

Journée des commissions départementales des soins psychiatriques

Ouverture de la journée

Dominique de PENANSTER
Direction générale de la Santé

Cette journée vise à décrire les changements intervenus suite à la promulgation de la loi du 5 juillet 2011. Je vous prie d'excuser Jean-Yves Grall, Directeur général de la santé, qui ne pourra pas se joindre à nous aujourd'hui. Il m'a chargé cependant de vous dire tout l'intérêt qu'il porte à nos échanges.

Dernier bilan de la loi du 27 juin 1990 à partir des données 2009

Isabelle LEROUX
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ce bilan est issu des rapports d'activité des CDSP sur la période allant de 1998 à 2009. Les hospitalisations d'office des détenus et les hospitalisations d'office en vertu de l'article L.3213 sont exclues de notre étude du fait de leur petit nombre. Cette étude porte sur le nombre de mesures et non sur le nombre de séjours ou le nombre de patients.

De ces statistiques, il ressort que les hospitalisations sans consentement (HSC) ont crû sur la période étudiée avec un pic constaté en 2003, suivi par stabilisation à un niveau légèrement inférieur entre 2005 et 2009. Les hospitalisations à la demande d'un tiers s'élèvent à 63 000 en 2009 pour 12 000 hospitalisations d'office. Les hospitalisations à la demande d'un tiers ont crû de 13 % jusqu'en 2003 avant de diminuer. Entre 1999 et 2009, les hospitalisations d'office ont augmenté de 20 % environ. Ces hospitalisations ont crû sur l'ensemble de la période sauf entre 2005 et 2007 (baisse de 3 %). La part des hospitalisations d'office parmi les mesures d'hospitalisation sans consentement est relativement stable jusqu'en 2003, autour de 13 %, et ressort à 16 % depuis 2005.

70 % des hospitalisations d'office font suite à des procédures d'urgence. Un tiers des hospitalisations sur demande d'un tiers était effectué selon cette procédure en 1998 : elles étaient au nombre de 50 % en 2009. Ces données sont cependant contrastées suivant les départements (de moins d'un tiers à quasiment 100 % dans certains départements). Pour les hospitalisations sans consentement, les variations entre les départements oscillent entre 1 et 7 en 2009. Cependant, il manque encore des informations qualitatives pour expliquer ces écarts. Il convient donc de disposer d'informations complémentaires sur l'offre de soins pour mieux interpréter ces chiffres.

Laurence LAVY
Direction générale de la santé, Bureau de la santé mentale

Les secrétaires des CDHP ont été sollicités en 2010 pour tirer un bilan de l'activité pour l'année 2009 de leur commission sur deux critères : d'une part, la composition desdites commissions ; d'autre part, leur activité.

100 % des CDHP ont répondu au questionnaire. Cinq départements n'avaient pas de CDHP en fonctionnement en 2009 dont trois départements avaient une commission en fonctionnement en 2010 et un département n'avait pas de CDHP depuis 2005. Sur les 95 départements répondant, 70 CDHP indiquaient fonctionner avec 6 membres, 15 CDHP avec 5 membres et 10 CDHP avec 4 membres. Le plus souvent, c'est le représentant de l'association des malades qui n'est pas nommé à la commission (dans 15 cas). Le représentant de l'association des familles de malades était présent dans toutes les commissions. Le médecin généraliste n'était pas nommé dans 7 CDHP. Le psychiatre désigné par le préfet ou celui désigné par le magistrat n'était pas nommé respectivement dans 6 CDHP. Le magistrat n'était pas nommé dans une CDHP.

Six départements sur les 95 départements ayant répondu n'ont pas fourni de données sur leur activité en 2009. En moyenne, le nombre de réunions ressort à 4,5 par an. Ce nombre oscille entre 1 et 25 réunions par an suivant les départements. Le nombre de dossiers examinés par ces commissions est également très hétérogène variant entre zéro et 913 (pour la CDHP de Paris). En moyenne, le nombre de dossiers est de 143 par an. Dix départements, plutôt ruraux, ont examiné moins de 10 dossiers par an. 10 départements ont examiné plus de 300 dossiers.

Ce contraste est visible aussi s'agissant du nombre de visites. 13 CDHP ont indiqué n'avoir visité aucun établissement en 2009. Le nombre moyen de visites ressort à 4 sachant que ce nombre de visites oscille entre un et 17 établissements selon les commissions. Ce chiffre serait à mettre en regard du nombre d'établissements à visiter dans le département concerné.

30 CDHP ont indiqué n'avoir enregistré aucune plainte sur la période. Le nombre moyen de plaintes ressort à 8 par an et par commission. 82 CDHP ont indiqué n'avoir jamais saisi le préfet, 87 CDHP n'avoir proposé aucune levée de HDT, 86 CDHP n'avoir formulé aucune levée de HO, 86 CDHP n'avoir formulé aucune proposition de sortie immédiate de HO au JLD.

Les réponses à ce questionnaire sont donc très hétérogènes. Cependant, ce bilan est quantitatif et non qualitatif et il conviendra d'analyser de nouvelles données pour mieux apprécier le travail des commissions à l'avenir.

Echanges avec la salle

- La notion d'absence de l'un des membres desdites commissions correspond-elle à un membre qui n'a pas pris ses fonctions ou, à un membre nommé, qui ne participe pas à l'activité de la commission ? Il est exprimé les difficultés de recrutement des médecins dans les commissions ainsi que le manque de temps libéré pour mener à bien leur mission avec un nombre plus important de jours de représentation.

Réponse de l'administration : Les membres présentés comme absents sont des membres qui n'ont pas été nommés. L'effectivité de la participation des membres nommés à l'activité des CDHP, n'est

actuellement pas documentée. Le recueil d'activité des CDSP est amené à évoluer en particulier pour disposer de d'informations permettant de mieux apprécier leur fonctionnement.

- De quelles données complémentaires dispose-t-on pour permettre une analyse plus fine des différentes mesures de soins sans consentement ou de leur évolution est souligné ?

Réponse de l'administration : D'autres études sont en cours. Celles concernant l'évolution du nombre de mesures ne sont pas encore présentées car plusieurs points sont nécessaires pour effectuer des comparaisons statistiques entre exercices et s'assurer de la solidité des tendances observées.

- Une représentante des usagers, membre de CDSP, pense que l'absence des usagers dans les commissions tient sans doute à l'insuffisance des formations. Il conviendrait que les usagers soient mieux aiguillés et puissent recevoir des formations idoines. Par ailleurs, ayant participé à deux commissions dans deux départements limitrophes, elle témoigne de l'hétérogénéité des modes de fonctionnements des CDHP, devenues CDSP (différences très importantes tant en nombre de visites qu'en termes d'examen de dossiers). Elle souligne le fait que les patients hospitalisés connaissent mal le rôle de la commission et qu'il convient de mieux l'expliciter.

