le premier psychiatre propose la levée des soins sans consentement (sortie sèche) ou un programme de soins
Le second psychiatre propose le maintien en HC

Le préfet choisit

Il décide de suivre le 1er avis et lève la mesure de soins ou autorise le programme de soins

Le préfet décide de laisser le patient en HC

2ème étape : application de l'article L. 3213-5

Le préfet prend sa décision dans un délai de 3 jours francs (+ 14 jours au maximum s'il a ordonné une expertise) et avise de son refus de lever la mesure le directeur de l'ES

<u>LE DIRECTEUR DE L'ES SAISIT LE JLD</u>
afin qu'il statue à bref délai dans les conditions prévues à l'art. L. 3211-12 sauf si cela coïncide avec le délai de saisine du JLD dans le cadre du contrôle systématique des 15 jours ou des 6 mois

La demande d'une expertise par le préfet

En application de l'article L. 3213-5-1, le préfet peut demander une expertise à tout moment. Cependant, une telle demande au cours des procédures prévues aux articles L. 3213-9-1 et L. 3213-5 présente un intérêt très relatif :

- Si le second avis médical confirme qu'il est inapproprié de maintenir l'hospitalisation complète, c'est l'article L. 3213-9-1 qui s'applique et le préfet a compétence lié et ne peut différer sa décision dans l'attente d'une expertise.

- En cas de désaccord entre les deux psychiatres, si le second avis médical propose le maintien en hospitalisation complète alors que le premier proposait une sortie sèche ; le préfet peut demander une expertise complémentaire pour éclairer sa prise de décision, avant d'en faire part au directeur de l'établissement. En effet, l'article L. 3213-5 prévoit que le préfet doit répondre dans les trois jours francs mais qu'il peut différer sa réponse de 14 jours au plus s'il demande une expertise. Cependant, si le préfet refuse, au terme de ces délais, de lever la mesure, le JLD devra être saisi en application de l'article L. 3213-5 et la décision finale lui appartiendra.

- En revanche, lorsque le psychiatre traitant propose la mise en œuvre d'un programme de soins et que le second psychiatre se prononce en faveur du maintien de l'hospitalisation complète, la procédure prévue à l'article L. 3213-5 ne s'applique pas. Dès lors que le JLD ne sera pas saisi, le préfet pourrait demander plus utilement une expertise pour prendre sa décision.

S'agissant de la rémunération des experts psychiatriques requis par les préfets, l'instruction DGS/MC4 n° 2011/666 du 11 février 2011 relative au rôle des Agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office précise :
"Jusqu'à présent, le coût des expertises sollicitées par le préfet, incluant les frais de transport, était pris en charge par les DDASS. Il vous (ARS) appartient donc désormais d'acquitter la rémunération des experts psychiatres sollicités par les préfets pour la levée des hospitalisations d'office (HO) des personnes internées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (articles L. 3213-8 du CSP) ou en cas de contre-expertise demandée par les préfets pour toute mesure concernant une hospitalisation d'office (levée de la mesure, autorisation d'une sortie d'essai, etc.)".

Ces dispositions restent bien entendu valables s'agissant des expertises psychiatriques ordonnées par le représentant de l'Etat pour le suivi des soins psychiatriques.

iv) L'information délivrée par le préfet à des tiers

L'information de la famille

L'information de la famille prévue à l'article L. 3213-9 est systématique, même si le patient ne la souhaite pas, car la loi oblige l'administration à informer la famille dans l'intérêt du patient, en vue notamment de l'aider dans ses démarches ou la défense de ses droits.

Ce n'est que si le patient, dûment avisé de la finalité de cette information, refuse malgré tout de faire connaître le nom d'un membre de sa famille pouvant intervenir en sa faveur et qu'aucun membre de cette famille ne peut être averti de la mesure de soins psychiatriques concernant ce patient, que cette obligation ne sera pas mise en œuvre.

