



**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION**

**INSPECTION GENERALE
DE LA POLICE NATIONALE**

**INSPECTION DE LA
GENDARMERIE NATIONALE**

N° 04-023-01

**RAPPORT SUR LES PROBLÈMES DE SECURITÉ LIÉS AUX
RÉGIMES D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT**

- MAI 2004 -

**MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE
ET DES LIBERTES LOCALES**

**INSPECTION GENERALE
DE L'ADMINISTRATION**

**INSPECTION GENERALE
DE LA POLICE NATIONALE**

**INSPECTION DE LA
GENDARMERIE NATIONALE**

N° 04-023-01

**RAPPORT SUR LES PROBLEMES DE SECURITE LIES AUX
REGIMES D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT**

Présenté par :

**Ramiro RIERA
Inspecteur Général de l'Administration,
Chef de mission**

**Chantal MAUCHET
Inspectrice de l'Administration**

**Colonel Denys EUSTACE
Inspection de la
Gendarmerie Nationale**

**Simon BABRE
Inspecteur de l'Administration**

**Serge PAQUY
Contrôleur Général
à l'Inspection Générale
de la Police Nationale**

- MAI 2004 -

RÉSUMÉ	3
INTRODUCTION.....	8
1- UN DISPOSITIF D'EXCEPTION QUI REPOSE SUR UN EQUILIBRE CONTESTE.....	11
<i>1.1- La conciliation progressive mais difficile d'impératifs contradictoires</i>	<i>11</i>
1.1.1- La permanence du socle : deux grands types d'hospitalisations sous contrainte	11
1.1.2- L'hospitalisation d'office : une mesure de police administrative spéciale ayant pour but la préservation de l'ordre public.....	13
1.1.3- L'amélioration de la prise en compte des impératifs de soins, des garanties de liberté individuelle et des droits des malades.....	16
<i>1.2- La contribution de l'environnement international aux modifications successives du droit des hospitalisations sans consentement.....</i>	<i>19</i>
1.2.1- Les normes issues du Conseil de l'Europe : un aiguillon permanent.....	19
1.2.2- Les textes adoptés dans le cadre de l'ONU sont plus en retrait	20
<i>1.3- Un équilibre atteint non entièrement satisfaisant</i>	<i>20</i>
1.3.1- Les textes actuels ne sont pas exempts d'incohérences	20
1.3.2- L'actualité des rapports atteste de critiques de plus en plus pressantes	20
1.3.3- L'étude des dispositifs anglais et italien permet néanmoins de nuancer les critiques adressées au système français et milite pour une réforme pragmatique plus que pour un bouleversement des équilibres existants	21
2- DES ENJEUX DE SECURITE PUBLIQUE INSUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE.....	23
<i>2.1- Le caractère déterminant du déroulement de la phase d'urgence des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux</i>	<i>23</i>
2.1.1- Les modes d'action disparates des acteurs de terrain pèsent sur les choix de procédure d'hospitalisation.....	24
2.1.2- La durée d'intervention est inutilement allongée du fait de responsabilités mal définies.....	24
2.1.3- La préfecture de police, dotée d'une structure d'observation des malades, met en oeuvre un dispositif original et cohérent	27
<i>2.2- Une autorité préfectorale qui ne peut donner son plein effet à la police spéciale des personnes hospitalisées sans leur consentement.....</i>	<i>29</i>
2.2.1- L'intervention de l'autorité préfectorale est dépendante de l'action de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.....	29
2.2.2- L'autorité préfectorale elle-même ne procède pas aux recoupements d'informations qu'elle est en mesure de réaliser, notamment en ce qui concerne la police des armes.....	32
<i>2.3- L'effet amplificateur des évolutions de la psychiatrie.....</i>	<i>34</i>
2.3.1- La psychiatrie a connu de profondes mutations qui ont un impact direct sur les modalités de traitement des personnes hospitalisées sans leur consentement	34
2.3.2- Les conditions d'accueil dans les unités pour malades difficiles posent des difficultés.....	37
2.3.3- La prise en charge psychiatrique des détenus manque de structures adéquates	38
3- UN DISPOSITIF A PARFAIRE : LES PROPOSITIONS DE LA MISSION	41
<i>3.1- Donner plus de cohérence au dispositif des hospitalisations sous contrainte</i>	<i>41</i>
3.1.1- Instaurer des mesures initiales d'hospitalisation et une phase d'observation de 72 heures maximum.	41
3.1.2- Mieux articuler les principaux régimes juridiques en instituant une obligation de soins distincte de l'hospitalisation contrainte.....	43
3.1.3- Supprimer les incohérences du régime d'hospitalisation des personnes dangereuses à l'encontre desquelles les poursuites pénales ont été abandonnées.....	46
3.1.4- Aménager les régimes d'hospitalisation des détenus atteints de troubles mentaux afin de mieux	

protéger l'ordre public	47
<i>3.2- Faciliter le travail des acteurs de terrain</i>	<i>48</i>
3.2.1- Renforcer le rôle du maire dans le dispositif	48
3.2.2- Instituer une procédure d'alerte	48
3.2.3- Permettre l'accès au domicile pour la mise en œuvre des mesures initiales d'hospitalisation d'office	49
3.2.4- Clarifier les responsabilités en matière de transport en impliquant les équipes sanitaires	49
3.2.5- Mettre un terme à l'extra territorialité des aérodromes de Roissy-Charles-de-Gaulle et le Bourget....	51
<i>3.3- Renforcer la prise en compte des impératifs de sécurité publique aux stades de l'instruction puis de la décision administratives</i>	<i>51</i>
3.3.1- Confier, autant que faire se peut, la compétence en matière d'hospitalisation d'office au directeur du cabinet du préfet	51
3.3.2- Enrichir les dossiers présentés à l'autorité préfectorale pour signature	51
3.3.3- Reconnaître au préfet le pouvoir d'organiser des contre-expertises médicales.....	51
3.3.4- Mieux exploiter les informations disponibles	52
<i>3.4- Améliorer les modalités d'hospitalisation dans la perspective d'une meilleure prise en compte des impératifs de sécurité publique.....</i>	<i>54</i>
3.4.1- Réorganiser le régime de la sortie d'essai.....	54
3.4.2- Appliquer rigoureusement les règles relatives aux autorisations de sortie de courte durée pour les personnes hospitalisées d'office	55
3.4.3- Définir la notion de fugueur et prévoir des moyens de réaction appropriés.....	55
3.4.4- Préciser les limites géographiques des établissements afin de n'autoriser leur franchissement qu'aux titulaires d'autorisation	56
 CONCLUSIONS	 59
 ANNEXES.....	 60

RÉSUMÉ

- La loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sans consentement, modifiée et complétée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, fixe le régime juridique de deux types d'hospitalisation : l'hospitalisation sur demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office.

L'une est prononcée par le directeur de l'établissement sur demande d'admission présentée, soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci. L'autre émane du représentant de l'Etat dans le département ou du préfet de police à Paris ; elle est complétée par la possibilité pour le maire (les commissaires de police à Paris), en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, de prendre toutes les mesures provisoires nécessaires.

Les critères de chacune des mesures d'hospitalisation sans consentement répondent à des situations spécifiques : l'hospitalisation sur demande d'un tiers n'est prononcée que si les troubles de l'intéressé rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. L'hospitalisation d'office s'applique uniquement aux personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Des liens existent entre les deux procédures. Le préfet peut ainsi, lorsque la sûreté des personnes est en jeu ou qu'une atteinte grave à l'ordre public est caractérisée, transformer une hospitalisation sur la demande d'un tiers en hospitalisation d'office. De même, il peut mettre un terme à cette hospitalisation. A cet effet, il est rendu destinataire de l'ensemble des mesures prononçant l'admission d'une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers. De plus, il a un devoir de visite des établissements hospitaliers spécialisés qu'au surplus il agrée aux fins d'accueillir les personnes atteintes de troubles mentaux nécessitant un traitement en milieu hospitalier.

- Sur le plan national, 13 % environ des entrées en hôpital psychiatrique se déroulent sous contrainte. Les mesures d'hospitalisation sur demande d'un tiers sont nettement majoritaires (elles représentent 87 % des hospitalisations sous contrainte) et se caractérisent par une forte croissance depuis plusieurs années (+103 % entre 1992 et 2001, année où leur nombre s'est établi à 62 894). Ce sont essentiellement les hospitalisations sur demande d'un tiers prononcées en urgence (un seul certificat médical nécessaire au lieu de deux dans la procédure normale) qui connaissent le plus fort développement avec 4 124 mesures en 1992 et 22 615 en 2001 (soit une augmentation de 448 % en dix ans)

Les mesures d'hospitalisation d'office ont également connu une augmentation (+45 % entre 1992 et 2001), mais elle a été plus modérée. On comptabilisait 9 625 mesures de ce type en 2001¹.

- Dans le cadre de la mission, il était demandé d'évaluer, à l'aune des enjeux de sécurité publique, la mise en œuvre des dispositions législatives relatives à l'hospitalisation sans consentement. En particulier, l'impact sur la sécurité publique des évolutions qu'a connues la psychiatrie (ouverture des établissements, développement des soins ambulatoires) devait être apprécié, de même que l'hypothèse d'une refonte du dispositif d'hospitalisation sous contrainte par la mise en place d'une période d'observation commune aux deux régimes.

¹ Source : DGS, rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (chiffres hors DOM-TOM).

Pour ce faire, un champ d'investigation relativement large a été retenu : *les deux types de régime d'hospitalisation sous contrainte ont été étudiés simultanément, compte tenu de leur étroite imbrication*. De même, un soin particulier a été mis à consulter l'ensemble des services et acteurs concernés : représentants de l'État, services des préfetures, services de premiers secours, services de police et de gendarmerie, directions départementales des affaires sanitaires et sociales, structures sanitaires, personnel médical, magistrats, membres de commissions départementales des hospitalisations psychiatriques et représentants d'associations. Ces rencontres se sont déroulées à l'occasion des déplacements que la mission a effectués dans sept départements et à la préfecture de police.

- Un constat simple s'est imposé suite à l'**examen du droit en vigueur** : la loi des 30 juin et 6 juillet 1838, dite « loi Esquirol » continue de structurer les régimes d'hospitalisation sans consentement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les dispositions législatives ultérieures, dont les plus récentes datent de 1990 et 2002, ont néanmoins poursuivi un objectif d'adaptation des textes aux impératifs d'une protection renforcée de la liberté individuelle et de prise en compte des droits des malades, dans un contexte d'évolution du traitement des troubles mentaux (consécration de l'hospitalisation psychiatrique libre, traitement en milieu ouvert, organisation d'un régime de sortie d'essai, par exemple). Le législateur a ainsi imposé une plus grande rigueur de procédure dans le prononcé de l'hospitalisation, en exigeant notamment une expertise médicale systématique (hormis pour la procédure dite de "notoriété publique"). Il a également organisé une réévaluation régulière de la nécessité de l'hospitalisation, par la production périodique de certificats médicaux attestant que les troubles ayant motivé l'hospitalisation persistent. La loi a enfin renforcé les droits individuels en insistant sur les droits des malades, et en multipliant les moyens de contrôle des conditions d'hospitalisation.

Le système français se distingue de la plupart des pays européens par la place centrale qu'y occupe le préfet, quand les autres États confient généralement un pouvoir similaire au juge. Toutefois, l'étude de ces modèles "judiciarisés" met en exergue les insuffisances et les limites qui tiennent, tout comme dans le système français, à la délicate recherche d'un équilibre entre l'objectif de santé publique et de protection du malade, et celui d'ordre public.

- L'**enquête de terrain** a permis de relever l'existence d'une grande diversité des pratiques et l'absence d'un corps de doctrine suffisamment précis pour que la législation en vigueur soit appliquée sans risque d'erreur.

Parmi les disparités de mise en œuvre recensées, certaines trouvent leur origine dans des incohérences ou imperfections textuelles (régime des sorties d'essai des personnes à l'encontre desquelles les poursuites pénales engagées ont été abandonnées, par exemple). D'autres découlent des modalités d'intervention et d'interaction des différents acteurs du dispositif.

Toutes ont pour toile de fond une tendance à la "psychiatisation" de certains comportements violents, ce qui explique d'ailleurs pour partie l'augmentation statistique du nombre des interventions.

Les procédures d'urgence occupent une place majeure dans le dispositif et génèrent d'importantes difficultés.

Plus de 60 % des hospitalisations d'office et environ 35 % des hospitalisations sur demande d'un tiers sont prononcées selon ces procédures. Les services appelés sur les lieux (sapeurs-pompiers, police, gendarmerie) rencontrent quelquefois des problèmes pour bénéficier du concours d'un médecin et obtenir, si une hospitalisation sous contrainte se justifie, le certificat médical requis. Ils ont quelquefois du mal à établir le contact avec l'autorité municipale lorsque la situation exige le prononcé de mesures provisoires au titre d'une hospitalisation d'office.