- Le rôle des CDSP est de veiller à ce que les droits et la dignité du patient soient respectés. Avec l'intervention du JLD, les commissions conservent un rôle important en matière de respect de la dignité du patient. Ce travail passe par des visites minutieuses des établissements. Ces visites sont d'ailleurs souvent appréciées des soignants car elles peuvent permettre d'appuyer des demandes auprès des directions de leurs hôpitaux.

Réponse de l'administration : En accompagnement de la mise en place des nouvelles dispositions introduites par la loi du 5 juillet 2011, l'administration souhaite construire des outils adaptés à la mission des acteurs de terrain. Les membres des CDSP qui se rendent dans les établissements de santé devraient aussi connaître les autres structures hospitalières pour mieux appréhender l'ensemble de la chaîne.

Présentation de la réforme de la loi du 5 juillet 2011

Evolutions du rôle des CDSP

Anne-Amélie FLAMENT

Direction générale de la santé, Bureau de la santé mentale

La loi du 27 juin 1990 avait posé le principe de son évaluation cinq ans après son entrée en vigueur et plusieurs rapports de l'inspection générale de différents ministères (affaires sociales, justice, intérieur) ont procédé à cette évaluation. Ainsi, le rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, dit "Rapport STROHL", remis en septembre 1997, avait conduit à des modifications dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, comme la restriction de l'hospitalisation d'office pour troubles à l'ordre public aux seuls troubles graves et renforcement de la composition des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Par la suite, le "Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement" de l'inspection générale de l'administration, de l'inspection générale de la police

nationale, et de l'inspection de la gendarmerie nationale, remis en mai 2004 avait conclu à la nécessité de réformer l'hospitalisation d'office pour remédier aux carences d'information du préfet et aux faiblesses du suivi des personnes hospitalisées d'office bénéficiant de sorties d'essai.

Enfin, les propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 remises par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des services judiciaires en mai 2005 a constitué le socle de la réflexion menée depuis sur la réforme de la loi de 1990, en particulier sur la révision du dispositif pour tenir compte de la diversification des possibilités de prise en charge en psychiatrie, les modalités pour procéder à une hospitalisation et donc améliorer l'accès aux soins en l'absence de tiers demandeur ou l'absence de liens familiaux ou personnels du tiers avec le patient, l'amélioration du fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

De plus, d'autres rapports, dont l'objet essentiel n'était pas la loi de juin 1990, ont cependant évoqué la question des personnes souffrant de troubles mentaux sous l'angle plus particulier de la sécurité des tiers, et ont proposé des modifications de la loi du 27 juin 1990, en particulier en ce qui concerne les personnes hospitalisées d'office et déclarées irresponsables pénalement en raison de leurs troubles mentaux et ont pointé la nécessité de mieux encadrer les sorties de ces personnes.

Une réflexion a été menée au ministère de la santé en 2006 et 2007 avec les partenaires du monde de la santé mentale sur la base des conclusions du rapport de l'IGAS. Ces échanges ont témoigné d'une conviction unanime quant à la nécessité de réformer la loi.

La recommandation REC (2004) 10 du 22 septembre 2004 du comité des ministres du Conseil de l'Europe relative à la protection des droits de l'homme et à la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, non contraignante, prévoit notamment la consultation de la personne sur son placement et son traitement involontaires et la prise en considération de son avis, ainsi que le droit à l'information régulière sur la situation médicale du patient et sur les voies de recours.

La réforme des tutelles par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique de majeurs, entrée en vigueur le 1er janvier 2009 a eu un impact limité sur les dispositions de la loi du 27 juin 1990, qui ont toutefois appelé une mise en cohérence des dispositions ayant trait à la protection juridique des personnes souffrant de troubles mentaux, notamment la suppression du curateur à la personne ad hoc prévu par l'article L. 3211-9 car les dispositions du code civil s'avèrent suffisamment adaptées pour assurer la protection des personnes hospitalisées sans consentement.

L'évolution de la jurisprudence nationale a nécessité de clarifier les dispositions législatives concernant la définition du tiers, dans un arrêt du 3 décembre 2003, le Conseil d'Etat a considéré que, en sus des membres de la famille du malade, seules les personnes ayant des relations antérieures à l'admission avec le malade pouvaient valablement rédiger la demande d'hospitalisation.

Enfin, le Conseil constitutionnel en 2010 a décidé que le juge des libertés devait être en mesure d'étudier le bien fondé des mesures d'hospitalisation dès lors qu'elles duraient plus de 15 jours, en vertu de l'article 66 de la Constitution. Tous ces éléments ont été utilisés pour élaborer la loi de juillet 2011.

La loi du 5 juillet 2011 maintient des fondamentaux de la loi de 1990. En effet, les soins libres demeurent la règle et les mesures de contraintes restent l'exception. Les critères exigés pour entrer dans l'une ou l'autre des procédures de soins psychiatriques sans consentement restent également identiques, de même que le principe de l'existence de procédures d'urgence.

Pour optimiser la prise en charge des patients en fonction de leur état, le choix a été fait d'inscrire dans la loi que l'hospitalisation est un mode de prise en charge parmi d'autres. Les médecins

utilisaient déjà le dispositif des sorties d'essai pour permettre des hospitalisations partielles ou des prises en charge en ambulatoire, mais ce cadre juridique était inadapté. Désormais, l'hospitalisation fait partie de l'éventail thérapeutique parmi d'autres mesures.

La loi précise deux catégories de prise en charge : la prise en charge en hospitalisation complète et les autres modalités de prise en charge. Pour ces autres modalités, la loi prévoit un programme de soins dont le contenu est concerné par la prise en charge sanitaire mais ne comporte aucun élément couvert par le secret médical. La loi n'introduit aucun automatisme en cas de non-observance du traitement et laisse au médecin le soin d'évaluer l'impact de cette non-observance et ses conséquences sur la modalité de prise en charge sanitaire. C'est donc au médecin d'expliquer à son patient ce qui peut advenir s'il ne suit pas son traitement. Si la non-observance du programme met le patient en danger, le médecin pourra proposer une hospitalisation complète. Cette souplesse est indispensable car seul le médecin connaît la gravité des conséquences, pour la santé du patient, d'une éventuelle inobservance du programme de soins.

La loi fixe aussi une période d'observation et de soins car force est de reconnaître qu'il est difficile d'évaluer l'état du patient lors d'une intervention en situation de crise. Elle crée ainsi un certificat des 72 heures au-delà du certificat des 24 heures. L'existence de ce certificat n'empêche pas de lever la mesure plus tôt si celle-ci n'est pas justifiée. Le délai de 72 heures permet simplement de définir la modalité de prise en charge adéquate et, le cas échéant, de prévoir un programme des soins dans l'intervalle.

La loi du 5 juillet 2011 renforce aussi les droits des patients. Désormais le juge des libertés et de la détention (JLD) doit effectuer un contrôle auprès de toutes les personnes en hospitalisation contrainte. Ce contrôle doit intervenir au plus tard le 15^{ème} jour de l'hospitalisation. Le défaut de saisine du JLD, dans les délais, conduit à la levée de la mesure. Cette mesure vise à protéger les patients : il convient donc d'expliquer à la personne concernée que le juge des libertés intervient pour vérifier que ses droits sont bel et bien pris en compte.