Si le patient refuse de donner le nom d'un membre de sa famille pour qu'il soit informé de sa situation et que l'établissement connaît un ou plusieurs membres de la famille du patient, ce dernier doit transmettre l'information qu'il détient au préfet pour que la famille soit informée conformément à l'article L. 3213-9. En effet, l'article L. 3213-9 faisant obligation au représentant de l'Etat d'aviser la famille de la personne, cette obligation doit être respectée dès lors qu'une information sur l'identité et l'adresse d'un membre de la famille du patient est connue.

L'établissement, s'il détient cette information, doit la transmettre au préfet, faute de quoi, en cas de problème, sa responsabilité pourrait être engagée même si l'établissement a ainsi entendu respecter la volonté du patient.

En revanche, les arrêtés préfectoraux (dont celui ayant ordonné l'hospitalisation dans le cas d'une levée) ne sont pas communicables à la famille de la personne. En effet, la décision de mainlevée d'hospitalisation est une mesure individuelle qui ne doit être notifiée qu'à l'intéressé, à moins que la loi n'en dispose autrement. En l'espèce, la loi prévoit seulement que le préfet avise la famille, c'est-à-dire lui fasse connaître sa décision sans pour autant qu'il ait à communiquer l'arrêté qui formalise sa décision. Les décisions du préfet, en matière de soins psychiatriques sans consentement ne sont pas communicables à des tiers et cela pour deux motifs prévus par la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 : elles contiennent des informations dont la communication pourrait porter atteinte à la vie privée des personnes intéressées (date de naissance par exemple) et elles font état d'un comportement dont la divulgation pourrait porter préjudice à l'intéressé.

L'information des maires et des procureurs

Les procureurs et les maires sont avisés des admissions, maintiens et levées des mesures de soins psychiatriques prises par le préfet.
Le dernier alinéa de l'article L. 3213-9 du CSP précise en outre que le représentant de l'Etat informe également les autorités de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète.

v) La sortie du territoire d'un patient en programme de soins

La nouvelle loi n'a rien modifié en ce qui concerne les sorties du territoire qu'elle ne régit pas davantage que la loi de 1990.Il n'existe donc pas de modèle d'arrêté spécifique
Le point est de savoir si le programme de soins permet à la personne d'aller et venir librement et si son respect n'est pas incompatible avec une sortie du territoire. Si tel est le cas, aucune formalité supplémentaire n'est nécessaire.

Si en revanche le programme de soins ne prévoit pas d'interruption dans la prise en charge du patient (par exemple s'il est prévu qu'il se rende à l'ES deux fois par semaine), le médecin doit faire une nouvelle proposition de prise en charge du patient incluant la période d'absence, cette proposition étant soumise à autorisation du préfet dans le cas de soins décidés par lui.

10) Les dispositions particulières concernant certains patients en SDRE ou en SDJ : les patients séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD) et les patients faisant ou ayant fait l'objet de soins psychiatriques à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale

Ces dispositions ne seront applicables que jusqu'au 30 septembre 2013, le Conseil constitutionnel les ayant abrogées avec effet au 1er octobre 2013. par décision du 20 avril 2012

i) Les personnes concernées par ces dispositions

La loi du 5 juillet 2011 a introduit des dispositions particulières qui s'appliquent lors du contrôle de la mesure d'hospitalisation complète et lors des décisions en ordonnant la mainlevée pour :

- les patients qui 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 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° 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° du II de l'article L. 3211-12 et article R. 3222-9).

Il convient de retenir la date de sortie de l'UMD pour déterminer la durée de dix ans au-delà de laquelle l'on ne tient plus compte du séjour en UMD. Par ailleurs, la durée de séjour nécessaire d'un an en UMD pour que l'avis du collège intervienne ne s'applique pas aux patients faisant l'objet de soins psychiatriques en UMD en cours et ne concerne que les patients qui sont déjà sortis de l'UMD. Enfin, lorsqu'un patient a séjourné à plusieurs reprises en UMD durant les dix dernières années, il n'y a pas lieu de cumuler la durée des différents séjours pour déterminer si le patient relève ou non des dispositions spécifiques car l'article R.3222-9 du CSP précise que la mesure ne concerne que les patients qui ont été hospitalisés en continu pendant un an.