Dans le même temps, les services sanitaires compétents se refusent habituellement à prendre en charge, depuis les lieux mêmes de la manifestation publique de la crise, les personnes à hospitaliser d'urgence. Aussi les sapeurs-pompiers, les services de police ou ceux de gendarmerie sont-ils souvent réduits à réaliser eux-mêmes cette mission d'évacuation sanitaire. Ils le font au demeurant au moyen de véhicules inadaptés, en mettant en jeu la sécurité de leurs agents comme celle des malades.

En outre, certains acteurs considèrent très souvent la procédure d'hospitalisation d'office comme une solution ultime, à laquelle on ne recourt qu'à défaut d'avoir pu hospitaliser les intéressés avec leur accord ou sur la demande d'un tiers habilité. Plusieurs raisons sont avancées : la procédure d'hospitalisation d'office serait complexe, longue à mettre en œuvre et « stigmatisante ».

Dans ce contexte, le souci légitime de mettre un terme rapide à la manifestation publique de la crise conduit à ce que les considérations tirées de l'ordre public n'aient pas la place qui devrait leur revenir. Autrement dit, les personnes atteintes de troubles mentaux dont la manifestation les fait indiscutablement relever du champ de l'hospitalisation d'office sont fréquemment hospitalisées sur la demande d'un tiers ou même, quelquefois, avec leur accord.

Cette gestion pragmatique de la crise serait sans incidence si, par la suite, les défauts d'orientation recensés étaient corrigés. L'autorité préfectorale dispose, en effet, du pouvoir d'hospitaliser d'office les personnes dont les troubles mentaux portent atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public, alors même qu'elles sont hospitalisées sous un autre régime. Mais l'enquête de terrain a révélé que cette possibilité était rarement mise en œuvre.

En fait, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), qui est le service pivot par lequel transitent et sont gérés l'ensemble des dossiers d'hospitalisation sans consentement, n'effectue pas d'analyse suffisamment rigoureuse des situations d'hospitalisation sur demande d'un tiers pour permettre de telles corrections. En outre, elle est rarement alertée par les établissements spécialisés sur ce point.

Tout se passe comme si la situation des personnes atteintes de troubles mentaux manifestés dans un contexte de crise devenait définitivement déterminée par les modalités d'hospitalisation retenues par les acteurs de terrain.

D'une manière plus générale, il appert que la problématique de la sûreté des personnes et de la préservation de l'ordre public est insuffisamment prise en considération par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, quand elle n'est pas ignorée d'elle au nom de ce que cette question relève exclusivement du préfet.

En matière d'hospitalisation d'office, la DDASS transmet souvent au préfet des dossiers comprenant des certificats médicaux circonstanciés dont les termes spécialisés apparaissent peu éclairants ou insuffisamment relayés par des éléments d'information extérieurs. Il n'est donc pas étonnant que le sentiment de jouer un rôle de « chambre d'enregistrement » soit assez largement partagé par l'ensemble du corps préfectoral.

De même, il apparaît que la fluidité des informations, entre DDASS et services des préfectures chargés de la police des armes, est loin d'être parfaite, malgré les instructions gouvernementales données à la suite du drame de Nanterre. Il existe apparemment une résistance culturelle des DDASS à communiquer les informations administratives qu'elles détiennent.

Ainsi, les DDASS assortissent de délais assez longs leurs réponses aux demandes de la préfecture relatives à la vérification des listes nominatives de demandeurs d'autorisation de détention d'armes. Au surplus, elles refusent le circuit inverse d'information, consistant à communiquer aux services

chargés de la police des armes les noms des personnes hospitalisées sous contrainte afin de vérifier que celles-ci ne détiennent pas d'arme.

Par ailleurs, les conditions du séjour hospitalier des personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas neutres du point de vue des enjeux de sécurité publique.

La psychiatrie privilégie aujourd'hui le recours aux soins ambulatoires afin de faciliter la réinsertion sociale de ces personnes. Le code de la santé publique dispose en ce sens, notamment en organisant un régime de sorties d'essai. Dans cette configuration, le séjour hospitalier doit rester plus exceptionnel. Les moyens de ces établissements ont été en conséquence fortement réduits.

Dans la logique de cette évolution, les patients hospitalisés sans leur consentement bénéficient de sorties d'essai, destinées à préparer le malade à sa sortie définitive. Certaines sorties d'essai apparaissent néanmoins dénaturées car elles jouent le rôle d'une obligation de soins : le patient, soumis à l'obligation de visites régulières à l'hôpital sous peine de se voir ré-hospitalisé, voit sa sortie d'essai se prolonger, pendant plusieurs mois voire, dans certains cas, plusieurs années.

Cette tendance, aux motivations peu contestables, est source de difficultés. Elle complique, en effet, le suivi des patients et s'avère, faute de dispositif d'alerte efficace, propice aux fugues. L'absence constatée du patient aux rendez-vous médicaux fixés n'est pas systématiquement accompagnée d'une recherche du patient et conduit souvent à la levée pure et simple de la décision d'hospitalisation. Ceci est particulièrement problématique dans le cas de personnes hospitalisées d'office ainsi que dans celui des personnes hospitalisées sur demande d'un tiers qui auraient dû relever du régime de l'hospitalisation d'office.

D'autres aspects, touchant aux structures hospitalières, ont également des répercussions en termes de sécurité. Ainsi, les unités pour malades difficiles (UMD), destinées à accueillir et soigner les malades dangereux, voient leurs capacités d'accueil diminuer. Leur nombre limité (quatre sur le territoire national) ne facilite pas les transports, ni une gestion rapide des admissions, les délais d'attente pour être soigné dans ces structures hospitalières pouvant être de plusieurs mois.

Enfin, la prise en charge psychiatrique des détenus s'avère problématique, par pénurie de structures adaptées.

L'exclusion, par le code de procédure pénale, d'un système de garde des détenus en centre hospitalier spécialisé a deux conséquences notoires : les évasions pendant le séjour à l'hôpital sont facilitées et la qualité des soins qui leur sont prodigués est sujette à caution, en raison de la brièveté de la durée d'hospitalisation, les centres hospitaliers ne s'estimant pas en mesure de garder les détenus de façon prolongée dans des conditions de sécurité qu'ils estiment insatisfaisantes.

- A la lumière de ces constatations, la mission a élaboré des **préconisations** tendant, ***en premier lieu, à renforcer la cohérence du dispositif.***

A ce titre, il est proposé de remédier à la confusion observée sur le terrain et à la rapidité de l'examen médical pratiqué dans l'urgence, en instituant une phase d'observation commune aux personnes souffrant de troubles mentaux et nécessitant des soins immédiats, mais ne pouvant consentir à l'hospitalisation. Cette période d'observation vise à rendre plus fiable l'expertise médicale et à mieux garantir l'orientation des patients vers le mode d'hospitalisation dont ils relèvent en droit.

Par ailleurs, il est suggéré de mettre un terme à la superposition possible des différents types d'hospitalisation. A cette fin, la législation exclurait du champ d'application de l'hospitalisation sur demande d'un tiers le cas des personnes dont les troubles mentaux portent atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Pour les personnes dont les troubles mentaux ne portent pas atteinte de façon grave à l'ordre public ou ne compromettent pas la sûreté des personnes, une obligation de soins serait instaurée à l'issue de cette phase d'observation. Elle serait décidée par le directeur de l'hôpital psychiatrique et se substituerait ainsi à l'hospitalisation sur demande d'un tiers. La personne faisant l'objet d'une obligation de soins pourrait être prise en charge en mode ambulatoire ou être hospitalisée.

En l'absence de tiers demandeur, il reviendrait au juge judiciaire de prononcer cette obligation de soins, sur saisine du directeur de l'hôpital.

Cette proposition est née des difficultés observées dans la mise en œuvre de l'hospitalisation sur demande d'un tiers : extension, abusive parfois, de la notion de tiers pour prononcer coûte que coûte l'hospitalisation, dilemme des proches de la personne atteinte de troubles mentaux qui se voient contraints de prendre une décision brutale à son égard, souvent traumatisante car vécue comme une trahison.

Pour les personnes dangereuses à l'encontre desquelles les poursuites pénales ont été abandonnées, des mesures ponctuelles sont préconisées afin que l'autorité préfectorale retrouve une capacité de décision pleine et entière, sur la base d'expertises médicales. En outre, une double expertise médicale serait requise avant d'accorder à ces mêmes personnes une sortie d'essai ou une sortie accompagnée ou pour mettre fin à leur hospitalisation d'office.

Quant aux détenus, dans l'attente de la mise en service des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) créées par la loi d'orientation sur la justice du 9 septembre 2002, il est proposé d'adapter leur régime d'hospitalisation en prévoyant des modalités de transport, d'escorte et de surveillance appropriées. L'interdiction d'assurer la garde de ces détenus sur les lieux de leur hospitalisation serait notamment supprimée jusqu'à la mise en service desdites UHSA.

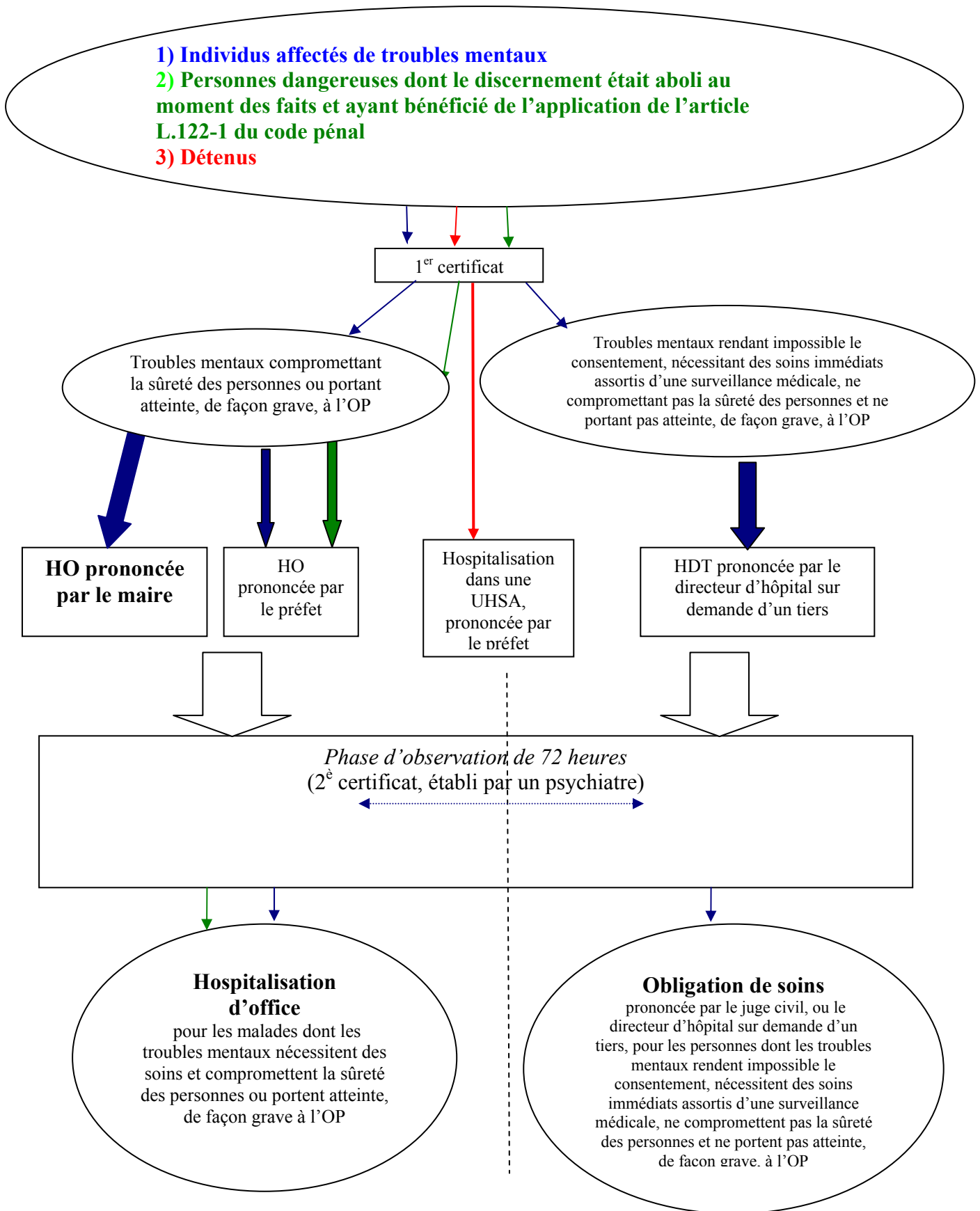
En deuxième lieu, la mission préconise de clarifier et faciliter le travail des acteurs de terrain en accordant au maire une compétence de principe pour prononcer une décision initiale d'hospitalisation d'office (non plus uniquement en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes). Le préfet interviendrait seulement, à ce stade, en cas de carence.

Elle propose aussi d'étendre aux psychiatres la possibilité qu'ont déjà les médecins généralistes d'alerter les autorités compétentes au sujet d'un patient qu'ils suivent et dont les troubles mentaux sont susceptibles de provoquer un comportement violent ou dangereux. Des propositions visent également à préciser les responsabilités en matière de transport sanitaire, afin d'éviter des délais d'attente excessifs sur le terrain ou de combattre la tendance à laisser aux premiers acteurs intervenant sur les lieux de la manifestation publique de la crise le soin d'effectuer eux-mêmes le transport des malades, sans moyens ni équipements sécurisés.