Par ailleurs, le patient doit systématiquement être entendu et s'entretenir avec son médecin sur les mesures qui le concernent. Le recueil de l'avis du patient est donc rendu nécessaire avant l'élaboration du programme de soins.

Enfin, la loi vise à recentrer les CDSP sur l'étude des dossiers les plus sensibles. L'intervention nouvelle du juge des libertés impose de préciser les missions de ces instances et la loi propose de recentrer les commissions départementales des soins psychiatriques sur deux types de situation : d'une part, les personnes soignées sans leur consentement dans le cadre de la procédure sans tiers ; d'autre part, les personnes dont les mesures se prolongent au-delà d'un an.

La CDSP doit examiner les dossiers des personnes prises en charge au titre du péril imminent sans tiers avant la fin du 3^{ème} mois suivant l'admission puis au moins tous les six mois par la suite. La loi précise aussi les documents dont doit disposer la commission, à savoir la copie des décisions de justice, des décisions administratives, des avis, des certificats et des programmes de soins. Le rapport de la CDSP sera désormais envoyé au contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Enfin, il convient d'insister sur le fait 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 rôle protecteur des CDSP demeure essentiel pour les patients en programme de soins.

S'agissant du dispositif à la demande d'un tiers, la loi du 5 juillet 2011 modifie notamment la définition d'un tiers et pose l'exigence d'un lien avec le patient, lien qui doit être antérieur à son hospitalisation et donnant au tiers la qualité pour agir dans l'intérêt du patient.

La réforme crée aussi une procédure spécifique en cas de péril imminent afin de pallier l'absence de tiers que celle-ci résulte de l'isolement social du patient ou de la réticence des proches à présenter la demande de soins. Cette procédure ne peut être enclenchée qu'en cas d'immédiateté du danger pour la vie ou pour la santé du patient. Le directeur de l'établissement où est hospitalisé le patient doit alors chercher à informer sa famille de la décision prise.

La levée des soins à la demande d'un proche a été modifiée par la réforme de juillet. Autrefois, cette levée était de droit lorsqu'elle était demandée par le tiers auteur de la demande, par la famille, par des proches ou par la CDHP. Le psychiatre pouvait alors s'y opposer en demandant une HO. La loi de juillet 2011 revoit ce principe en permettant au médecin de s'opposer à la levée de la mesure, mais uniquement en cas de péril imminent. La levée de la mesure ne reste acquise que lorsqu'elle est demandée par la CDSP.

Le dispositif des soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE) ou sur décision de justice (SDJ) a également été modifié par la loi. Le préfet conserve un rôle comparable au moment de l'entrée dans le dispositif mais il ne peut pas intervenir sur le programme de soins et ne peut que l'accepter ou le refuser. Le préfet n'est sollicité sur les modifications du programme de soins que lorsqu'elles sont substantielles. En cas de différend entre le préfet et le psychiatre traitant concernant la levée des mesures, l'avis d'un second psychiatre sera requis. Si ce deuxième psychiatre rend un avis conforme à celui de son confrère, le préfet doit suivre l'avis de ces médecins. Dans le cas contraire, si le deuxième psychiatre n'est pas de l'avis de son confrère, le directeur de l'établissement devra saisir le JLD.

Enfin, pour les patients hospitalisés à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale et ceux ayant séjourné en UMD durant une période continue d'au moins un an, il est demandé un avis collégial pour permettre aux préfets de se fonder sur une pluralité des avis médicaux. Pour la levée des mesures, il est demandé par ailleurs deux expertises psychiatriques conformes.

Laurence LAVY, Direction générale de la santé, Bureau de la santé mentale

Depuis la publication de la loi du 5 juillet 2011, le Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre de questions prioritaires de constitutionnalité sur différentes dispositions de la loi du 27 juin 1990, a eu l'occasion de se prononcer sur plusieurs points soit impactant directement les dispositions actuellement en vigueur, soit apportant un éclairage sur la constitutionnalité des nouvelles dispositions.

Ainsi, le 6 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a jugé inconstitutionnel la possibilité de fonder, « par défaut », pour le maire ou à Paris, pour le commissaire de police, sur la seule « notoriété publique » toute mesure nécessaire, y compris de privation de liberté, à l'égard d'une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes.

Il a aussi censuré la rédaction antérieure de l'article L.3213-8 du code de la santé publique, estimant que les conditions de levée des mesures mentionnées encadraient le pouvoir du juge. Le Conseil constitutionnel a toutefois validé la spécificité de la situation d'une personne ayant commis une infraction pénale en état de trouble mental : dans ce cas, il admet que le législateur peut assortir de garanties particulières les conditions dans lesquelles la mesure d'hospitalisation d'office dont cette personne fait l'objet peut être levée.

D'autres questions prioritaires de constitutionnalité relatives aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 pourraient être jugées en 2012 portant notamment sur les modalités d'information du patient, sur le régime introduit concernant les irresponsables pénaux et les patients ayant séjourné en UMD et sur le pouvoir du préfet. Ces décisions constitutionnelles pourraient faire évoluer le texte de loi ou introduire des interprétations dans le dispositif actuel.

Echanges avec la salle

- Les nouvelles dispositions de la loi du 5 juillet 2011 semblent permettre de procéder à des hospitalisations contre l'avis de la famille ou du tiers en cas de péril imminent. Qu'en est-il ?

Réponse de l'administration : Concernant la possibilité d'hospitaliser un malade contre l'avis de la famille, les dispositions antérieures à la loi du 5 juillet 2011 permettaient déjà à un tiers de demander des soins pour une personne alors que d'autres membres de la famille s'y opposaient. Il peut aussi arriver qu'une famille s'oppose à l'hospitalisation d'un malade alors que ce dernier a besoin de soins. Cependant, dans ces cas, les familles auront toujours la possibilité de saisir le JLD et la CDSP, laquelle conserve la possibilité de lever les soins si elle le juge nécessaire. Les proches ne sont donc pas démunis face à ces situations mais ils devront désormais passer par des intermédiaires. Dorénavant, le tiers sera demandeur du soin et non plus demandeur de l'hospitalisation, car seul le médecin est apte à décider de la modalité de prise en charge adaptée à l'état du patient.

- Il est exprimé la nécessité pour les acteurs de la psychiatrie d'engager un dialogue avec les juges, qui ne connaissent pas ce champs, pour que l'hospitalisation psychiatrique ne soit pas perçue comme une atteinte à la liberté et éviter des levées de mesures susceptibles de nuire à la guérison des patients. Il serait nécessaire d'attendre la stabilisation de l'état du patient ou son amélioration pour porter un jugement sur le bien-fondé de la mesure. Il appartient donc aux psychiatres et aux soignants de dialoguer avec l'administration et les juges pour continuer d'avancer pour une meilleure prise en charge des patients.

- Les établissements privés de soins psychiatriques semblent être exclus de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 et de la loi de 1990.