Il est à noter que les dispositions de l'article L. 3213-4 du code de la santé publique relatives au maintien des mesures de soins psychiatriques par le représentant de l'Etat ne sont pas applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 3213-8 de ce même code.

ii) L'identification des personnes concernées

Lorsque le psychiatre a connaissance, au regard des informations disponibles dans le dossier médical, de ce 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) et qui en tire toutes les conséquences pour ce qui est des conditions de saisine du juge d'un contrôle systématique (en particulier s'agissant de la nécessaire transmission à celui-ci d'un avis du collège défini à l'article L. 3211-9. Cette information est par ailleurs 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.

Les établissements ne disposant pas forcément de l'historique d'un patient hospitalisé dans un autre département, seules peuvent être prises en considération les informations contenues dans le dossier médical du patient.

iii) L'avis du collège et les expertises

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).

Ni la loi du 5 juillet 2011 (article L.3211-9 CSP), ni le décret du 18 juillet 2011 (article R.3211-5 CSP) ne prévoient la forme de transmission de l'avis du collège au directeur d'établissement. L'article R.3211-5 précité indique simplement que cet avis est transmis « sans délai ». Les établissements peuvent donc choisir la forme de transmission mais ils doivent respecter les délais dans lesquels le collège doit rendre son avis.

L'avis du collège n'a pas à être signé par les trois membres puisqu'il est validé par le secrétaire désigné au début de chaque séance. Cet avis doit faire mention de l'avis divergent d'un des membres du collège si celui-ci demande qu'il soit fait mention de son désaccord (cf. article R. 3211-5 CSP). L'article précité indique également que « l'avis du collège mentionne le nom et la qualité des membres présents, les dossiers traités au cours de la séance et l'avis pris pour chacun des dossiers ». La date de la séance y figure donc obligatoirement ainsi que l'heure de début et de fin de la séance. Il ne semble pas indispensable de faire figurer l'heure de chacun des avis.

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.

11) Soins psychiatriques aux personnes détenues

i) L'hospitalisation complète

Dans le cas de personnes détenues, la prise en charge ne peut être que sous la forme d'hospitalisation complète, il n'y a pas d'alternative possible.

L'hospitalisation peut être assurée par une UHSA ou par un établissement de santé. En effet, la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu en son article 48 que « 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.

Les dispositions concernant les sorties accompagnées de moins de douze heures prévues à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique issu de la loi du 5 juillet 2011 ne s'appliquent pas aux personnes détenues atteintes de troubles mentaux. L'article L.3214-2 du CSP qui liste les articles relatifs aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques s'appliquant aux personnes détenues ne mentionne pas l'article L.3211-11-1 précité.

ii) Les certificats et la période d'observation et de soins

En application de l'article L. 3214-3, le certificat initial permettant au préfet de prononcer par arrêté l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète d'une personne détenue ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. En conséquence, ce certificat ne peut être établi par le psychiatre de l'UCSA ou du SMPR dans la mesure où ces structures sont rattachées à l'établissement de santé d'accueil. En effet, l'unité de consultations et de soins ambulatoires et le service médico-psychologique régional ne sont pas des entités juridiques autonomes mais des structures internes d'un établissement de santé (cf. articles L. 6146-1 du code de la santé publique et D. 368 du code de procédure pénale). Cependant, conformément à la décision n° 321506 du Conseil d'État prononcée le 9 juin 2010, ce certificat peut être établi par un médecin non psychiatre de cet établissement ou par un médecin extérieur à l'établissement, qu'il soit ou non psychiatre.

La période initiale de soins et d'observation de 72 heures doit être appliquée dans le cas d'hospitalisations de personnes détenues, de même que l'examen somatique doit être réalisé.
Lors de cette période initiale un certificat doit être réalisé au cours des 24 premières heures par le psychiatre de l'établissement de santé accueillant le patient confirmant la mesure d'hospitalisation sans consentement.