En troisième lieu, la mission propose l'adoption de diverses mesures destinées à faire mieux prendre en compte les impératifs de sécurité publique au cours de l'hospitalisation.

Le préfet doit retrouver sa pleine capacité d'intervention en disposant de la faculté d'ordonner une contre-expertise médicale à toutes les étapes de l'hospitalisation. De plus, les échanges d'informations entre la DDASS et les services de la préfecture intéressés doivent être renforcés dans le respect de la liberté individuelle. En outre, il est suggéré que la conservation des données individuelles relatives aux hospitalisations d'office soit améliorée par la création d'un fichier national automatisé.

Enfin, il est préconisé de définir juridiquement l'état de fugue et les suites qu'il doit emporter, de rappeler aux acteurs concernés la nécessité d'appliquer strictement les règles relatives aux sorties accompagnées et de mieux encadrer le régime existant de sorties d'essai.



INTRODUCTION

Par note du directeur du cabinet du ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales en date du 19 juin 2003 (cf. annexe 1), une mission conjointe de l'inspection générale de l'administration, de l'inspection générale de la police nationale et de l'inspection de la gendarmerie nationale a été diligentée pour procéder à une évaluation, du point de vue des enjeux de sécurité publique, de l'application de la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sans consentement, complétée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il était demandé aux inspecteurs d'évaluer la mise en œuvre de la loi de 1990, notamment au regard des transformations de la psychiatrie et du développement des soins ambulatoires, mais aussi des réflexions engagées au ministère de la santé sur une éventuelle fusion des régimes de l'hospitalisation sur demande d'un tiers et de l'hospitalisation d'office.

A cette fin, la mission devait, en premier lieu, dresser un inventaire des différents dispositifs mobilisés sous l'autorité des préfets de département. Elle devait, en deuxième lieu, apprécier les enjeux de sécurité résultant de leur mise en œuvre, en particulier du point de vue de leur coordination avec d'autres polices administratives spéciales ou encore de la gestion des fugues. Elle devait, en troisième lieu, examiner la qualité de la coordination et de la coopération des services administratifs concernés.

Enfin, il lui était demandé de proposer, le cas échéant, des adaptations qui conjugueraient le strict respect des droits et libertés des malades et une efficacité renforcée de l'action administrative.

Les hospitalisations sans consentement (hospitalisations sur demande d'un tiers et hospitalisations d'office) représentent près de 13 % des hospitalisations psychiatriques pratiquées en France dans le secteur public. Les mesures d'hospitalisation sur demande d'un tiers ont connu une forte croissance depuis plusieurs années, passant de 31 100 en 1992, à 62 900 en 2001 (+103 %). Les mesures d'hospitalisation d'office ont également connu une augmentation, quoique plus modérée depuis une dizaine d'années (+45 % de 1992 à 2001) : on comptabilisait 6 631 mesures en 1992, puis 9 625 en 2001².

La répartition entre les deux régimes d'hospitalisation sous contrainte semble s'être stabilisée : les hospitalisations sur demande d'un tiers représentent 87 % des hospitalisations sous contrainte et les hospitalisations d'office 13 % (Cf. annexe 2).

Ces évolutions globales cachent d'importantes disparités entre départements. Les résultats d'un questionnaire réalisé en 2003 auprès des préfetures par la direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ) du ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales sont, à cet égard, éloquentes : le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement varie de 7 (Somme) à plus de 240 (Hautes-Pyrénées) pour 100 000 habitants en 2002 (Cf. annexe 2).

Pour répondre à la commande qui lui avait été adressée, la mission a réalisé, de juillet à septembre 2003, une enquête de terrain dans sept départements³ choisis pour la diversité de leur taille et les premières données disponibles les concernant, ainsi qu'à la préfecture de police qui dispose d'une infirmerie psychiatrique. Lors de ces visites, elle a rencontré les préfets et sous-préfets, secrétaires généraux de préfetures et directeurs de cabinet intéressés, ainsi que l'ensemble des services concernés par la mise en œuvre de cette législation : services de la préfecture, direction

² Source : DGS, rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (chiffres hors DOM-TOM). Voir annexe 2.

³ La situation à Saint-Pierre-et-Miquelon a également été étudiée, à titre incident, au cours d'une mission différente sur place.

départementale des affaires sanitaires et sociales, services de secours d'urgence, services de police et de gendarmerie, équipes médicales et administratives des centres hospitaliers, représentants de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. En outre, elle a auditionné des élus et agents des collectivités locales, des associations d'ambulanciers privés, des magistrats et un représentant départemental de l'ordre des médecins (cf. annexe 3).

Les observations recueillies ont été rapprochées des résultats du questionnaire précité.

Pour son enquête, la mission a choisi d'étudier simultanément les deux régimes de l'hospitalisation sans consentement. La mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers, si elle n'est pas décidée par l'autorité préfectorale, est en effet portée à sa connaissance pour contrôle. Le préfet est alors susceptible, dans des cas prévus par la loi, de l'invalider ou, si les troubles mentaux de l'intéressé compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, de la transformer en mesure d'hospitalisation d'office.

De même, la mission a inclus dans son étude les structures de soins, centres hospitaliers, services d'urgence et structures de soins ambulatoires. Il lui a en effet semblé indispensable de s'enquérir de l'ensemble des modalités de l'hospitalisation sans consentement. La mission a notamment tenté d'apprécier l'impact, en terme de sécurité publique, du développement des sorties d'essai et des sorties accompagnées des personnes hospitalisées sans leur consentement, et de la multiplication consécutive des fugues. Par ailleurs, elle s'est attachée à examiner les conditions d'hospitalisation des personnes détenues et des personnes à l'encontre desquelles les poursuites pénales ont été abandonnées en raison de leurs troubles mentaux, lorsque celles-ci font l'objet d'une mesure d'hospitalisation psychiatrique sous contrainte prononcée par le préfet.

Le rapport présente :

- le dispositif juridique en vigueur qui repose sur un équilibre complexe et fragile entre des préoccupations contradictoires (I) ;
- le constat tiré de l'enquête de terrain effectuée par la mission (II) ;
- les propositions tirées de cette étude, qui s'attachent à renforcer la cohérence du dispositif de l'hospitalisation sous contrainte, à améliorer les conditions d'intervention sur le lieu de la crise, à enrichir la phase administrative d'instruction du dossier et la préparation de la décision du préfet, à améliorer les modalités d'hospitalisation (III).

1- UN DISPOSITIF D'EXCEPTION QUI REPOSE SUR UN EQUILIBRE CONTESTE

1.1- La conciliation progressive mais difficile d'impératifs contradictoires

La loi des 30 juin et 6 juillet 1838⁴ sur les aliénés constitue toujours le socle juridique des hospitalisations sous contrainte pratiquées en France⁵. La codification de la matière, effective dès 1953, ainsi que la réécriture complète des articles, opérée en 1990 pour moderniser un texte aux accents dépassés, ont en réalité contribué à masquer cette continuité.

La matière psychiatrique, et en particulier les hospitalisations sous contrainte, ont néanmoins connu d'importants changements, notamment grâce aux progrès des thérapeutiques et à la banalisation du recours aux soins psychiatriques⁶.

En outre, les lois du 27 juin 1990⁷ et du 4 mars 2002⁸ ont contribué à modifier les équilibres du dispositif juridique, à socle inchangé. Celui-ci tente aujourd'hui de concilier des préoccupations variées : des préoccupations sanitaires (offrir un cadre thérapeutique adapté aux personnes affectées de troubles mentaux), des préoccupations liées à la liberté individuelle (éviter les internements abusifs en multipliant les contrôles et les possibilités de recours) ou à la dignité de la personne humaine (garantir les droits des malades) et des préoccupations de sécurité publique (soigner des personnes dangereuses et les surveiller).

1.1.1- LA PERMANENCE DU SOCLE : DEUX GRANDS TYPES D'HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE

▪ *Le dispositif à deux branches de 1838*

La loi de 1838 comporte deux catégories de placements. L'un, le « placement d'office », concerne les personnes affectées de troubles mentaux que le préfet décide d'hospitaliser parce que les troubles en question portent atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes. L'autre, le « placement volontaire », est décidé par le directeur d'hôpital sur demande d'un tiers pour des « aliénés » nécessitant un traitement et un enfermement. Schématiquement, le dispositif d'origine, qui ignore la possibilité d'hospitalisations librement consenties, sépare les personnes atteintes de troubles mentaux selon que leur comportement constitue ou non une menace pour l'ordre public.

Les modalités de levée d'hospitalisation résultaient de cette dichotomie. Il n'était mis fin à l'hospitalisation des personnes placées d'office que sur décision expresse du préfet, qui se prononçait au vu d'un rapport médical. Les « placés volontaires », quant à eux, pouvaient sortir de l'hôpital sur demande d'un tiers à tout moment, sur demande du psychiatre en cas de guérison, ou sur décision du préfet en cas d'internement abusif.

Les deux régimes poursuivant des finalités très différentes, il importait d'éviter toute erreur d'orientation des malades mentaux. Aussi, les personnes « placées volontaires », qui auraient dû

⁴ Dénommée, dans la suite du présent rapport, « loi de 1838 ». Cf. annexe 4.

⁵ La loi du 3 janvier 1968 garantissant la protection des biens des malades mentaux déclarés incapables, la loi du 2 février 1981 dite « sécurité et liberté », la loi du 25 juillet 1985 légalisant le secteur psychiatrique et la loi du 31 décembre 1985 confiant à l'hôpital la responsabilité de gérer l'extra-hospitalier, bien qu'ayant profondément marqué les pratiques psychiatriques françaises, n'ont traité qu'à la marge des hospitalisations sans consentement.

⁶ En 1970, les hospitalisations librement consenties représentaient 27% de l'ensemble des hospitalisations psychiatriques pratiquées dans le secteur public (total de 122 429 hospitalisations). En 1987, ce chiffre était passé à 74% (sur un total de 74 746 hospitalisations). Source : Didier Chouat, *Rapport n°1344 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi, adopté par le Sénat, relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, Assemblée nationale, seconde session ordinaire de 1989-1990.

⁷ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, dénommée, dans la suite du présent rapport, « loi de 1990 ».

⁸ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

relever d'un placement d'office en raison de la dangerosité de leurs troubles mentaux, pouvaient-elles passer d'un régime à l'autre, sur décision du préfet. De même, le maire pouvait-il, sur alerte du psychiatre de l'établissement, s'opposer provisoirement à la sortie d'un « placé volontaire »⁹.

▪ **La réforme de 1990**

Une première série de modifications est intervenue avec la loi de 1990. L'hospitalisation libre a été, pour la première fois, consacrée dans la loi. En conséquence, les critères de l'hospitalisation sous contrainte se sont affinés. Le « placement volontaire », rebaptisé « hospitalisation sur demande d'un tiers », a été cantonné aux personnes atteintes de troubles mentaux rendant impossible leur consentement et nécessitant une surveillance constante en milieu hospitalier. A partir de cette date, et en toute logique, les personnes consentant aux soins connaissent des hospitalisations libres ou, au cas où leurs troubles compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes, des hospitalisations d'office. Les personnes non consentantes sont, elles, orientées soit vers une hospitalisation à la demande d'un tiers, soit vers une hospitalisation d'office, en fonction des conséquences possibles de leurs troubles.

La loi de 1990 a, par ailleurs, légalisé la pratique confiant au préfet, avisé par les autorités judiciaires, le soin d'hospitaliser d'office les personnes qui, bien qu'ayant bénéficié, en raison de leur état de démence au moment des faits, d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement, souffrent de troubles compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes. La levée de cette hospitalisation d'office requiert la décision conjointe de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis sur une liste établie par le procureur de la République. Elle obéit donc à des règles propres, l'hospitalisation d'office "classique" étant, elle, levée par le préfet sur certificat médical¹⁰.

▪ **La multiplication des catégories induite par les lois de 2002**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades réforme, en premier lieu, les critères de l'hospitalisation d'office.

Désormais, les préfets « prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office [...] des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (article L.3213-1 du code de la santé publique)¹¹.

Les hospitalisations d'office, à l'image des hospitalisations sur demande d'un tiers, doivent donc être motivées par une nécessité de soins. Le législateur insiste ainsi sur la dimension thérapeutique de toute hospitalisation, fût-elle aussi motivée par des raisons de sécurité publique. En outre, l'atteinte à l'ordre public doit dorénavant être « grave » pour pouvoir justifier une hospitalisation d'office.

Cette restriction des critères concerne naturellement l'ensemble des articles du code de la santé publique relatifs à l'hospitalisation d'office, mais également les hospitalisations visant les auteurs de délits atteints, au moment des faits, d'une abolition de leur discernement¹².

⁹ Voir l'annexe 5 : tableau synoptique des différents types d'hospitalisations sous contrainte, de 1838 à aujourd'hui.