Réponse de l'administration : Concernant la participation des établissements de santé privés au dispositif, ils ne sont pas exclus du champ de la loi. La loi de 1990 ne l'interdisait pas davantage. Elle prévoyait même un contrôle supplémentaire. A cette époque, deux établissements privés étaient autorisés. Les nouvelles dispositions précisent désormais que les établissements doivent obtenir l'autorisation de l'ARS pour accueillir des patients en soins psychiatriques sans consentement. Cependant, pour des raisons historiques, il est un fait que moins de cliniques privées que d'établissements publics disposent de cette autorisation.

- La nouvelle loi reste vague à propos des malades qui ne respectent pas leur programme de soins. Concrètement, que se passe-t-il en cas de refus ? Les familles doivent-elles de nouveau signer une HDT ? Qui se chargera de leur transport ? Le délai d'observation de 72 heures courra-t-il de nouveau ?

- Quelles mesures sont-elles prévues dans l'hypothèse où un patient reçu aux urgences par un psychiatre qui décide de son hospitalisation doit ensuite rester plus longtemps aux urgences car il présente une douleur et qu'il ne peut plus être transféré au secteur psychiatrique de rattachement ? Dans ce cas de figure, quand faut-il établir le certificat des 24 heures ?

- La révision de la loi n'apparaît pas comme une amélioration pour les usagers car l'accès aux soins reste aussi difficile qu'avant. Les malades sont obligés de se rendre aux urgences car il n'existe pas de permanence psychiatrique le week-end et le soir. Les dispositifs actuels ne sont pas suffisants ainsi que les soins ambulatoires à domicile qui n'existent pas dans tous les départements.

- *Le programme de soins semble s'apparenter aux sorties d'essai qui existaient auparavant. Qu'en est-il ?*

Réponse de l'administration : Concernant le suivi du programme de soins, c'est au médecin qu'il appartient d'apprécier les conséquences d'un non-respect du programme de soins. Si le médecin sait que la non-observance du programme va aggraver l'état du patient, il doit prendre une décision en conséquence. S'il décide d'une nouvelle hospitalisation, le psychiatre le signalera au directeur d'établissement. C'est donc l'équipe de soins qui récupèrera le patient et assurera son transport jusqu'à l'établissement de santé. Dans ce cas, la période initiale de soins et d'observation, avec les certificats médicaux produits dans les 24 heures, puis les 72 heures, n'est pas réappliquée. En revanche, dès lors que le patient sera de nouveau en hospitalisation complète, il y aura contrôle de la mesure par le JLD dans les 15 jours. Par ailleurs, nous ne pouvons pas assimiler le programme de soins et la sortie d'essai. La sortie d'essai ne posait pas le principe d'une contrainte de soins pendant plusieurs années. La sortie d'essai était simplement un passage entre la fin de l'hospitalisation et le retour au droit commun. Plus largement, de nombreuses questions particulières sont traitées dans la « Foire aux questions » (FAQ) du site Internet du ministère. Pour répondre à la question de l'articulation de la prise en charge d'un patient en soins psychiatriques sans consentement et son passage au service d'urgences, la prise en charge ne commence pas au moment de la prise en charge somatique du malade mais à partir de sa prise en charge psychiatrique. Toutefois, il faut prévenir et anticiper pour éviter le recours aux urgences dans la mesure du possible.

- *Les décisions du Conseil constitutionnel, dans le cadre de questions prioritaires de constitutionnalité, concernent des textes qui ne sont plus en vigueur. Ainsi, la dernière décision datant du 2 décembre 2011 concerne la loi du 30 juin 1838, dont les dispositions ont été abrogées par la loi du 27 juin 1990. Quelles sont donc les conséquences juridiques de ces décisions qui peuvent ouvrir des recours pour des personnes tombées sous le coup de ces articles.*

Réponse de l'administration : Concernant les décisions du Conseil constitutionnel relatives à des dispositions anciennes, il n'y a pas de conséquences juridiques sauf pour les personnes qui auraient déjà introduit un recours et qui bénéficieront de la décision du Conseil constitutionnel. Sur ce point, les décisions du Conseil constitutionnel le précisent.

Outils d'aide et d'accompagnement des CDSP dans leurs missions

Laurence LAVY

Direction générale de la santé, Bureau de la santé mentale

Plusieurs outils sont disponibles pour informer sur les nouveautés de la loi de juillet.

Le ministère a mis en place un dossier spécifique sur la loi de juillet 2011 à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html>.

Ce site regroupe notamment le texte de loi, les décrets, les circulaires, des modèles d'arrêté et de décision pour les directeurs d'établissement et une foire aux questions.

De nombreux articles sont aussi parus dans des revues juridiques présentant la réforme, dont notamment au « Courrier juridique des affaires sociales et des sports » n° 89 de Novembre/Décembre 2011.

Par ailleurs, l'association nationale de formation des personnels hospitaliers (ANFH) a lancé un appel d'offre pour initier une formation qui débutera en janvier 2012 et qui portera sur les dispositifs nouveaux et sur le droit des patients. Sur ce point, des plaquettes portant sur le droit des patients sont aussi en cours d'élaboration par différentes associations, dont le Psycom 75: elles seront distribuées dans les établissements.

L'outil Hopsy, logiciel de gestion des hospitalisations d'office et à la demande de tiers, est également appelé à évoluer. La réforme rend cet outil obsolète. Un groupe de travail a donc été constitué pour identifier les évolutions nécessaires de l'outil Hopsy.

Une réflexion doit aussi porter sur l'évolution du rapport d'activité des CDSP. Dans ce domaine, nous sommes preneurs de toute suggestion visant à améliorer ce document et nous serions ravis que des membres de CDSP puissent réfléchir avec nous à l'évolution du rapport d'activité.

Le RIM-Psy est également en cours d'évolution pour prendre en compte la réforme du 5 juillet 2011. Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2012, le RIM-Psy introduira la notion du péril imminent et supprimera les sorties d'essai.

L'office du juge

François ANCEL

Sous-directeur du droit civil de la Direction des affaires civiles et du Sceau

Comment le juge doit-il intervenir en matière de soins psychiatriques ? N'est-ce pas là que la seule compétence des médecins ? Comment le monde du droit avec ses règles et son langage et le monde médical peuvent-ils coopérer et se comprendre ? Ne doit-on pas craindre le pire de ce rapprochement ?

L'intervention du juge n'a pas vocation à priver le médecin de son rôle ni de faire du juge un médecin mais le Conseil constitutionnel a considéré que son intervention systématique était nécessaire car le juge est gardien des libertés individuelles. Son domaine n'est pas illimité. Là où la privation totale est en cause, la juge a vocation à intervenir de plein droit. Au-delà, le législateur n'a pas prévu une intervention systématique du juge. C'est cette clé de répartition qu'il faut garder en mémoire pour comprendre le choix du législateur en juillet 2011.

Les fonctions du juge judiciaire ne sont pas nouvelles. Toutefois, le législateur a élargi et enrichi le contenu de son rôle tout en encadrant l'exercice de son intervention par des délais stricts.

On distingue deux types d'intervention du juge : les contrôles systématiques et les contrôles facultatifs.