Un deuxième certificat doit être réalisé dans les 72 heures afin d'attester le maintien de la mesure.
Ces deux certificats peuvent être réalisés par le même médecin.

Les différents certificats doivent être rédigés par le seul psychiatre de l'établissement d'accueil sur le rythme suivant :
1°) Dans les 24 h suivant l'admission
2°) Dans les 72 h suivant l'admission
3°) Le 6ème, 7ème ou 8ème jour suivant l'admission
4°) Puis dans le mois qui suit la décision d'admission
5°) Puis tous les mois

iii) Le contrôle du JLD

Le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) au bout de 15 jours et au bout de 6 mois s'applique aux personnes détenues, conformément aux articles L. 3211-12-1 et L. 3214-2.

Dans tous les cas d'hospitalisation sans consentement de personnes détenues, l'avis des deux psychiatres qui doit accompagner la saisine du JLD dans un délai de 15 jours à compter de l'admission et avant l'expiration d'un délai de 6 mois est établi conjointement par le psychiatre de l'établissement de santé où se déroule l'hospitalisation et le psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine du patient.

Le délai de saisine du JLD court à partir l'admission prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié, établi au préalable par un médecin autre qu'un psychiatre exerçant dans l'établissement de santé d'accueil.

iv) La levée de la mesure de SDRE

Le droit commun s'applique aux personnes détenues lorsque le psychiatre propose la levée de la mesure :

1. Le préfet décide de suivre la proposition médicale :
   Il prend un arrêté préfectoral mettant fin aux soins psychiatriques sur proposition d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (pouvant être présentée à tout moment)

2. Le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement :
   L'article L.3213-9-1 s'applique et le préfet en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci devra rendre un avis au plus tard 72 heures après la décision ci-dessus du préfet.
   Compte tenu des délais accordés à ce second psychiatre pour rendre son avis, il semble préférable que celui-ci soit un psychiatre de l'établissement de santé, mais ne participant pas à la prise en charge du patient. Ce psychiatre pourra, s'il le souhaite, consulter son collègue de l'établissement pénitentiaire.
   Si le deuxième avis confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet a compétence liée et doit ordonner 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.
   Si tel est le cas, l'article L. 3213-5 s'applique : le préfet informe le directeur de l'établissement de sa décision de ne pas lever la mesure. Ce dernier saisit sans délai le juge des libertés et de la détention.

Sous les mêmes réserves que précédemment, si la personne détenue hospitalisée séjourne ou a séjourné en UMD, ou est ou a été hospitalisée à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, le directeur de l'établissement de santé convoque un collège de soignants. Ce collège doit être composé :

- Du psychiatre (responsable à titre principal du patient ou à défaut d'un psychiatre participant à sa prise en charge – art R.3211-2) du patient durant son hospitalisation
- D'un autre psychiatre (appartenant au personnel de l'établissement) et qui ne participe pas à la prise en charge du patient
- D'un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge ce patient (infirmier, cadre de santé, psychologue, assistant social, …)

Le psychiatre exerçant dans l'établissement pénitentiaire ne fait pas partie du collège. Toutefois, le collège disposera du dossier médical du patient et notamment des avis du psychiatre de l'établissement pénitentiaire. En outre, le psychiatre participant à la prise en charge du patient pourra, s'il le souhaite, consulter son collègue de l'établissement pénitentiaire.

La levée d'une mesure de soins en hospitalisation complète entraine le retour dans un établissement pénitentiaire classique.

12) Les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)

i) Les missions

L'intervention nouvelle du juge des libertés impose de repréciser les missions de ces instances et la loi du 5 juillet 2011 vise à recentrer les CDSP sur l'étude des dossiers les plus sensibles : elle prévoit que la CDSP examine obligatoirement la situation des personnes dont les soins psychiatriques se prolongent au-delà d'un an et celle des personnes dont l'admission a été prononcée par le directeur en l'absence de tiers. Le décret du 18 juillet 2011 précise les modalités d'application de cette dernière disposition et prévoit que la commission examine la situation de ces personnes admises en l'absence de tiers "avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de cette admission, puis au moins une fois tous les six mois".