¹⁰ La décision de deux psychiatres, introduite par amendement sénatorial, vise à éviter les « externements abusifs » qui auraient pu découler de l'intervention d'un seul psychiatre, appartenant à l'établissement et soucieux d'en éloigner des individus dangereux. Elle répond également aux réactions de « l'opinion publique, à juste titre très frappée lorsque des personnes, reconnues irresponsables après avoir commis un délit ou un crime, se retrouvent en liberté et récidivent » (sénateur Michel Dreyfus-Schmidt, Sénat, séance du 24 avril 1990, JORF, p. 523).

¹¹ Toutes les citations du code de la santé publique qui suivent correspondent au droit en vigueur à la date de publication du présent rapport. Voir aussi l'annexe 6 récapitulant l'ensemble du droit en vigueur.

¹² « Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application de l'article L.122-1 du code pénal nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile [...] » (article L.3213-7 du code de la santé publique). Ce changement s'ajoute à la réforme du code pénal qui a cantonné le prononcé de l'irresponsabilité aux seules situations d'abolition du discernement (par opposition aux cas de simple altération).

La loi du 4 mars 2002 a également introduit un nouvel article 375-9 dans le code civil, traitant des mesures judiciaires d'assistance éducative à mineurs :

«La décision confiant le mineur [...] à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.»

Peu après, l'article 48 de la loi d'orientation pour la justice du 9 septembre 2002¹³ en insérant les articles L.3214-1 à L.3214-5 dans le code de la santé publique, a institué la possibilité d'hospitalisations psychiatriques librement consenties pour les détenus.

« L'hospitalisation, avec ou sans consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.» (article L.3214-1 du code de la santé publique).

Ces hospitalisations avec consentement ne sont néanmoins possibles qu'au sein d'unités spécialement aménagées prévues par la loi, qui restent encore à réaliser. Dans leur attente, une période transitoire, reposant comme auparavant sur la procédure d'hospitalisation d'office, est aménagée.

Cette même loi a réformé le régime de l'hospitalisation sous contrainte des détenus. Ses nouvelles règles empruntent, pour une large part, au régime des hospitalisations d'office classiques, mais ses critères sont originaux. L'hospitalisation sous contrainte est, en effet, décidée par le préfet *« lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui »* (article L.3214-3 du code de la santé publique).

En réalité, le législateur a conçu un régime d'hospitalisation plus large que l'hospitalisation d'office classique, censé s'appliquer aux cas qui, en dehors de la prison, auraient relevé d'une hospitalisation d'office ou d'une hospitalisation sur demande d'un tiers. Il entendait, ce faisant, offrir une solution juridique et thérapeutique aux situations, jusque là irrésolues, de malades dont les troubles mentaux perturbent sérieusement le fonctionnement des centres de détention sans pour autant menacer la sécurité publique au sens strict¹⁴.

Au total, l'année 2002 a vu le nombre de catégories d'hospitalisations sous contrainte passer de trois à six (voir le tableau synoptique en annexe 5). Cette inflation conceptuelle n'a néanmoins pas bouleversé les catégories fondamentales que sont l'hospitalisation d'office et l'hospitalisation sur demande d'un tiers, qui, depuis 1838, continuent de dominer l'ensemble du dispositif.

1.1.2- L'HOSPITALISATION D'OFFICE : UNE MESURE DE POLICE ADMINISTRATIVE SPECIALE AYANT POUR BUT LA PRESERVATION DE L'ORDRE PUBLIC

▪ ***Une police administrative spéciale***

Le « placement » puis l'« hospitalisation d'office » constituent, depuis 1838, des mesures de police administrative spéciale. Ce pouvoir de police est dévolu à deux titulaires : le préfet, à qui reviennent les décisions d'hospitalisation, de maintien à l'hôpital puis de sortie, et le maire (les commissaires de police à Paris¹⁵), compétent, dans les seuls cas de *« danger imminent pour la sûreté des personnes »*, pour

¹³ Loi 2002-1138 du 9 septembre 2002, JO du 10 septembre 2002.

¹⁴ Jusqu'à cette loi du 9/09/2002, l'hospitalisation d'office constituait en effet la seule possibilité d'hospitalisation à l'extérieur de la prison.

¹⁵ Aux termes de l'article L. 2512-13 du code général des collectivités territoriales, *« dans la commune de Paris, le préfet de police exerce les pouvoirs et attributions qui lui sont conférés par l'arrêté des consuls du 12 messidor an VIII qui détermine les fonctions du préfet de police de Paris »*. Conformément à ce principe, le code de la santé publique confie au préfet de police le prononcé des hospitalisations d'office à Paris (article L. 3213-1). En outre, les mesures provisoires, ailleurs décidées par le maire, sont prises par les commissaires de police (article L.3213-2).

prendre des mesures provisoires, appelées à être confirmées ou infirmées par le préfet dans les 48 heures.

Les textes instaurent une police administrative spéciale en ce qu'ils déterminent précisément les circonstances de l'intervention du maire et du préfet et en encadrent les modalités. Ils supplantent donc les règles relatives à l'exercice, par le maire, de son pouvoir de police administrative générale, dès lors que les circonstances qu'ils prévoient sont réunies.

Le placement d'office étant, par nature, privatif de liberté individuelle, les modalités de son prononcé, de son maintien et de sa levée doivent être précisément décrites, et ce dans un texte de rang législatif, afin de respecter l'article 7 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, partie intégrante du bloc de constitutionnalité.

▪ **Une articulation subtile entre circonstances de fait et expertise médicale¹⁶**

L'articulation entre troubles mentaux et ordre public est relativement imprécise. L'article L.3213-1 du code de la santé publique indique :

« A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat, prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office [...] des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. [...]. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. »

L'article L.3213-2 énonce quant à lui :

« En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police, arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L.3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. »

Ces deux articles couvrent un champ de situations assez variées : selon les cas, des actes portant atteinte à l'ordre public (dont certains auraient tout autant pu être qualifiés d'infractions pénales et poursuivis à ce titre), ou des comportements dangereux ou seulement potentiellement dangereux pourront entraîner le prononcé d'une hospitalisation d'office. La manifestation de troubles mentaux, quels qu'ils soient, sera néanmoins toujours nécessaire, puisque le certificat médical doit être « circonstancié » et qu'un trouble mental ne saurait être décelé s'il ne connaît pas un canal d'expression¹⁷.

¹⁶ Cette section fait référence à la jurisprudence, tant administrative que judiciaire. Les deux ordres de juridiction sont en effet compétents en matière d'hospitalisation d'office. S'il appartient à la juridiction administrative d'apprécier la régularité de la décision administrative, l'autorité judiciaire est, pour sa part, seule compétente pour apprécier la nécessité d'une décision d'hospitalisation d'office, ainsi que pour statuer sur l'ensemble des conséquences dommageables de cette décision (voir notamment : CE, 21 juillet 1911 *Consort Fervel* ; CE, 18 mars 1970 *Bila* ; Tribunal des conflits, 17 février 1997, *Préfet de la région Ile-de-France* ; Tribunal des conflits, 23 février 2004, *Deshayes*).

¹⁷ Le juge administratif, lorsqu'il est saisi d'un recours contre les mesures provisoires du maire ou, à Paris, du commissaire de police, vérifie qu'elles reposent sur des faits ou un comportement réels et que le comportement en cause révélait des troubles mentaux manifestes (voir notamment : CE, 30 octobre 2002, *GIA*). Le juge judiciaire, à qui il appartient d'apprécier la nécessité des mesures prises, peut évaluer l'existence d'un « danger imminent » (voir notamment : cour d'appel de Montpellier, 5 novembre 2002). En outre, le Conseil d'Etat, dans une décision du 28 juillet 2000, *MEA*, rappelle qu'une mesure d'internement, conformément à la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs, ne peut être regardée comme suffisamment motivée que si elle mentionne avec précision les considérations de droit et les circonstances de fait, notamment sur le plan médical, qui l'ont rendu nécessaire. Le Conseil d'Etat a eu l'occasion de préciser que ces éléments (y compris le certificat médical) devaient obligatoirement être repris dans le corps même de la décision ou figurer dans un document annexé à celle-ci. La nécessité d'informer le plus précisément possible le patient justifie que la décision administrative d'hospitalisation d'office comporte des informations couvertes par le secret médical.

Une fois l'hospitalisation prononcée, les circonstances de fait liées à la décision initiale ne sont, par définition, plus existantes. Le régime d'hospitalisation est néanmoins maintenu, en fonction des « caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation » (article L.3213-3 du code de la santé publique).

L'enchaînement suivant est donc prévu :

- des circonstances attestent de troubles mentaux posant problème en termes d'ordre public ou de sûreté des personnes, ce qui doit être confirmé par un certificat médical et permet au préfet de prendre un arrêté d'hospitalisation ;
- l'hospitalisation peut être maintenue tant que le trouble diagnostiqué à la lumière des circonstances initiales n'a pas disparu ou n'a pas suffisamment évolué dans un sens favorable.

Le sort du malade se noue donc à l'articulation entre des troubles mentaux et leur manifestation, les secondes permettant de qualifier précisément les premiers.

▪ **Un pouvoir du préfet fortement conditionné**

Logiquement, le pouvoir du préfet est très encadré. Il ne peut prendre ou maintenir un arrêté d'hospitalisation d'office dès lors que les médecins constatent l'existence de troubles mentaux dépourvus de tout lien avec le comportement ou les circonstances en cause ou notent l'absence de tout trouble mental significatif. Son pouvoir d'hospitaliser est donc conditionné à la production d'un certificat médical conforme. Il ne s'agit pas, néanmoins, d'un pouvoir lié : le préfet peut, en effet, estimer que les conditions d'une hospitalisation d'office ne sont pas réunies alors qu'il dispose de certificats la rendant possible. Il peut aussi recourir à une contre-expertise afin de vérifier les dires d'un premier médecin.

L'intervention du préfet est aussi requise en ce qui concerne les sorties d'essai, dont la pratique a été légalisée par la loi de 1990¹⁸ :

« Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai [...]. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. » (article L.3211-11 du code de la santé publique).

Dans le cas des hospitalisations d'office, ces sorties sont autorisées ou interrompues par le préfet sur proposition écrite et motivée du psychiatre. Le préfet peut refuser une sortie d'essai malgré un avis médical favorable.

De même, le préfet dispose de 48 heures pour s'opposer à une autorisation de sortie accompagnée de courte durée d'une personne hospitalisée d'office :

« Le directeur d'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, 48 heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai » (article L.3211-11-1 du code de la santé publique).

L'entier exercice de ce pouvoir requiert une bonne organisation administrative : le préfet doit, en effet, conserver une « mémoire » des circonstances initiales, de manière à être en mesure d'apprécier leur prise en compte par les psychiatres et de demander, le cas échéant, une contre-expertise. Le régime de l'hospitalisation d'office repose ainsi sur une double vigilance : vigilance du médecin, qui confère un fondement médico-légal à une éventuelle mesure administrative ; vigilance du préfet, qui vérifie l'exhaustivité de l'analyse du psychiatre et la pertinence de la proposition qui lui est soumise.

¹⁸ Les sorties d'essai étaient jusque là très inégalement pratiquées, car elles reposaient sur une circulaire de 1957 sans fondement légal.

1.1.3- L'AMELIORATION DE LA PRISE EN COMPTE DES IMPERATIFS DE SOINS, DES GARANTIES DE LIBERTE INDIVIDUELLE ET DES DROITS DES MALADES

▪ *L'idée de soins s'est imposée au fur et à mesure des progrès de la psychiatrie*

Au-delà de son souci d'isoler de la société certains individus réputés « aliénés », la loi de 1838 contenait déjà l'idée d'une prise en charge médicale des troubles mentaux, en imposant notamment à chaque département de disposer d'un établissement d'accueil des « aliénés ». Cette approche était néanmoins typique d'une école qui concevait l'isolement et l'enfermement comme une forme de traitement à part entière.

Au XXème siècle, et en particulier après la seconde guerre mondiale, la prise en charge thérapeutique fondée sur les progrès des neuroleptiques s'est imposée. Dans les années 1960 et 1970, une remise en cause radicale de l'existence des établissements psychiatriques s'est développée et a acquis une grande audience.

Une circulaire du 15 mars 1960 a introduit la division des départements en secteurs, dans lesquels une équipe médico-sociale doit assurer le dépistage, le traitement à l'hôpital ou en ambulatoire et la surveillance post-cure. Les secteurs ont ensuite reçu une consécration législative avec la loi du 25 juillet 1985, puis avec la loi du 31 décembre 1985. Sont ainsi favorisées les prises en charge diversifiées et de proximité ainsi que la continuité des soins entre l'hôpital, le domicile et des structures intermédiaires (centres d'accueil et appartements thérapeutiques, familles d'accueil).

La tendance croissante à l'ouverture des établissements, l'apparition d'unités psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, l'organisation de services d'accueil d'urgence mixtes (mêlant des praticiens non psychiatres à des psychiatres) ne sont que le corollaire de cette tendance de fond, qui concerne les hospitalisations libres comme les hospitalisations contraintes.