I. Les contrôles systématiques

Il existe deux contrôles systématiques.

Paris, le 13 décembre 2011

Il existe premièrement un contrôle de plein droit dans un délai fixé par la loi, à savoir à compter de 15 jours d'hospitalisation, contrôle systématique qui est suivi par un contrôle tous les six mois si la personne est maintenue en soins contraints. Ce contrôle systématique ne vaut que pour les mesures d'hospitalisation complète. Aussi les mesures qui prévoient un programme de soins ambulatoires demeurent en dehors du contrôle systématique du pouvoir judiciaire. En revanche, le contrôle systématique vaut quel que soit l'initiateur de l'hospitalisation complète.

Il existe deuxièmement un contrôle systématique en cas de différend entre un médecin psychiatre et un représentant de l'Etat. Ce contrôle ne découle pas directement d'une exigence constitutionnelle mais d'une volonté du législateur d'assurer un équilibre entre le pouvoir des autorités administratives et médicales et pour entrer en cohérence avec une recommandation du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

II. Les contrôles facultatifs

Le contrôle facultatif ou recours facultatif existait déjà avant l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011. Ce contrôle recouvre essentiellement deux cas : la saisine du juge par le patient ou par ses proches ou la saisine d'office du juge.

Contrairement au contrôle systématique, le contrôle facultatif peut s'exercer sur une hospitalisation complète comme sur les autres mesures. La jurisprudence est encore peu fournie sur ces cas et il faudra être attentif sur les tendances qui émergeront de cette jurisprudence en matière de soins ambulatoires.

III. Le cadre de l'intervention du juge

Le juge doit s'assurer qu'il dispose de toutes les pièces médicales et administratives lui permettant de statuer. Il doit se demander s'il lui faut une expertise médicale complémentaire pour se prononcer. Il doit aussi décider du cadre de l'audience.

Lors du contrôle systématique, la loi a conféré un rôle important aux avis médicaux, au-delà des certificats, qui doivent être transmis au juge. Ces documents, qui portent sur la nécessité ou non de l'hospitalisation complète, doivent permettre de réduire le nombre d'expertises judiciaires dans la plupart des cas, et ce afin de limiter les délais d'instruction et pour tenir compte de la pénurie des experts judiciaires en psychiatrie.

Le juge et son greffe doivent s'assurer que la saisine s'accompagne de tous ces documents (avis conjoint de deux psychiatres dans la plupart des cas, avis d'un collège de trois professionnels de santé lorsque le patient relève des cas de patients potentiellement dangereux).

Dans le contrôle facultatif, le juge doit s'assurer que tous les documents lui soient remis. Il n'est en revanche pas prévu l'avis conjoint de deux psychiatres dans le contrôle facultatif. Toutefois, si le patient concerné est présumé dangereux, le juge dispose de l'avis du collège.

Le juge doit décider s'il doit avoir recours à un ou deux experts pour statuer sur la demande. De manière générale, l'expertise gardera un rôle subsidiaire. Elle peut constituer dans certains cas une nécessité incontournable dans les cas les plus sensibles. La loi prévoit aussi une double expertise préalable lorsque le juge envisage d'ordonner une main levée d'une mesure de HO pour les personnes relevant d'un régime renforcé.

Le juge peut apprécier librement l'intérêt du recours à une expertise dans les autres cas notamment lorsque l'avis conjoint ou l'avis du collègue révèle une discordance d'appréciation. C'est le cas aussi lorsque le juge doit arbitrer un conflit entre un psychiatre et un représentant de l'Etat.

En cas de contrôle de plein droit, le texte permet au JLD de disposer d'un délai supplémentaire de 14 jours à compter de l'ordonnance d'obligation d'expert.

Par ailleurs, le juge doit s'interroger sur les modalités de tenue et sur le lieu de son audience. La loi ne déroge pas à la règle générale de publicité des débats. Ce principe a parfois été mal compris notamment par le personnel médical qui estime qu'il peut en résulter une atteinte à la vie privée du patient. Cependant, seule la publicité garantit un procès équitable dans le respect du contradictoire et des droits de chacun. Toutefois, le texte prévoit que les débats auront lieu en chambre du conseil s'il doit résulter de la publicité une atteinte à la vie privée ou si toutes les parties le demandent. Le dispositif législatif est donc souple et adaptable aux différentes situations.

Le juge doit décider s'il tient son audience au siège du tribunal ou dans l'établissement de santé ou par visioconférence. Le principe est que le juge statue au tribunal. Toutefois, il pourra être décidé de siéger dans une salle dans l'emprise de l'établissement hospitalier ou par visioconférence auquel cas le patient se trouvera dans d'une salle de l'établissement avec son avocat. La visioconférence ne pourra être organisée que si l'état du patient le permet. Par ailleurs, le juge aura la possibilité de refuser le recours à la visioconférence.

Lors de l'audience, la personne concernée par les soins pourra être assistée de son avocat ou représentée par celui-ci. Si un avis médical constate qu'elle ne peut être entendue par le juge, la personne sera systématiquement représentée par un avocat. Seront aussi parties à la procédure : le requérant, le préfet s'il ordonne la mesure de soins, le directeur de l'établissement et le ministère public qui peut être partie principale ou partie jointe. Le directeur d'établissement doit être appelé dans tous les cas même s'il n'est pas partie directe à l'affaire. Par ailleurs, le tiers n'est plus considéré comme une partie depuis la réforme, sauf s'il est l'auteur de la saisine. Il paraît toutefois important de permettre au tiers de s'exprimer : il sera donc avisé de la date de l'audience et pourra être entendu lors de l'audience.

Le juge pourra rendre sa décision immédiatement ou celle-ci pourra être mise à disposition de la décision au greffe du tribunal.

IV. La nature du contrôle juridictionnelle

Il faut dissocier le contrôle juridictionnel au fond et la régularité de la procédure.

Le contrôle du juge est un contrôle de la nécessité de l'hospitalisation complète. Il n'appartient pas au juge de s'exprimer sur le contenu des mesures ou d'arbitrer entre deux programmes de soins. Il ne lui appartient pas non plus de préconiser un programme de soins. C'est à l'équipe médicale de décider de celui-ci.

La loi du 5 juillet 2011 prévoit d'unifier en 2013 le contentieux entre le juge administratif pour la régularité de la mesure et le juge judiciaire qui statue sur le fond de la mesure. Le législateur a estimé que cette répartition n'est pas satisfaisante pour le justiciable et la loi prévoit à son article 7 que l'ensemble des contrôles seront confiés au juge judiciaire.

Echanges avec la salle

- *Depuis la mise en place de cette loi, il existe une exigence forte de tenue des documents.*

Par ailleurs, le calendrier administratif et le calendrier judiciaire varient. Ne faudrait-il pas alors confondre ces deux calendriers pour que les certificats initiaux se raccordent ? Que faire lorsque le médecin choisit de laisser son patient s'acheter seul des cigarettes ? Pourquoi ne pas confondre le statut de détention sanitaire et les certificats pour éviter le piège des dates formelles ?