Cependant, il faut rappeler que le contrôle du JLD s'exerce sur les patients en hospitalisation complète : il n'est donc pas prévu de contrôle systématique du juge des libertés et de la détention pour les patients concernés par un autre mode de soins que l'hospitalisation complète. En conséquence, le contrôle exercé par la CDSP demeure essentiel pour les patients en programme de soins.

La loi précise aussi les documents dont doit pouvoir disposer la commission, à savoir la copie des décisions de justice, des décisions administratives, des avis, des certificats et des programmes de soins.

ii) Les rapports avec les autres instances

La loi du 5 juillet 2011 explicite également les rapports de la CDSP avec la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ-PC).

Cette instance a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Elle facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. À cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Par ailleurs, le rapport de la CDSP sera désormais envoyé au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

13) Les règles applicables aux soins somatiques nécessités par des patients en SDRE ou en SDDE

Il n'existe pas de procédure particulière prévue en ce qui concerne le transfert des personnes faisant l'objet de mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ou du directeur de l'établissement en hôpital général pour y recevoir des soins somatiques.

Quelques principes généraux peuvent cependant être dégagés.

1. Pour toutes les personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ou du directeur de l'établissement hospitalisées :
   - L'accès de ces malades aux soins somatiques doit être favorisé.
     A cet égard, la loi du 4 mars 2002 codifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise (article L. 1110-1 du code de la santé publique) que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne » et insiste sur la garantie de « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ».
   - Si la mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ou du directeur de l'établissement est toujours justifiée, il est exclu de procéder à la levée de la mesure lors d'un transfert en hôpital général pour soins somatiques, le malade restant sous la surveillance de l'établissement pour ce qui est de la prise en charge psychiatrique.

2. En outre, pour les personnes en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat :
   - Le préfet doit toujours être informé du transfert momentané d'un patient pour des soins somatiques dans un autre établissement de santé que celui où est mise en œuvre la mesure de soins psychiatriques.
   - Le préfet ne saurait s'opposer à des soins somatiques urgents ou nécessaires.
   - Aucune décision préfectorale n'est à prendre. L'établissement d'un arrêté préfectoral autorisant un programme de soins, au seul motif du transfert pour soins somatiques, est inopportun dans la mesure où la prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète s'effectue sans accompagnement de personnel, ce qui s'avèrerait particulièrement inapproprié dans le cas d'espèce.

3. En l'absence de réglementation particulière, il paraît nécessaire d'organiser la collaboration entre les établissements de santé concernés de façon à ce que la continuité des soins tant somatiques que psychiatriques soit assurée.

Il revient à l'équipe de psychiatrie d'assurer la réalisation des soins psychiatriques ordonnés par le préfet et de veiller au respect des dispositions légales (établissement des certificats médicaux légaux périodiques, et, le cas échéant, transmission en temps utile au préfet du certificat ou de l'avis médical nécessaire à la prise d'un arrêté de maintien en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat). Par ailleurs, si le directeur général de l'agence régionale de santé autorise des établissements de santé à recevoir des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ou du directeur de l'établissement, cette autorisation ne s'applique pas aux établissements de santé autorisés dans des disciplines MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou de soins de suite et de réadaptation. De sorte que la non-autorisation d'un établissement de santé à recevoir des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ne saurait faire obstacle à l'accueil d'un patient faisant l'objet d'une telle mesure aux fins d'y recevoir des soins somatiques.
Afin de mettre en œuvre la double prise en charge (somatique et psychiatrique) dans des conditions adaptées en termes de qualité des soins et de sécurité, il revient aux établissements de définir l'organisation la plus adaptée (lieux d'hospitalisation, compétence soignante auprès du patient…) tout au long des soins. Ces choix organisationnels seront clairement indiqués dans le dossier du patient et pourront faire l'objet d'un protocole écrit de prise en charge engageant les deux établissements.