▪ *Le législateur a renforcé les garanties de protection de la liberté individuelle*

L'hospitalisation sous contrainte constituant une atteinte à la liberté individuelle, le législateur a constamment cherché à en encadrer finement la mise en œuvre, selon quatre axes principaux : 1) il a imposé une grande rigueur de procédure pour le prononcé de l'hospitalisation, 2) il a accordé une place croissante à l'expertise médicale en amont, 3) il a organisé une vérification régulière de la nécessité de l'hospitalisation, enfin, 4) il a instauré des contrôles par des tiers et un droit permanent de saisine du juge.

1) Une grande rigueur de procédure : le gouvernement et les parlementaires de 1838 se méfiaient principalement des placements volontaires : ils ont multiplié les conditions légales à l'obtention du placement (sont exigés : une demande écrite et signée, un justificatif d'identité de la personne à placer, une vérification de l'identité du demandeur). De même ont-ils organisé la possibilité, pour le préfet, d'ordonner la sortie immédiate de toute personne placée volontairement. Ces dispositions nous sont toutes parvenues, inchangées.

Les mesures provisoires des maires (des commissaires de police à Paris) font aussi l'objet d'un encadrement strict : obligation d'en référer au préfet dans les 24 heures, caducité automatique au bout de 48 heures. Quant aux décisions d'hospitalisation d'office, elles doivent être motivées et énoncer les circonstances les ayant rendu nécessaires (art. L.3213-1 du code de la santé publique).

Enfin, l'accueil de personnes faisant l'objet d'une hospitalisation d'office ou d'une hospitalisation sur demande d'un tiers n'est possible que dans des établissements habilités par le préfet (article L.3222-1 du code de la santé publique).

2) Afin de préserver la liberté individuelle, le législateur a exigé que la décision initiale d'hospitalisation soit fondée sur une expertise médicale.

Cette exigence n'était que très partiellement satisfaite en 1838 (voir tableau synoptique en annexe 5). Elle l'est davantage depuis la loi de 1990.

Désormais, pour justifier une hospitalisation sur demande d'un tiers, deux certificats médicaux, datant de moins de quinze jours, sont exigés, dont l'un émanant d'un médecin extérieur à l'établissement. A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, un seul certificat est requis, et il peut émaner du médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

En ce qui concerne les hospitalisations d'office, un certificat qui ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil¹⁹ est nécessaire, préalablement au prononcé d'un arrêté préfectoral.

Quant aux mesures du maire, si elles peuvent être prises sur le fondement de la seule « notoriété publique », ou d'un « avis médical »²⁰ produit par tout médecin (voir le schéma récapitulatif des certificats médicaux requis en annexe 7), elles n'ont qu'un caractère provisoire (48 heures maximum).

3) Le législateur a également organisé une réévaluation régulière de la nécessité de l'hospitalisation.

En 1990, les deux régimes d'hospitalisation sous contrainte ont fait l'objet d'une harmonisation « par le haut ». Un certificat de confirmation ou d'infirmité de l'état de santé du patient doit désormais être produit à l'arrivée dans l'établissement d'accueil, sous un délai de 24 heures. Ce certificat doit être établi par un psychiatre, qui ne peut avoir été à l'origine des certificats de la phase amont. Ensuite, en cas de maintien à l'hôpital, un certificat est requis dans les 15 jours, puis un mois après le placement, puis tous les mois.

Le préfet fonde ses décisions de maintien en hospitalisation d'office sur les certificats médicaux que lui adressent les établissements. Une correspondance entre le calendrier de production de certificats (au bout de 15 jours, puis au terme du premier mois, puis tous les mois) et le calendrier des décisions expresses obligatoires du préfet (au terme du premier mois, puis trois mois après, puis tous les six mois) a d'ailleurs été prévue par les textes. A défaut de telles décisions, et alors même que les conditions de l'hospitalisation d'office continuent d'être réunies, la mainlevée de l'hospitalisation est automatiquement acquise.

En dehors des rendez-vous médicaux légaux, les psychiatres peuvent alerter l'autorité administrative d'une amélioration de l'état de santé de leurs patients. Le préfet (dans les cas d'hospitalisation d'office) ou le directeur d'hôpital (dans les cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers) doivent ordonner la levée de l'hospitalisation dès qu'un certificat médical atteste que les conditions de cette même hospitalisation ne sont plus réunies, qu'il s'agisse des certificats prévus par la loi aux échéances préfixées ou de certificats "spontanément" établis par les psychiatres à des moments intermédiaires. A ce titre, obligation est faite aux chefs d'établissement de prévenir le préfet dès lors que les conditions du placement d'office n'apparaissent plus réunies.

¹⁹ L'exigence d'extériorité du médecin contribuant à la décision d'hospitaliser sous contrainte s'est donc généralisée. Son objectif est double : garantir une pluralité des avis médicaux et éviter que le médecin soignant de l'hôpital ait pu participer à la décision d'internement, de manière à lui assurer un « coefficient de confiance nécessaire à la réussite des soins » (séance du Sénat du 18 avril 1990, JORF, p. 353).

²⁰ Les articles L.3213-1 et L.3213-2 du code de la santé publique contiennent deux termes différents : le premier exige un « certificat médical circonstancié », quand le second évoque un « avis médical ». Cette nuance, largement discutée au cours du débat parlementaire de 1990 (voir notamment la séance du 11 juin 1990 au Sénat, JORF du 12 juin 1990, p. 1488), permet d'envisager les cas où les médecins ne peuvent pas examiner les individus (forcenés barricadés chez eux, par exemple). En théorie, elle doit aussi permettre le prononcé de mesures provisoires sur simple avis du psychiatre traitant. Mais elle serait dénuée de toute portée juridique : l'éthique médicale tolère en effet qu'un médecin rédige un certificat contenant un avis médical et disposant que, pour des raisons valables, il n'a pu examiner le patient. Dès lors, les termes « avis » et « certificat » sont équivalents. En réalité, il y a lieu de distinguer les certificats établis après examen du patient des certificats rédigés en l'absence du patient mais par un médecin le connaissant. Seuls les certificats établis par des médecins ne connaissant pas l'état de santé réel du patient sont abusifs et susceptibles de poursuites, disciplinaires et pénales.

Des poursuites pénales sont prévues à l'encontre des directeurs d'établissement et des médecins ne respectant pas l'ensemble de ces garanties et les exigences procédurales qui y sont associées (articles L.3215-1 à L.3215-4 du code de la santé publique).

- 4) La liberté individuelle est préservée par le droit au recours devant le juge et par les divers contrôles institués.

Depuis 1838, le droit de saisir le juge judiciaire est accordé à tout interné, à son représentant, au demandeur de l'internement, à toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade, ou au procureur de la République. Ce dernier est d'ailleurs destinataire de l'ensemble des décisions d'hospitalisation sous contrainte (articles L.3212-5 et L.3213-9 du code de la santé publique).

Le juge, « après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate » (article L.3211-12 du code de la santé publique). De même, le président du tribunal de grande instance peut se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement (article L.3211-12).

Ce dispositif a, en outre, été complété, en 1990, d'une possibilité de saisine d'une commission administrative pluridisciplinaire, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP), laquelle peut à son tour saisir le juge de décisions qu'elle estime abusives. Cette commission est, en outre, informée de toute hospitalisation sous contrainte, de tout renouvellement et de toute sortie et reçoit l'ensemble des certificats médicaux requis²¹.

La commission dispose d'un droit de visite dans les établissements accueillant des personnes faisant l'objet de mesures d'hospitalisation sous contrainte. Elle complète ainsi les visites obligatoires du préfet, du président du tribunal de grande instance et du procureur de la République dans ces établissements (article L.3222-4 et L.3223-1 du code de la santé publique).

Le fait, pour le médecin de l'établissement, de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative est, par ailleurs, pénalement sanctionné (article L.3215-4 du code de la santé publique).

▪ **L'affirmation des droits des malades**

La loi de 1838 précisait que les malades conservaient l'essentiel de leurs droits civils et devaient voir leurs intérêts matériels protégés. La loi de 1990 a porté plus haut l'affirmation de ce principe, en faisant précéder les chapitres du code de la santé publique consacrés aux hospitalisations sous contrainte d'un chapitre intitulé « droits des personnes hospitalisées ». Il contient plusieurs articles fondamentaux.

L'article L.3211-3 énonce le principe selon lequel « les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par [l']état de santé et la mise en œuvre [du] traitement » et l'article L.3211-5 précise qu'« à sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, [...] sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés ».

En conséquence, les prononcés et levées d'hospitalisation sur demande d'un tiers n'ont pas à être connus des maires et les règles relatives à la diffusion de cette information, qui dataient de 1838, ont disparu. Mais, un tel raisonnement ne vaut qu'en tant que « le placement sur demande d'un tiers obéit à

²¹ Elle est composée, depuis la loi du 4 mars 2002, de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations agréées et d'un médecin généraliste.

des motivations strictement thérapeutiques, relevant de la vie privée des malades »²². En ce qui concerne les placements d'office, la diffusion aux maires de l'information relative aux entrées et sorties reste obligatoire, puisqu'il en va de la préservation de la sécurité publique.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 a permis un accès des malades à leur dossier médical. S'agissant des personnes hospitalisées d'office ou sur demande d'un tiers et « *en cas de risques d'une gravité particulière* », la consultation du dossier peut être subordonnée à la présence d'un médecin, librement choisi par le demandeur (article L.1111-7 du code de la santé publique). En cas de refus du demandeur de désigner un tel médecin, la CDHP est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Au total, il apparaît que les règles de l'hospitalisation sous contrainte traduisent la volonté des législateurs successifs de trouver un juste équilibre entre des impératifs dont la conciliation est *a priori* malaisée.

1.2- La contribution de l'environnement international aux modifications successives du droit des hospitalisations sans consentement

Les hospitalisations psychiatriques sous contrainte relèvent principalement de deux textes internationaux : la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 et le pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966. Le juge français, qu'il soit administratif ou judiciaire, veille d'ailleurs à leur respect, pour celles de leurs dispositions dont les justiciables peuvent se prévaloir directement devant lui.

1.2.1- LES NORMES ISSUES DU CONSEIL DE L'EUROPE : UN AIGUILLON PERMANENT

La recommandation 83(2), adoptée par le comité des ministres le 22 février 1983, porte spécifiquement sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires. Elle est à l'origine de certaines des modifications introduites dans le droit de l'hospitalisation sans consentement par la loi du 27 juin 1990, en raison des principes novateurs qu'elle contenait.

Un groupe de travail a ensuite été créé pour la révision de la recommandation (83)2. Le projet actuellement en débat, s'il ne devrait pas remettre fondamentalement en cause le dispositif français, contient plusieurs idées novatrices : principe de restriction minimale de la liberté individuelle, caractère exceptionnel des procédures d'urgence, distinction de l'hospitalisation et du traitement involontaires, mise en place de plans de traitement personnalisés, désignation d'une personne référente.

En outre, le comité européen de prévention de la torture (CPT) a rendu, en 2000, à l'issue de la visite de deux établissements psychiatriques français, un rapport de synthèse. Il fait état d'un recours trop fréquent à la contrainte physique, non accompagné de protocoles suffisamment précis, et dénonce l'exigence d'un seul certificat médical en amont de la décision administrative de placement d'office, certificat qui, au surplus, n'émane pas obligatoirement d'un psychiatre. Selon le CPT, la possibilité de mesures fondées sur la seule "notoriété publique" est problématique, même en situation d'urgence. S'agissant des hospitalisations sur demande d'un tiers, le cadre juridique est également estimé insuffisant, les deux certificats exigés pouvant être le fait de généralistes. Le CPT est d'avis que, en

²² Intervention du sénateur Henri Belcour en séance publique du 18 avril 1990, JORF du 19 avril 1990, p. 362.

l'absence d'urgence, le placement sous contrainte devrait toujours être fondé sur la recommandation d'au moins un psychiatre (deux de préférence).

Enfin, la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 contient plusieurs articles susceptibles d'être appliqués à la matière psychiatrique et aux hospitalisations sous contrainte, en particulier ses articles 5-1, 5-4 et 6-1. La Cour européenne des droits de l'homme, à de nombreuses reprises, a eu l'occasion de condamner un Etat pour plusieurs motifs, dont l'absence de régularité de la détention (voir l'annexe 8, qui retrace l'ensemble de sa jurisprudence). Tel fut tout récemment le cas de la France, en raison du maintien d'une personne à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris six heures après un diagnostic de défaut de pathologie psychiatrique justifiant l'hospitalisation (arrêt R.L. et M.-J.D. c. France, 19 mai 2004).

Récemment, la cour a accepté qu'un internement pour motif d'ordre public mais sans finalité thérapeutique puisse être pratiqué, dès lors que le trouble mental, persistant tout au long de l'hospitalisation, revêt une gravité suffisante (CEDH, *Hutchison Reid contre Royaume-Uni*, 20 février 2003). Elle a aussi confirmé que l'avis médical pouvait être obtenu immédiatement après le prononcé de mesures de protection, dans des cas urgents ou lorsqu'une personne est appréhendée en raison de son comportement violent. Lorsque la personne refuse de se laisser examiner, une évaluation à distance par un médecin expert, sur la base du dossier, est possible (arrêt *X c. Royaume-Uni* du 5 novembre 1981).