Réponse de l'administration : La loi supprime la notion de sortie d'essai. Sur ce point précis, je ne suis pas en capacité de vous répondre car cette question relève davantage du ministère de la santé. Cela étant dit, les délais contraints sont aussi protecteurs des libertés individuelles et découlent de la décision du Conseil constitutionnel.

- *J'estime que cette réforme transforme le patient en justiciable.*

Réponse de l'administration : Ce point découle de la décision du Conseil constitutionnel.

- *Quelle est la formation des avocats qui interviennent auprès des patients ?*

Réponse de l'administration : Des formations sont dispensées localement aux avocats par les barreaux. Je pense aussi que des avocats se spécialiseront progressivement dans ce rôle. Les avocats sont par ailleurs habitués à assister et à défendre des cas difficiles. Cela fait partie de leur cœur de métier.

Le barreau de Lyon organise une formation destinée aux avocats spécialisés en droit des personnes. Je pense que tous les barreaux feront de même à l'avenir.

Les magistrats sont aussi formés à ces procédures par l'intermédiaire de l'ENM.

- *Que faire lorsque le patient ne peut être auditionné par le juge et qu'il doit être représenté par son avocat alors que ce dernier ne peut avoir accès à son patient s'il est en chambre de soins intensifs ?*
- *J'ai appris en venant à l'hôpital que mon fils était au tribunal et n'avait pas été assisté d'un avocat. Par ailleurs, pour passer le 24 décembre en famille, il faut passer désormais en programme de soins. Sinon, le malade ne bénéficie que de 12 heures de permission.*
- *Nous devons évoquer le désarroi dans lequel la loi a plongé les professionnels de la santé et le monde judiciaire avec cette réforme. Les JLD n'ont pas de compétences pour porter un diagnostic sur l'état des patients. Dans ces conditions, comment penser une logique procédurale ? Ceci explique que certains hôpitaux aient décidé de ne pas faire comparaître les patients aux audiences pour des raisons matérielles mais aussi compte tenu de la difficulté à adapter une procédure à des malades.*

Retour d'expériences de membres de CDSP

Docteur Jacques DEBIEVE
Président de la CDSP 59

Avant de parler de mon retour d'expérience, je souhaite revenir sur les propos tenus ce matin. Je pense que cette nouvelle loi représente un progrès en matière de défense des droits des patients mais l'ancienne loi permettait de demander une réhospitalisation, avec l'aide éventuelle des forces de police, au domicile du patient. J'attire donc l'attention du ministère, la nouvelle loi ne prévoyant pas de modalité particulière pour les personnes ne respectant pas le programme de soins ambulatoires.

Je vous propose de présenter un premier bilan après l'application de la loi pour la CDSP du département 59 sur la période allant d'août à octobre 2011. Sur le département du Nord, qui est le département le plus peuplé de France, nous avons enregistré 92 hospitalisations en urgence sans tiers sur cette période, soit une moyenne d'une hospitalisation par jour, dont 48 hommes et 43 femmes. Ce nombre important nous interroge sur le fonctionnement de la CDSP.

Parmi les 92 hospitalisations en péril imminent enregistrées, nous avons recensé 16 SDF ou hébergés dans des foyers d'urgence. 56 personnes avaient déjà fait l'objet d'une hospitalisation sous contrainte. Dans 63 % des cas, la demande émanait des urgentistes. Peu de demandes émanent des médecins généralistes. 38 % des hospitalisations durent plus de 15 jours. Pour les troubles psychotiques, les hospitalisations sont d'une durée plus longue que pour les cas de dépressions.

Pour les hospitalisations "en péril imminent sans tiers" la Loi spécifie que le médecin rédigeant le certificat d'hospitalisation ne doit pas appartenir à l'établissement d'hospitalisation. Ceci entraîne un biais d'utilisation manifeste : quand un service d'Urgences(générales) et un secteur psychiatrique appartiennent au même établissement (même Centre Hospitalier) ces hospitalisations sont très rares (cas du CHR de Lille ou du CH Valenciennes) tandis que les "hospitalisations urgentes sans tiers" sont fréquentes quand un secteur psychiatrique est rattaché à un EPSM alors que les services d'Urgences sont ,eux, rattachés à un Centre Hospitalier General différent (cas de Roubaix ou Tourcoing par exemple).

Colette PERREY

UNAFAM, CDSP 74

Mon témoignage comporte deux volets : un premier qui illustre le passage de « **la CDHP d'hier...à la CDSP d'aujourd'hui** » et un second qui relate des remarques, des questions que se posent les membres de la CDSP 74, auxquelles j'ajouterai **des propositions d'améliorations pour demain**.

-La CDHP d'hier en Haute-Savoie a bien fonctionné ces dernières années, sauf pendant une période début 2010 où les trois médecins ayant atteint les limites d'âge de 65 ans. Ils se sont vu écartés de cette commission (texte de 1947) puis ils seront autorisés à nouveau à siéger après de nombreuses interventions. Le texte d'appui n'étant pas abrogé à ce jour, je profite de cette occasion pour émettre le souhait qu'on réfléchisse de nouveau à cette notion de limite d'âge des membres de la commission, qui risque de reposer des problèmes à l'avenir.

Dans notre département, nous organisons au minimum six réunions par an. Lors de notre passage dans les établissements, nous visitons le plus souvent possible une unité de soins et nous rencontrons et entendons les patients qui le souhaitent.

La CDHP74 c'était une équipe qui a travaillé dans le respect des rôles de chacun et dans la confiance. Les échanges de points de vue ont eu lieu dans un souci d'écoute et d'enrichissement mutuel. Je souhaite que nous puissions continuer ainsi.

-La CDSP 74 aujourd'hui... l'équipe a été reconduite dans sa globalité depuis l'automne. Des changements sont à prévoir cependant dès le début 2012 au niveau du médecin généraliste et du psychiatre libéral qui ne souhaitent pas renouveler leur mandat. Le président est un médecin psychiatre reconduit à l'unanimité dans sa mission. Chaque établissement de soins concerné par les Soins sans consentement s'est doté d'outils pour comprendre la loi et l'appliquer au mieux. Ces outils souvent différents dans leurs formes, se sont révélés être aussi très complémentaires. Ils nous ont permis d'échanger entre les différents pôles des sites hospitaliers du département, afin de préciser certains "flous" de compréhension de la loi. Nous avons eu aussi recours à la "foire aux questions" sur le site du Ministère. La CDSP de Haute-Savoie a pu fonctionner depuis la réforme.

Le 15 /09/2011 le TGI d'Annecy a réuni en visioconférence une «Commission départementale de suivi de l'application de la loi du 5 juillet 2011» réunissant toutes les parties concernées afin de faire un point d'étape au bout d'un mois et demi d'application de la loi. Trois juridictions sont concernées et nous constatons qu'il y a trois approches différentes.