14) Les établissements de santé

i) L'autorisation des établissements

L'ancien article L. 3222-1 disposait que dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le représentant de l'État dans le département à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux.
L'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 a modifié l'article et dispose dorénavant que l'ARS désigne, après avis du préfet, les établissements autorisés en psychiatrie attributaire de la mission « soins sans consentement ».

La problématique est donc la suivante :

L'article a été modifié par l'ordonnance afin de faire un lien direct avec le régime juridique des missions de service public (MSP), et s'articule donc entièrement avec lui.
Cependant, dans l'attente d'une publication du SROS-PRS, le régime des MSP (article L. 6112-2) ne s'applique pas, nonobstant la réalité juridique desdites missions.
En conséquence, les établissements déjà habilités à recevoir des patients sans consentement (sous l'égide d'un régime antérieur : ancien article L.322~~3~~ 2-1) continuent d'exercer cette mission dans le cadre de leurs habilitations. Aucun nouvel arrêté d'avis n'est alors exigé (sauf si, malgré l'absence de publication du SROS-PRS, le DG d'ARS souhaite désigner un nouvel établissement).

Ce n'est que postérieurement à la publication du SROS-PRS qu'un nouvel arrêté devra être publié. En effet, la procédure d'octroi de la MSP « soins sans consentement » devra se faire de la manière suivante :

- Reconnaissance prioritaire des établissements assurant déjà cette mission et listés comme tels dans le diagnostic du SROS. Même si ces établissements avait fait l'objet d'une précédente habilitation préfectorale, l'article L. 3222-1 s'applique. Un arrêté du DGARS portant avis du préfet de département est nécessaire.
- En cas de besoins non couverts: appel à candidatures. Dans ce cas, l'avis du préfet doit subordonner toute désignation.
- En cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale. Dans ce cas, l'avis du préfet doit subordonner toute désignation.

La seule contrainte temporelle à respecter est une publication de l'arrêté préalable à toute signature des prochains CPOM, seul acte juridique portant octroi d'une MSP.

Le DGARS compétent pour désigner les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est le DGARS de la région où se situent ces établissements (les missions de service public sont attribuées par les DGARS en fonction des besoins de la population appréciés par le SROS –art L. 6112-2 CSP).

Le préfet compétent pour donner son avis au DGARS est celui du département d'implantation de l'établissement ayant reçu la mission de service public ; l'article L 3222-1 ne permet aucune autre interprétation.

Par contre, l'arrêté admettant le patient en soins psychiatriques est pris par le préfet du département où se trouve le malade (cet arrêté précise l'établissement qui prend en charge le malade), et le préfet du département où se trouve l'établissement d'accueil est destinataire des certificats médicaux des 24 et 72 premières heures (art L. 3213-1 I 3 derniers alinéas).

Le transport des patients admis en soins psychiatriques (hors détenus) dans un département autre que celui de sa résidence est assuré par un transporteur sanitaire (article L. 3222-1-1) jusqu'à l'établissement de santé d'accueil. A titre exceptionnel, et sur demande du directeur d'établissement, le préfet du département, où est domicilié le patient, pourra décider de mettre en place une escorte par les forces de l'ordre lorsqu'un patient présente un risque d'atteinte grave à l'ordre public résultant d'une dangerosité particulière attestée par un certificat médical.

ii) La prise en charge des patients par un service d'accueil des urgences

Il convient de distinguer la prise en charge aux urgences de l'admission en soins psychiatriques, laquelle ne peut se faire que dans un établissement autorisé en psychiatrie et exerçant la mission de service public (MSP) de prise en charge en soins psychiatriques.