1.2.2- LES TEXTES ADOPTES DANS LE CADRE DE L'ONU SONT PLUS EN RETRAIT

Le pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966 prohibe la privation de liberté en dehors des procédures et des cas prévus par la loi ; il ne va donc pas au-delà de l'article 5-1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

1.3- Un équilibre atteint non entièrement satisfaisant

1.3.1- LES TEXTES ACTUELS NE SONT PAS EXEMPTS D'INCOHERENCES

La levée définitive de l'hospitalisation d'office des personnes ayant commis un délit alors que leur discernement était aboli (article L.122-1 du code pénal) est décidée par deux psychiatres, tandis que leur sortie d'essai, qui met tout autant en jeu l'ordre public, est, dans le silence des textes, autorisée par le préfet sur proposition d'un seul psychiatre.

En outre, l'article L.3214-3 du code de la santé publique prévoit l'hospitalisation des détenus dans une unité spécialement aménagée sur décision préfectorale prise sur la base d'un certificat ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Or, depuis le rattachement des services psychiatriques des prisons à des établissements publics de santé, les psychiatres œuvrant en milieu pénitentiaire sont issus des hôpitaux susceptibles d'accueillir le détenu en cas d'hospitalisation.

Enfin, le régime d'hospitalisation sur demande d'un tiers n'exclut pas formellement de son champ d'application les personnes posant des problèmes graves d'ordre public. Dès lors, celles-ci sont susceptibles, si un proche le sollicite, de faire l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers alors même que les troubles mentaux dont elles sont atteintes justifient une hospitalisation d'office.

1.3.2- L'ACTUALITE DES RAPPORTS ATTESTE DE CRITIQUES DE PLUS EN PLUS PRESSANTES

En septembre 1997, le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, présidé par Hélène Strohl, a rendu son rapport. Il affirme que l'hospitalisation sans consentement doit poursuivre une logique uniquement sanitaire, et cesser d'être motivée par un objectif d'ordre public. Il constate, par ailleurs, que le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers, non exempt de dérives, repose sur une injonction paradoxale consistant à exiger des proches qu'ils fassent violence à ceux qu'ils

entendent protéger. A ce double titre, le rapport préconise d'unifier le régime des hospitalisations d'office et celui des hospitalisations sur demande d'un tiers. Les procédures d'entrée et de sortie seraient néanmoins asymétriques : l'entrée dans le régime unifié serait décidée par arrêté préfectoral motivé, sur proposition du médecin hospitalier, tandis que la sortie aurait lieu uniquement sur décision médicale.

Le rapport propose, en outre, de permettre l'hospitalisation en urgence de personnes non consentantes sur la base d'un minimum de pièces (un certificat médical) et pour une période d'observation et d'orientation limitée à 72 heures. Les décisions préfectorales d'hospitalisation n'interviendraient ainsi, pour les seules personnes non consentantes, qu'à l'issue de cette phase d'observation devant permettre un diagnostic précis.

Le rapport « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » des docteurs Eric Piel et Jean-Luc Roelandt (juillet 2001), rédigé à la demande du ministère de la santé, dénonce plus vivement encore le dispositif français. Il lui reproche, notamment, de cantonner le traitement psychiatrique au seul milieu hospitalier (« *hospitalocentrisme dominant* »), de maintenir le régime de l'internement d'office et son objectif « *sécuritaire d'ordre public* », d'entretenir une confusion entre hospitalisation contrainte et obligation de soins, la première étant souvent utilisée pour servir la seconde.

En conséquence, le rapport propose principalement de refonder l'organisation psychiatrique française selon une logique de réseau et d'articulation entre offres sanitaire et médico-sociale, de cesser les admissions dans les hôpitaux psychiatriques (les hospitalisations, quand elles sont incontournables, seraient réalisées dans des unités de 10 à 25 lits), d'abroger le dispositif des hospitalisations sous contrainte pour lui substituer une possibilité d'obligation de soins décidée par le juge civil et non spécifique à la maladie mentale (« *obligation de soins déspecifiée* »).

Le « *plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* » de Philippe Cléry-Melin, de Vivianne Kovess et Jean-Charles Pascal (septembre 2003, rapport d'étape), remis au ministre chargé de la santé, est d'une tonalité quelque peu différente. Dans son préambule, les auteurs regrettent en effet la « *confusion* » opérée entre les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale au nom de la dé-stigmatisation des problèmes psychiatriques. Ils appellent au contraire à une réaffirmation de « *la mission première de la psychiatrie comme discipline médicale* » : « *nous défendons la place de l'hospitalisation, c'est un moment privilégié du soin, nécessaire pour contenir certaines pathologies* ».

S'agissant plus précisément des hospitalisations sous contrainte, le plan d'actions, comme le rapport Strohl, contient la création d'unités intersectorielles d'accueil au sein des CHS, pour l'application du protocole dit des 72 heures et l'orientation fine des malades. L'entrée en période d'observation serait initiée par la demande d'un tiers, ou, en son absence et en cas d'urgence, par celle d'un psychiatre. En aval, le rapport ne prévoit pas la suppression du régime des hospitalisations d'office. Tout au plus préconise-t-il de réviser la loi de 1990 pour introduire une obligation de soins en ambulatoire et aménager différemment les sorties d'essai de longue durée.

1.3.3- L'ETUDE DES DISPOSITIFS ANGLAIS ET ITALIEN PERMET NEANMOINS DE NUANCER LES CRITIQUES ADRESSEES AU SYSTEME FRANÇAIS ET MILITE POUR UNE REFORME PRAGMATIQUE PLUS QUE POUR UN BOULEVERSEMENT DES EQUILIBRES EXISTANTS

Dans les années 1980 et 1990, suite à l'adoption de la recommandation (83)2 du Conseil de l'Europe, de nombreux pays européens ont réformé et « *judiciarisé* » leur législation relative aux placements sous contrainte. Tel fut le cas, notamment, de la République Fédérale d'Allemagne, de l'Espagne, des Pays-Bas, du Luxembourg et de la Belgique.

Deux pays méritent un examen attentif, en ce qu'ils ont opté pour des solutions radicalement différentes du système français et en ce qu'ils sont traversés de débats instructifs : l'Italie et l'Angleterre (voir les deux analyses détaillées en annexe 9).

En Italie, la logique de "désinstitutionnalisation" a été poussée jusqu'au démantèlement de la quasi-totalité des hôpitaux psychiatriques et à la suppression des internements sous contrainte pour motif d'ordre public. En contrepartie, des unités psychiatriques légères ont été développées dans les hôpitaux généraux et une possibilité d'obligation de soins, prononcée par le juge, a été instaurée. L'obligation de soins n'est prononcée qu'en fonction de critères strictement sanitaires. A ce jour, elle ne peut se traduire que par une hospitalisation, sa déclinaison sur un mode ambulatoire n'ayant pas encore reçu de base légale.

Le dispositif présente plusieurs inconvénients. En premier lieu, il semble mal adapté aux troubles les plus lourds, ceux pour lesquels une hospitalisation en milieu ouvert au sein d'un hôpital général apparaît problématique. En second lieu, il ne concerne pas les détenus atteints de troubles mentaux ainsi que les personnes déclarées pénalement irresponsables, lesquels sont orientés vers des hôpitaux psychiatriques judiciaires, gérés par le ministère de la justice. Une dichotomie forte existe donc de fait entre des populations pouvant présenter des troubles tout à fait comparables.

A défaut de procédure préventive d'hospitalisation pour motif d'ordre public et de capacités d'accueil sécurisées, tout se passe comme si la commission d'une infraction pénale était le seul moyen d'appréhender et de traiter de manière adéquate les individus atteints des troubles mentaux les plus graves.

En Angleterre, le dispositif en vigueur, qui repose principalement sur les autorités médicales, fait l'objet de critiques, qui ont conduit le gouvernement à préparer une réforme. Les projets actuellement discutés contiennent des points très intéressants au regard de notre expérience nationale : existence d'un critère de dangerosité en termes de sécurité publique, instauration d'une phase de diagnostic relativement longue, reconnaissance de la possibilité d'imposer un traitement ambulatoire comme alternative à l'hospitalisation, lancement d'un programme de renforcement des capacités d'accueil des malades les plus dangereux... Deux préoccupations, nées des insuffisances du dispositif en vigueur, ressortent nettement des projets : le souci de renforcer le contrôle de certains malades dont les troubles posent des problèmes d'ordre public et celui de renforcer l'information, les droits et les moyens de recours des malades.

Ces deux exemples permettent de nuancer la singularité du dispositif français. Les législations nationales sont, en effet, toutes marquées par la recherche d'un équilibre malaisé entre enjeux contradictoires. Les logiques de "désinstitutionnalisation" ou la suppression des critères d'ordre public, lorsqu'elles ont été tentées à l'étranger, n'ont pas conduit aux résultats escomptés.

Le débat, éclairé de 165 ans d'évolution législative, mérite donc d'être recentré. C'est pourquoi il convient d'étudier le régime des hospitalisations sous contrainte d'un point de vue pragmatique, en gardant à l'esprit la pluralité des objectifs qu'il poursuit et la subtilité des équilibres patiemment atteints.

2- DES ENJEUX DE SÉCURITÉ PUBLIQUE INSUFFISAMMENT PRIS EN COMPTE

Le nombre des hospitalisations sans consentement varie fortement d'un département à l'autre, de même que la répartition entre hospitalisations d'office et hospitalisations sur demande d'un tiers.

Les résultats du questionnaire précité réalisé en 2003 auprès des préfetures par la DLPAJ font apparaître d'importants écarts, y compris pour des départements à population comparable : en 2002, le département des Hautes-Alpes a enregistré 51 mesures pour 100 000 habitants et celui des Alpes-de-Haute-Provence 153, pour des populations comparables de, respectivement, 140 000 et 120 000 habitants. Le département de la Haute-Garonne a totalisé 46 mesures pour 100 000 habitants, et celui de la Moselle 136, pour une population comparable de près d'un million d'habitants.

La répartition des hospitalisations sans consentement entre hospitalisations d'office et hospitalisations sur demande d'un tiers est également très variable. En 2002, les hospitalisations d'office ont ainsi représenté 1 % des hospitalisations sans consentement dans l'Aveyron et dans le Lot, 9 % dans le Territoire de Belfort, 17 % dans les Alpes-de-Haute-Provence, 30 % dans l'Yonne, 38 % en Charente, la moyenne nationale s'établissant à 13 % (*cf.* annexe 2)²³.

A priori, il n'existe pas de raisons objectives, d'ordre sociologique, épidémiologique ou géographique, permettant d'expliquer de telles disparités. De l'avis de la mission, cette hétérogénéité trouve en partie son origine dans une insuffisante prise en compte des enjeux de sécurité publique dans certains départements, qui se décline en :

- une relative confusion dans l'application des procédures lors de la phase d'urgence ;
- une difficulté du préfet à donner toute sa mesure à la compétence qu'il détient, en particulier en ce qui concerne la coordination des services gérant les procédures d'hospitalisation sans consentement et ceux chargés de la police des armes ;

et qui est amplifiée par :

- une inadaptation de certaines structures d'hospitalisation.

2.1- Le caractère déterminant du déroulement de la phase d'urgence des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

Les interventions d'urgence sur les lieux de la manifestation publique de troubles mentaux sont de plus en plus fréquentes. La généralisation de modes de vie urbains, la dissolution de formes traditionnelles de sociabilité et la progression de certaines conduites addictives en sont peut être la cause.

En moyenne, 65 % des hospitalisations d'office sont ainsi précédées de mesures provisoires du maire, ou des commissaires de police à Paris, en application du critère de « *danger imminent pour la sûreté des personnes* » (article L.3213-2 du code de la santé publique). 30% des hospitalisations sur demande d'un tiers sont, quant à elles, prononcées en urgence (article L.3212-3)²⁴.

L'intervention des services d'urgence se révèle donc fondamentale dans l'orientation des personnes atteintes de troubles mentaux lorsqu'il s'avère nécessaire de les hospitaliser. Or, il apparaît que cette orientation résulte plus souvent de choix ponctuels, conditionnés par les réflexes des acteurs et un souci de dénouer rapidement la crise, que d'un choix découlant d'une stricte application de la législation sur l'hospitalisation sans consentement.

²³ Pour certains départements, les résultats du questionnaire sont à manier avec précaution, des doubles comptes ou des incohérences ayant pu être relevés par la mission.

²⁴ Voir annexe 2.

Cette orientation se caractérise également par une certaine confusion, en matière de prise en charge de la personne et de son transport, comme de l'obtention du certificat médical. La préfecture de police fait exception dans ce panorama, de par son organisation spécifique.