A Thonon-les-Bains, le JLD déclare que « la justice ne peut être rendue qu'**au palais et en robe**...c'est au justiciable de se déplacer...». Pour ce qui est du Tribunal de Bonneville, le juge et son greffier se déplacent à l'EPSM de la Roche-sur-Foron, où un local est équipé en salle d'audience, avec une salle d'attente. A proximité une autre salle est disponible, où le patient peut s'entretenir avec son avocat. Le juge officie en robe. Dans cette juridiction Bonnevilloise 50 % des patients ont demandé l'assistance d'un avocat. Pour ce qui concerne le troisième site, celui d'Annecy, le JLD déclare rencontrer les personnes là où elles sont,... et il se déplace avec son greffier au pôle « Santé mentale » du C.H.R.A. Il a notamment rencontré un patient en chambre d'apaisement. Il ne porte pas sa robe de magistrat lors de l'audience.

Et pour demain, ...des remarques, ...des questions et ...des souhaits pour tenter d'améliorer la situation actuelle...

1-Des remarques :

-Une réaction à chaud : je suis personnellement choquée par l'idée, avancée lors d'un débat précédent de cette journée, d'introduire le terme de « détention sanitaire » pour qualifier la situation de nos proches hospitalisés et en soins sans consentement. En effet, nous nous devons de rappeler sans cesse aux magistrats que nous sommes en présence de personnes malades et non en face de délinquants... Nous devons aussi veiller au vocabulaire qui est employé, car pour la majorité des magistrats notre proche n'est plus un malade, un patient qui doit être soigné et protégé, mais c'est « un justiciable »... « un requérant »... voire, « un dossier » !...

- Un point positif : les Certificats médicaux dans les dossiers sont qualitativement mieux rédigés en comparaison de ce qu'ils étaient avant.

- Un constat : un énorme travail est demandé aux services administratifs des entrées, pour tenir le respect des délais imposés par la loi. La surcharge de travail est considérable.

- Une crainte : la CDSP doit réaliser un travail d'examen des dossiers d'anciens HO et HDT. Il serait à regretter que le temps pris pour réaliser ce travail sur dossiers nous éloigne des contacts directs et humains avec les malades qui souhaiteraient nous rencontrer...

2- Des questions qui se posent à nous aujourd'hui :

-Ne devrions-nous pas envisager la création d'un corps spécifique de magistrats, différent de celui des JLD ? Le maintien en soin à l'hôpital n'est pas assimilable à un maintien en détention. Aussi, je souhaiterais que l'on parle de "**juge des libertés**" sans parler du juge des détentions.

-La présence du juge après 15 jours d'hospitalisation sans consentement n'est-elle pas prématurée ? Pour les familles, il est difficile d'admettre que le juge puisse lever la mesure au bout de 15 jours, alors que les soins nécessitent un temps tellement plus long, pour que soit perçu une réelle amélioration et un cheminement entamé menant vers une stabilisation. Une personne qui aura envie de sortir saura donner le change !...

-*Quid* de la personne qui ne respecte pas le programme de soins ? Qui ira la chercher ? Qui s'en chargera concrètement si ce dernier est réticent ? Nous refusons toute solution qui conduirait à emmener le patient avec des menottes à l'hôpital...

- Comment peut-on envisager des audiences par visioconférence, pour entendre des personnes souvent en dehors de notre réalité et elles-mêmes en délire ? Nous ne sommes pas favorables à l'usage de ce moyen technologique pour entendre les usagers patients.

- Des situations à déplorer : si un patient de Haute-Savoie fait appel d'une décision du JLD, il doit alors se rendre à la Cour d'appel à Chambéry (Savoie) ce qui mobilise deux infirmiers et une ambulance. Par ailleurs, il est dans le couloir d'attente comme les autres prévenus, à attendre son tour !...Est-ce un traitement acceptable pour une personne malade ?

- Des situations paradoxales : comment peut-on gérer l'**indispensable confidentialité** d'une situation médicale avec le rendu d'un jugement public, où tout le monde peut entendre ce qu'il y a dans le dossier médical ? *Quid* du malade qui découvre le nom de sa maladie ou de ses troubles dans des termes directs et médicaux, prononcés par un juge ?

3- Des souhaits pour améliorer l'application de la loi :

- **Qu'une formation spécifique des magistrats** soit mise en place au plus vite, afin d'éviter les incompréhensions et les interprétations surprenantes, liées à une méconnaissance de ces malades et de leurs maladies. Il en est de même pour les avocats commis d'office, qui interviennent et qui ignorent totalement les problématiques psychiatriques.

- **Que la création d'un corps de « Juges des libertés »** ou « **Juges de la protection** », sensibilisés à ces problématiques humaines soit envisagée, comme le sont très souvent les « juges aux tutelles ».

- **Que la notion de « péril imminent »** soit davantage explicitée. En effet, plusieurs fois nous avons lu dans les délibérés, que le magistrat contestait d'emblée le « péril imminent ». Alors, un juge constatant qu'un fondement légal comme le « péril imminent » n'est pas approprié, comment peut-il en dépit de cela maintenir une personne hospitalisation ?...

En conclusion : Depuis 6 mois un énorme travail administratif très complexe dans sa mise en œuvre a été réalisé, et qui doit être encore amélioré. Cela ne doit pas nous faire oublier qu'il faut AIDER et SOIGNER les personnes avant toute chose !...

Jean CANNEVA, président de l'UNAFAM

Avant cette loi, c'est le préfet qui avait le dernier mot et nous préférons que ce soit aujourd'hui le juge. Pour ma part, je préférerais que le JLD soit qualifié de juge de la protection plutôt que de juge des libertés et de la détention. Je pense que cette appellation serait plus juste.

Droits fondamentaux des patients hospitalisés sans consentement : rôle et constats du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

Jean-Marie DELARUE
Contrôleur général des lieux de privation de liberté

La mission du contrôle général des lieux de privation de liberté est de veiller au respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Une personne privée de liberté est une personne qui, à la suite d'une décision administrative ou judiciaire, est privée de sa liberté de mouvement. La loi se garde de donner la liste de ces personnes. Elle se garde aussi de donner la liste des lieux de privation de la liberté. Elle a bien fait car des lieux peuvent naître après la loi comme les locaux de rétention de sûreté prévus par la loi de 2008. Elle fait néanmoins mention des établissements publics de santé mentale.

Les droits fondamentaux sont les droits inséparables de la personne humaine : c'est-à-dire que ce sont les droits dont il faut faciliter l'exercice quel que soit l'état de l'être humain. Ce sont notamment le droit au respect de la vie familiale. Dans un établissement de santé mentale, ce droit revient à définir la manière dont les proches sont accueillis, la manière dont on gère l'accès au

téléphone et dont on traite la confidentialité des conversations, etc. C'est aussi le droit au respect de ses biens, c'est-à-dire notamment le droit de conserver des objets personnels. C'est également le droit de se défendre. Les droits fondamentaux ne sont pas des droits facultatifs et il convient donc d'en vérifier l'application effective dans les établissements que nous visitons.