Par conséquent, l'établissement siège de l'unité de médecine d'urgence prend en charge le patient aux urgences mais ne procède pas à l'admission, sauf s'il est habilité pour cela.
L'établissement autorisé en psychiatrie et exerçant la mission de service public (MSP) ne peut refuser d'admettre en soins sans consentement un patient pris en charge par le service d'urgences d'un établissement n'exerçant pas cette mission Un acte formel entre les deux établissements n'a pas à être établi (accord médical et administratif), ce qui n'est pas exclusif d'une organisation entre établissements et d'échanges préalables entre le service des urgences et l'établissement autorisé en psychiatrie concernant le transfert du patient.

A cette fin, la loi du 5 juillet prévoit la mise en place d'organisations facilitant la prise en charge de patients. D'une part, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de chaque établissement assurant la prise en charge en soins psychiatriques devra déterminer la zone géographique dans laquelle l'établissement exerce sa mission. D'autre part, les ARS vont organiser dans chaque territoire de santé un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques avec l'ensemble des acteurs concernés (établissements de santé, SAMU, médecins libéraux, police, gendarmerie…).

Dans le cas d'une admission pour péril imminent mise en œuvre à partir d'un SAU, le fait que le certificat de péril imminent soit établi dans l'établissement siège des urgences ne modifie en rien les règles d'admission. Le certificat médical ne vaut pas admission, celle-ci sera faite par le directeur de l'établissement - autorisé en psychiatrie et exerçant la MSP - qui va assurer la prise en charge du patient.
Le passage aux urgences a une incidence non pas sur les règles d'admission du patient mais sur le calcul du délai de saisine du juge des libertés, le temps passé aux urgences est compté dans la période d'observation de 72 h et par conséquent entre dans le délai de saisine.

Exemple :

- Entrée aux urgences le 1er août à 12h.
- Transfert et admission dans l'établissement autorisé en psychiatrie le 2 août à 14 h
- L'admission en soins sans consentement par le directeur de l'établissement autorisé en psychiatrie a lieu le 2 août, mais la période d'observation débute dès le 1er août à 12h. S'agissant du calcul des délais avant l'expiration desquels doivent intervenir le contrôle de

quinzaine du juge et sa saisine aux fins de ce contrôle, il s'effectue à compter du 1er août à o heure.

15) L'archivage des dossiers « papiers »

Certaines ARS ont choisi d'installer le service gestionnaire des soins psychiatriques sans consentement au siège de la métropole régionale. Dès lors se pose la question, pour ces ARS, du rapatriement éventuel des dossiers « papiers » qui étaient jusqu'alors stockés dans chacun des départements de la région.

Pour ce qui est du lieu de conservation des dossiers traités depuis la régionalisation de l'offre de soins psychiatriques, l'ARS est libre de s'organiser comme elle l'entend et de conserver ces dossiers au niveau du siège où se situe le service les traitant, suivant en cela une logique organisationnelle. Le contrôle scientifique et technique de l'administration des archives sur ces dossiers (CST) sera assuré dans ce cas par le service d'archives départementales du département où se situe le service (en l'occurrence le département chef de lieu de région dans ce cas).

Pour ce qui est des dossiers clos antérieurement à cette mesure de régionalisation, il conviendrait d'en poursuivre la gestion en liaison avec chaque service d'archives départementales pour ce qui est du visa réglementaire pour leur élimination 5 ans après la mesure de levée d'hospitalisation (DUA). L'ARS est libre de choisir le lieu de leur conservation, sur place jusqu'à échéance de la durée d'utilité administrative (DUA) précédemment citée ou dans un dépôt mutualisé pour l'ensemble de l'ARS.

En tout état de cause, la fonction étant régionalisée, il n'y a pas pour l'ARS d'obligation de transfert des dossiers traités depuis cette mesure de régionalisation vers les départements concernés dès lors que les éléments utiles peuvent être rapatriés dans les délais requis par les textes pour assurer un suivi efficient des personnes connaissant des séjours en soins psychiatriques itératifs ; le CST doit s'adapter à l'organisation fonctionnelle de l'ARS.