2.1.1- LES MODES D'ACTION DISPARATES DES ACTEURS DE TERRAIN PESENT SUR LES CHOIX DE PROCEDURE D'HOSPITALISATION

- ***Les critères de primo orientation des malades privilégient le pragmatisme***

L'orientation d'une personne atteinte de troubles mentaux manifestant publiquement son état est souvent conditionnée par les circonstances ou les habitudes des intervenants. Il arrive, en effet, que la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers, voire celle d'hospitalisation libre, prenne le pas sur celle d'hospitalisation d'office, alors que la personne concernée relève juridiquement de cette dernière procédure. Pour les acteurs de l'urgence, qui ont pour souci prioritaire de dénouer rapidement la crise, le recours à la procédure d'hospitalisation d'office ne semble, en effet, pas toujours le plus approprié.

- ***La procédure d'hospitalisation d'office est considérée comme source de contraintes administratives***

Au contraire des autres modes d'hospitalisation (sur demande d'un tiers ou libre), l'hospitalisation d'office fait, dans les cas d'urgence, intervenir deux autorités administratives : le maire puis le préfet, sachant que même les services d'urgence des hôpitaux saisissent le maire, plutôt que le préfet via la DDASS. Pour les acteurs de l'urgence, cela induit des contraintes supplémentaires telles que la difficulté à établir le contact avec le maire ou l'adjoint compétent, la réticence de ceux-ci à ordonner une mesure provisoire d'hospitalisation, voire leur refus d'y pourvoir au nom de l'atteinte à la liberté individuelle qu'elle entraîne.

C'est pourquoi, alors même que les critères de l'hospitalisation d'office sont réunis, il arrive que les acteurs privilégient le recours à l'hospitalisation sur demande d'un tiers, si un parent ou un proche consent à demander une telle hospitalisation, ou à l'hospitalisation libre, si la personne est en mesure d'y consentir. Il n'est dès lors recouru à la procédure d'hospitalisation d'office qu'en dernier ressort.

- ***L'orientation initiale détermine en fait le régime d'hospitalisation qui sera ultérieurement appliqué***

Il ressort des auditions réalisées par la mission que les choix initiaux de procédure, réalisés notamment sur les lieux de la crise, ne sont par la suite que rarement remis en cause et, dès lors, qu'ils déterminent en grande partie le régime d'hospitalisation qui sera finalement retenu.

Au surplus, au cours de l'hospitalisation proprement dite, rares sont les situations où sont appliquées les dispositions des articles L.3213-6 et L.3212-9 du code de la santé publique, permettant une transformation du régime de l'hospitalisation (seulement deux des départements visités les ont mises en œuvre en 2003).

Cette situation est préoccupante s'agissant des personnes qui devraient relever du régime de l'hospitalisation d'office. Lorsqu'elles sont placées sous un régime différent, l'autorité préfectorale est, en effet, empêchée de mettre en œuvre ses prérogatives, par exemple en matière de sorties d'essai ou de sorties accompagnées.

2.1.2- LA DUREE D'INTERVENTION EST INUTILEMENT ALLONGEE DU FAIT DE RESPONSABILITES MAL DEFINIES

Les services d'incendie et de secours ainsi que les forces de sécurité sont en général les premiers à intervenir sur les lieux de la crise, après alerte des centres d'appels d'urgence. Les sapeurs-pompiers se rendent sur place lorsqu'ils sont destinataires d'un appel imprécis et effectuent une mission de premier secours, au domicile de l'intéressé ou sur la voie publique.

Cette première intervention peut se dérouler rapidement, avec des moyens légers, en particulier si l'individu n'est pas en état d'agitation et consent sans difficulté à se faire soigner ou hospitaliser. En

revanche, si les troubles mentaux publiquement manifestés nécessitent une contention et des soins immédiats en milieu hospitalier, ces services se trouvent souvent mobilisés pour une durée anormale. Il est très fréquent que les équipes sanitaires, en principe investies du soin de prendre leur relais, ne le fassent pas dans un délai raisonnable (des durées supérieures à deux heures sont fréquentes), quand elles le font.

Les raisons pouvant expliquer cette situation sont au nombre de quatre.

▪ ***Les responsabilités en matière de transport ne sont pas claires***

Les transports sanitaires des personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas toujours assumés par les services spécialisés auxquels ils devraient logiquement incomber.

En effet, la plupart du temps, ces transports sont effectués par les sapeurs-pompier, les policiers ou les gendarmes alors qu'il ne leur revient pas d'y pourvoir. Ils représentent un risque pour le malade ainsi que pour les personnels, en raison notamment de l'absence de formation et de moyens adaptés²⁵. Quand il s'agit d'ambulanciers privés, ceux-ci ne disposent que rarement de personnels formés et de véhicules adaptés (matériels non contondants, intérieur capitonné, fermetures sécurisées). Dès lors, la contention physique est souvent pratiquée.

Les forces de police ou de gendarmerie sont parfois même sollicitées pour escorter l'ambulance, voire pour monter à bord de celle-ci afin d'assurer la sécurité de l'équipage et du patient.

Le rôle du centre régulateur (SAMU) est variable d'un département à l'autre. Dans le département des Hauts-de-Seine par exemple, le centre 15 coordonne en direct les interventions du SMUR, des ambulanciers privés regroupés au sein d'une association des transports sanitaires d'urgence, ou encore des véhicules de la Croix-Rouge. En Essonne, le SAMU mobilise les moyens du SMUR sur les cas les plus difficiles, nécessitant une contention chimique. Dans d'autres départements, le centre régulateur ne joue aucun rôle en matière d'hospitalisation sous contrainte.

En Gironde, les rôles de l'ensemble des intervenants ont été définis dans le cadre d'un protocole responsabilisant les centres hospitaliers. En cas de carence de ces centres, c'est-à-dire si l'arrivée des infirmiers sur les lieux de la manifestation des troubles mentaux nécessite plus de deux heures, le médecin sur place doit en être informé. Il doit alors joindre le SAMU pour obtenir un autre mode de transport : ambulances privées ou sapeurs-pompier. Ceux-ci ont effectué cinq transports à ce titre durant le premier semestre 2003. Cette répartition des rôles, bien que négociée entre tous les participants et énoncée clairement dans le protocole, ne semble pas complètement acceptée : les directeurs des centres hospitaliers ont fait part de leur réticence à assumer le transport et le projet d'un « SAMU psychiatrique », inscrit au protocole, est resté à l'état de projet.

▪ ***L'imprécision relative à la prise en charge financière du transport contribue également à l'allongement des délais***

Le financement du transport d'urgence des personnes souffrant de troubles mentaux ne trouve pas une réponse uniforme sur l'ensemble du territoire. Ponctuellement, le budget communal peut être sollicité, en particulier quand il s'agit de mesures provisoires du maire. Certaines communes ont donné un cadre conventionnel à leurs interventions financières en la matière. La caisse primaire d'assurance maladie est parfois sollicitée ; il lui arrive néanmoins dans certains cas de refuser des prises en charge. Parfois, en matière d'hospitalisations sur demande d'un tiers, les frais incombent uniquement au tiers demandeur.

²⁵ En Essonne, le service départemental d'incendie et de secours a été récemment confronté à un accident mortel, survenu à la suite de la contention physique par un sapeur-pompier d'un malade en état de crise mentale.

La mission a constaté que l'imprécision de ce cadre financier affecte quelquefois la réactivité des services sanitaires appelés à se rendre sur le lieu de la crise.

▪ ***Le premier certificat médical est parfois difficile à obtenir***

L'hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux, alors qu'elle est en état de crise, est quelquefois compliquée par le délai dans lequel le certificat médical attestant de la nécessité de cette hospitalisation est délivré.

En effet, le médecin sollicité n'est pas, ou ne se rend pas, toujours immédiatement disponible, soit qu'il est mobilisé par ailleurs, soit qu'il hésite à participer à une mesure « d'enfermement », voire s'y refuse ouvertement.

En outre, lorsque le médecin est présent, sa tâche est quelquefois compliquée par le fait qu'il ne peut, à l'instar des policiers ou gendarmes, accéder au domicile du malade en dehors de cas bien précis²⁶, ignorant toutefois, ce faisant, que la loi l'autorise à délivrer un simple avis médical qui le dispense alors d'examiner l'intéressé pour peu qu'il ait une connaissance suffisante de son dossier médical.

Quant à la disposition du code de la santé publique qui autorise le maire à prononcer une mesure provisoire d'hospitalisation d'office sur le fondement de la « *notoriété publique* »²⁷, elle est rarement utilisée. En effet, la plupart des services rencontrés par la mission hésitent à y recourir et préfèrent obtenir confirmation par un médecin de la nécessité d'hospitaliser la personne atteinte de troubles mentaux. Ainsi, s'agissant de la mairie de Bordeaux, cette procédure n'a été utilisée que deux fois en vingt ans. Par ailleurs, le gouvernement français a fait savoir au Conseil de l'Europe que cette disposition était tombée en désuétude²⁸.

Pourtant, les mesures provisoires prises sur ce fondement sont encore utilisées, essentiellement dans les zones rurales de certains départements où des formulaires pré-rédigés et remis aux maires par la gendarmerie et les sapeurs-pompiers continuent d'indiquer les deux rubriques « avis médical ou notoriété publique ».

▪ ***L'établissement du premier certificat médical au sein des services des urgences est, compte tenu du droit en vigueur, source de complications***

Certaines personnes atteintes de troubles mentaux sont emmenées au service d'accueil des urgences d'un hôpital général (SAU) qu'elles aient ou non fait l'objet, au préalable, d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte. Il s'agit dans ce cas de personnes dont l'état de santé général requiert un examen, éventuellement des soins d'ordre somatique. Les SAU bénéficient parfois de la présence de psychiatres originaires des centres hospitaliers psychiatriques les plus proches, qui établissent alors, du même coup, leur diagnostic.

Il arrive aussi, en particulier dans les grandes métropoles, que les personnes souffrant de troubles mentaux soient systématiquement orientées vers des services d'urgence psychiatrique bénéficiant du renfort de quelques médecins non psychiatres.

Ce passage par les services d'urgence peut être source de complications si l'hospitalisation sans consentement de l'intéressé n'a pas encore été prononcée et qu'elle s'avère nécessaire. Compte tenu de la législation en vigueur, il doit, en effet, être fait appel à un médecin extérieur à l'établissement

²⁶ L'inviolabilité du domicile est un principe rappelé à l'article 59 du code de procédure pénale. La jurisprudence a précisé les cas où les forces de l'ordre peuvent pénétrer au domicile sans y avoir été préalablement invitées par l'occupant : mise en danger de soi-même, flagrant délit ou appel au secours venant de l'intérieur.

²⁷ Article L.3213-2 du code de la santé publique.

²⁸ En réponse au rapport du comité européen de prévention de la torture de 2000 évoqué *supra*.

d'accueil final du malade pour établir le premier certificat fondant la mesure d'hospitalisation sous contrainte. A défaut, la procédure n'est pas respectée.

2.1.3- LA PREFECTURE DE POLICE, DOTE E D'UNE STRUCTURE D'OBSERVATION DES MALADES, MET EN OEUVRE UN DISPOSITIF ORIGINAL ET COHERENT

A Paris, la législation sur l'hospitalisation d'office relève de la compétence du préfet de police. Celle du maire en la matière est confiée aux commissaires de police²⁹.

Ainsi, la personne souffrant de troubles mentaux et relevant de ce régime juridique est prise en charge sans délai sur décision du commissaire de police qui la fait conduire à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) à bord de véhicules de police ordinaires. Elle y est aussitôt examinée par un médecin psychiatre qui, si besoin est, l'y maintient en observation pendant 24 heures. Au terme de ce délai, elle fait l'objet d'un diagnostic médical. Si une décision administrative est prise, celle-ci est préparée par le secrétariat de l'infirmerie puis transmise pour signature³⁰. Le transfert des malades, dont l'hospitalisation est ordonnée, est effectué vers un centre hospitalier spécialisé³¹, au moyen d'une ambulance aménagée dotée d'un équipage.

Cette organisation particulière permet un traitement sans solution de continuité du cas de chaque malade. Lorsqu'il s'agit de confirmer la mesure provisoire d'hospitalisation décidée par le commissaire de police, ou lorsqu'il s'agit, au cours de l'hospitalisation, de donner une suite aux demandes de sorties d'essai ou accompagnées, le préfet de police dispose de l'ensemble des informations utiles relatives aux circonstances initiales ayant présidé à la décision administrative : avis médical, certificat médical circonstancié, rapports de police.

Il convient de souligner que l'existence de l'IPPP est périodiquement remise en cause. Un recours pour excès de pouvoir dirigé contre le refus opposé par le préfet de police à la demande de fermeture de cette infirmerie a été formé en 2000 devant le tribunal administratif de Paris. Ce recours a été rejeté par jugement du 30 octobre 2002 confirmant que l'infirmerie psychiatrique est un service de la préfecture de police, et non un établissement public sanitaire³², et que le placement d'une personne à l'IPPP est une mesure préventive et non une hospitalisation (cf. annexe n° 10).

Quant à l'inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de 1997 portant évaluation de la loi du 27 juin 1990³³, elle relève que « *les malades semblent y être reçus selon des pratiques centrées sur l'utilisation de la contention physique et de la chimiothérapie à fortes doses : chambres fermées ressemblant à des chambres d'isolement, malades dormant tous en pleine journée* ».