La loi stipule l'indépendance absolue du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le contrôleur ne reçoit d'instructions d'aucune autorité. Son mandat est irrévocable et n'est pas renouvelable. Le contrôleur n'a pas d'autres activités professionnelles et n'a pas le droit de détenir un mandat. Le contrôleur peut par ailleurs recruter librement ses collaborateurs. La loi demande que le contrôleur vérifie l'état, l'organisation et le fonctionnement des établissements concernés. Nous disposons d'un budget compris entre 3 et 4 M€ et nous employons 25 contrôleurs à temps plein.

Les personnes physiques ou morales peuvent nous saisir d'une atteinte aux droits fondamentaux. En 2011, nous avons reçu environ 3 500 lettres. La plupart viennent des établissements pénitentiaires mais celles émanant d'établissements de santé mentale croît rapidement.

Nous menons une enquête suite à ces demandes et les échanges sont nécessaires pour se forger une opinion. En règle générale, nous avertissons de nos visites dans les établissements de santé mentale considérant qu'il est préférable que les patients se préparent à notre visite. Nous avons l'habitude de réunir les cadres de l'établissement en début de visite pour les informer de notre mission et de l'esprit dans lequel nous intervenons. Nous leur demandons s'ils souhaitent nous présenter à leur manière leur établissement. Ces cadres peuvent ensuite en informer leurs propres collaborateurs. Nous effectuons une visite collective avec le chef d'établissement le plus souvent. Après cette visite de l'établissement, nous demandons à ce que les représentants de l'établissement nous laissent seuls pour que nous puissions visiter l'établissement comme nous l'entendons. Nous nous contentons d'observer dans un premier temps, puis nous compulsions des documents car le secret administratif ne nous est pas opposable. Seuls les dossiers médicaux ne nous sont pas transmis. A ce sujet, je tiens à signaler que nous sommes les seuls en Europe à nous voir opposer le secret médical. Nous parlons aussi avec le personnel et avec les patients. Ces visites durent plusieurs jours.

A l'issue de la visite, nous donnons une première impression de notre visite au directeur de l'établissement. Nous écrivons un rapport dont un projet est envoyé au chef d'établissement. Enfin, nous envoyons un rapport au ministre avec des recommandations lequel ministre est tenu de nous répondre. Si les réponses ne nous satisfont pas, nous sommes habilités à publier les recommandations au *Journal Officiel*. Nous l'avons déjà fait pour un établissement psychiatrique.

A l'occasion de plusieurs visites, nous avons pu faire les constats généraux suivants. Il nous semble qu'il existe parfois un abus de procédure sur le péril imminent notamment sous l'aiguillon de certains maires. Certaines difficultés rencontrées dans les établissements tiennent aussi souvent au fonctionnement des établissements avec des personnels en nombre insuffisant pour apporter les soins nécessaires. Par exemple, les sorties accompagnées se raréfient car les infirmiers sont peu nombreux. La nuit, sont présents le plus souvent un infirmier et un aide-soignant plutôt que deux infirmiers. En outre, la situation sociale de la personne accueillie n'est pas suffisamment explorée, notamment sa situation au regard du logement. L'accueil des enfants soulève aussi de nombreuses questions.

En conclusion, je pense que mon rôle et celui des CDSP est complémentaire car, en des matières aussi délicates, on ne peut pas se payer le luxe de dénigrer un contrôle au profit d'un autre. Nous visitons 150 établissements par an. Sur les 285 établissements de santé mentale recensés en France, nous avons visité 84 établissements en l'espace de quatre ans. Cependant, une visite tous les dix ans ne suffit pas pour veiller au respect des droits fondamentaux.

J'estime qu'il n'est pas de mon ressort de porter un jugement sur les lois votées par le parlement mais de veiller aux conditions dans lesquelles elles s'appliquent. A ce titre, j'ai fait savoir qu'il était préférable d'aménager une salle d'audience dans l'établissement plutôt que de procéder à une audience publique. Je considère également que la visioconférence n'est pas un moyen adéquat et qu'elle obère souvent la capacité du patient à se défendre.

Je considère que le contrôle général des lieux de privation de liberté et les CDSP poursuivent un objectif commun et je suis disponible pour que nous puissions nous rencontrer à l'occasion de chaque visite. Nous devons peut-être aussi trouver d'autres moyens pour entamer le dialogue. Chacun est certes dans son rôle et je ne souhaite nullement porter atteinte à votre indépendance. En revanche, nous devons pouvoir trouver des synergies utiles ensemble pour faire en sorte que liberté individuelle et droits des personnes soient mieux reconnus.

Je renouvelle mes encouragements aux CDSP pour approfondir leur rôle à l'égard des patients dont elles doivent examiner la situation.

Débats avec la salle

- Plusieurs services de psychiatrie, pour diverses raisons et notamment pour des raisons architecturales, sont conçus de telle sorte que l'internement s'impose autant aux HO qu'aux HDT. Je m'en inquiète.

Réponse du Contrôleur général : Je partage votre avis car j'estime que les personnes entrant librement dans un hôpital ne doivent pas être mis sous verrous. Chaque semaine, le ministère de la santé nous transmet la liste des incidents qui interviennent dans les établissements de santé mentale, notamment les fugues. Or le nombre de fugues est aussi important dans les établissements fermés que dans les établissements ouverts. Ce constat me trouble car les consignes politiques vont dans le sens de la fermeture des établissements.

- Pouvez-vous intervenir pour exiger des soins sur un cas particulier ?

Réponse du Contrôleur général : Vous pouvez nous saisir si la personne est toujours hospitalisée. L'UNAFAM a évidemment le droit de nous saisir pour des cas individuels.

- Suivez-vous le chemin que fait un patient des urgences jusqu'à la sortie ?

Réponse du Contrôleur général : Nous visitons tous les lieux ayant trait à la prise en charge du malade. En principe, nous visitons aussi les urgences. Les problèmes liés à la sur-occupation des établissements sont aussi à identifier et à traiter.

- Récemment, des membres d'une CME ont parlé de la nécessité de mettre des caméras de surveillance dans les chambres d'isolement. Qu'en pensez-vous ?

Réponse du Contrôleur général : J'ai le sentiment que le personnel est partagé sur ce point. Dans certains établissements, le personnel y est favorable car il considère que ces caméras évitent d'arriver en retard en cas d'urgence. Dans tous les lieux assimilés à des lieux privés, comme une

chambre d'hôpital, je considère, pour ma part, que nous ne pouvons pas installer de caméras de surveillance.

- Le refus d'un traitement chimique en dehors de l'urgence ressort-il du droit fondamental si le malade dispose de son consentement ?

Réponse du Contrôleur général : Ce patient doit être à même de dire ce qu'il pense de ce traitement.

- Il est important que les usagers soient présents dans les commissions. C'est une obligation dans la CDSP mais ce n'est pas le cas dans les autres commissions. Pourtant, ce sont les patients qui subissent la maladie et il convient d'entendre la parole du patient et non seulement celle de la famille.

Réponse du Contrôleur général : Je souhaite que nous puissions trouver les moyens pour mieux entendre les patients.

Clôture de la journée

Message de remerciement, délivré par Madame Clara de BORT, au nom de la Secrétariat d'Etat chargée de la Santé, Madame Nora BERRA