Pour sa part, la mission relève que le dispositif pêche en raison des modalités de transport des malades du lieu de prise en charge jusqu'à l'IPPP (toutes ces personnes sont en effet transportées dans des véhicules de police non adaptés) et de la prolongation parfois injustifiée de certains séjours à l'IPPP (Cour européenne des droits de l'homme, arrêt R.L. et M.-J.D. c. France, 19 mai 2004).

²⁹ Art L.3213-1 et L.3213-2 du code de la santé publique.

³⁰ En 2002, il y a eu 2 637 entrées à l'infirmerie psychiatrique. Parmi elles, 1001 ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office, 52 d'une réintégration en hospitalisation d'office (après une crise lors d'une sortie d'essai ou après une fugue), 376 d'une hospitalisation sur demande de tiers, 359 d'une hospitalisation libre et 849 d'aucune hospitalisation. En moyenne sur trois années, près de 42 % des entrants font l'objet d'une hospitalisation d'office, 13 % sont orientés vers l'hospitalisation sur demande d'un tiers, 45 % ne font l'objet d'aucune hospitalisation ou consentent à se faire hospitaliser. Plus précisément, en 2002, sur 2637 entrées à l'infirmerie psychiatrique, 1001 ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office, 52 d'une réintégration en hospitalisation d'office (cas de sorties d'essai ou de fugue), 376 d'une hospitalisation sur demande de tiers, 359 d'une hospitalisation libre et 849 d'aucune hospitalisation.

³¹ Les hôpitaux spécialisés travaillant en réseau avec l'IPPP sont : L'hôpital Ste Anne (XIV^e), le CHS Esquirol à St-Maurice (94), celui de l'Eau-vive à Soisy-sur-Seine (91), de Maison Blanche à Neuilly-sur-Marne (93), et celui de Perray-Vaucluse à Epinay-sur-Orge (95).

³² Jugement du tribunal administratif de Paris – 30 octobre 2002 – *Groupe Information Asile*.

³³ Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, présidée par Hélène Strohl – Inspection générale des affaires sociales.

Il trouve également ses limites dans le fait qu'il est étendu aux aéroports de Paris-Roissy-Charles-de-Gaulle et Le Bourget, alors qu'aucun texte ne le prévoit³⁴. En effet, les textes organisant l'exercice des pouvoirs de police dans les enceintes aéroportuaires³⁵ ne confèrent pas une telle compétence aux commissaires de police et précisent encore moins l'envoi de ces malades mentaux à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police, qui est un service administratif propre à celle-ci.

S'agissant de l'aéroport d'Orly, c'est le droit commun qui est appliqué. A défaut de compétence du maire sur la zone aéroportuaire, aucune mesure provisoire n'est prononcée. Le préfet du Val-de-Marne prononce donc directement les arrêtés d'hospitalisation d'office, sur alerte du commissaire de police de la direction de la police aux frontières.

Il convient également de relever que la préfecture de police rencontre actuellement des difficultés en raison d'un problème de domanialité de la parcelle sur laquelle l'IPPP est construite et, partant, de l'immeuble lui-même. En effet, à la suite d'un litige ayant opposé l'hôpital Sainte-Anne à la préfecture de police concernant la propriété de la parcelle de la rue Cabanis, la ville de Paris se refuse à financer ces travaux sur le budget spécial dont les crédits sont mis en œuvre par la préfecture de police.

Ce refus fait suite à l'avis de la section de l'intérieur du Conseil d'Etat du 19 mars 2002, avis qui, après avoir indiqué que le terrain d'assiette de l'IPPP appartenait à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, déclarait renoncer à se prononcer sur la situation patrimoniale de l'immeuble, faute d'information sur les conditions de délivrance de son permis de construire. En conclusion de son analyse, cet avis invitait les personnes publiques à régler, par voie de convention, les conditions d'affectation de la partie du domaine public de l'hôpital Sainte-Anne utilisée par l'infirmerie psychiatrique. A défaut d'accord, il indiquait qu'il était loisible à l'Etat d'affecter le bâtiment de la rue Cabanis à l'IPPP, sans procédure d'aliénation, en application des articles L.35 et R.58 du code du domaine de l'Etat.

Ces recommandations n'ont pas, à ce jour, été mises en œuvre. Elles permettraient pourtant de clarifier la situation juridique de l'immeuble occupé par l'IPPP.

Il reste que cette question patrimoniale ne saurait masquer le fait que l'IPPP concourt à la réalisation d'une mission de police municipale. En effet, il ressort de la jurisprudence du Conseil d'Etat que, lorsque le maire agit sur le fondement du code de la santé publique (les commissaires de police à Paris), il accomplit un acte de police spéciale municipale (Conseil d'Etat, 18 mai 1970, *sieur Bila*). Dès lors, il apparaît logique que le budget spécial de la Ville de Paris intervienne pour financer des travaux de réaménagement de l'immeuble où l'IPPP est implantée.

³⁴ 55 cas en 2000, 74 en 2001, 78 en 2002 et 54 durant les 9 premiers mois de l'année 2003.

³⁵ Code de l'aviation civile (notamment ses articles L.213-2 : « la police des aéroports et des installations aéronautiques (...) est assurée (...) par le préfet qui exerce, à cet effet dans leur emprise, les pouvoirs impartis au maire par l'article L. 131-2 du code des communes » et R.213-3 : « les pouvoirs de police exercés par les préfets sur l'emprise des aéroports (...) comprennent tout ce qui concerne le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité » et décret n°2003-734 du 1^{er} août 2003 portant création et organisation des services déconcentrés de la direction centrale de la police aux frontières (art.5).

2.2- Une autorité préfectorale qui ne peut donner son plein effet à la police spéciale des personnes hospitalisées sans leur consentement

2.2.1- L'INTERVENTION DE L'AUTORITE PREFECTORALE EST DEPENDANTE DE L'ACTION DE LA DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

2.2.2-

▪ *L'ensemble du dispositif est placé sous le contrôle et l'autorité du préfet*

Si le préfet prononce l'ensemble des décisions concernant les hospitalisations d'office (admission, renouvellement, sorties d'essai ou accompagnées, sortie définitive), il dispose aussi de pouvoirs généraux en matière d'hospitalisations psychiatriques. Il exerce ainsi un contrôle sur ces établissements que les services placés sous son autorité visitent une fois par semestre³⁶. Il reçoit les réclamations des patients et procède à toute vérification utile. Il est rendu destinataire de l'ensemble des décisions en matière d'hospitalisation sur demande d'un tiers³⁷. Il peut aussi transformer une mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers en hospitalisation d'office, si les troubles mentaux dont une personne est affectée compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public³⁸.

Dans l'exercice de cette compétence, il dispose de l'appui de plusieurs services, au nombre desquels figure la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Il ne délègue toutefois pas sa signature au directeur de ce service. En effet, aucune délégation ne peut, en l'état du droit en vigueur, être consentie au directeur de la DDASS pour les raisons suivantes :

- la mise en œuvre de cette législation relève de deux ministères différents ; or, le décret du 10 mai 1982 relatif aux pouvoirs des préfets exclut qu'un chef de service déconcentré de l'Etat bénéficie d'une délégation de signature dans cette hypothèse³⁹ ;
- les mesures concernant la matière « *portent gravement atteinte à l'exercice des libertés publiques et engagent la responsabilité de l'Etat* »⁴⁰.

Dans ces conditions, il délègue généralement sa signature au sous-préfet, secrétaire général de la préfecture ou directeur de son cabinet. Cette délégation est possible en vertu du décret précité⁴¹. Le préfet délègue également sa signature au sous-préfet de permanence, durant les week-ends et jours fériés.

En définitive, dans les sept départements visités par la mission, le directeur du cabinet du préfet dispose de la délégation de signature dans deux cas, le secrétaire général dans les cinq autres. Le critère de choix dominant tient aux fonctions respectives de l'un et de l'autre : le secrétaire général est préféré pour sa proximité fonctionnelle avec la DDASS ; dans les cas où le directeur du cabinet est choisi, ses fonctions de sécurité et sa capacité de recoupement des informations avec les services de police ou de gendarmerie sur les circonstances de la mesure d'hospitalisation prévalent.

Mais, en réalité, l'efficacité de l'action administrative en matière d'hospitalisation sans consentement dépend de la qualité de l'intervention de la DDASS.

³⁶ En vertu des articles L.3222-1 et L.3222-4 du code de la santé publique.

³⁷ Art. L.3212-4 du code de la santé publique.

³⁸ Cette possibilité, prévue à l'article L.3213-6 du code de la santé publique, peut intervenir à tout moment dans la procédure d'hospitalisation sur demande d'un tiers.

³⁹ Note du 7 juillet 1998 n° 98-1081 relative à la délégation de signature des préfets aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Décret n° 82-389 du 10 mai 1982.

▪ **La DDASS est, dans les faits, la véritable cheville ouvrière du dispositif**

La DDASS centralise le dispositif, elle est de plus l'interlocutrice principale, sinon unique, des différentes autorités sanitaires et administratives.

Elle instruit les demandes d'hospitalisation d'office et de renouvellement, ainsi que les autorisations de sortie d'essai et de sorties accompagnées. Elle réceptionne et contrôle, au nom du préfet, les arrêtés municipaux d'hospitalisation provisoire ainsi que l'ensemble des mesures administratives concernant la législation sur l'hospitalisation sur demande d'un tiers⁴². Elle gère les dossiers des personnes concernées ainsi que l'application informatique « HOPSY », outil d'enregistrement et de gestion des hospitalisations psychiatriques sans consentement, créé en 1994⁴³ et mis en place progressivement dans chaque département (*cf.* développement spécifique *infra*).

La DDASS est donc bien le service dont les prestations conditionnent l'efficacité de la législation sur les hospitalisations sans consentement.

▪ **La DDASS exerce pourtant un contrôle insuffisant**

La mission a relevé que la DDASS était quelquefois dotée de moyens insuffisants pour remplir ses missions, dont celle concernant les hospitalisations sans consentement. Elle a également relevé que, d'une manière générale, la problématique de la sûreté des personnes et de la préservation de l'ordre public était insuffisamment prise en considération par cette direction, quand elle n'était pas ignorée d'elle au motif que cette question « relève exclusivement du préfet ».

Ainsi, en matière d'hospitalisation sur demande d'un tiers, l'activité de la DDASS se résume presque toujours à la seule vérification de la composition du dossier au regard des critères légaux, privant de la sorte l'autorité préfectorale de la possibilité de transférer une personne hospitalisée sans son consentement du régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers à celui de l'hospitalisation d'office.

Par ailleurs, en matière d'hospitalisation d'office, la DDASS soumet généralement à la décision du préfet les seules propositions de décisions prononçant une telle mesure et non l'ensemble des décisions à prendre sur les demandes d'hospitalisation dont elle est saisie.

Enfin, s'agissant des demandes de sorties, sorties d'essai ou sorties accompagnées qui relèvent de la décision du préfet, elle fait preuve d'une plus ou moins grande vigilance.

A cet égard, la mission note, à propos des demandes d'autorisation de sorties accompagnées, qu'elles arrivent rarement jusqu'au préfet ou à son délégué, pour décision. Dans la grande majorité des cas, ces demandes sont réceptionnées et classées par la DDASS, sans véritable examen. Parmi les départements visités, il est même un département où la DDASS ne reçoit jamais les demandes de sorties accompagnées et un autre où, en l'absence de réaction du préfet dans les 24 heures suivant la transmission qui lui est faite de la demande de sortie accompagnée (donc, avant le terme du délai de 48 heures prévu par la loi), le directeur de l'hôpital autorise cette sortie.

Enfin, les modalités internes de traitement des dossiers sont assez hétérogènes selon les départements visités : les propositions transmises au préfet sont en principe visées par le médecin-inspecteur responsable des hospitalisations psychiatriques et, plus rarement, par le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ou son adjoint. La mission a toutefois observé que,

⁴² La DDASS est destinataire, au nom du préfet, des décisions d'admission en hospitalisation sur demande d'un tiers prises par le directeur de l'établissement hospitalier ainsi que des pièces ayant fondé ces décisions : certificats médicaux initiaux, certificat médical « des 24 heures ».

⁴³ Arrêté du ministre de la santé du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, notamment son article 1^{er} qui dispose : « le fichier peut être créé dans chaque DDASS ».

dans certains départements, tout reposait sur un seul agent administratif de la DDASS (dont le savoir-faire, après plusieurs années d'expérience ne saurait être remis en question) qui adresse sans intermédiaire les propositions d'arrêtés au préfet.

▪ ***En définitive, cette situation ne met pas l'autorité préfectorale en mesure de donner son plein effet à la législation relative aux hospitalisations sans consentement***

C'est tout d'abord le cas en matière d'hospitalisations sur demande d'un tiers. Le simple contrôle formel effectué par la DDASS ne place que très rarement le préfet en situation de transformer une hospitalisation sur demande d'un tiers en une hospitalisation d'office (article L.3213-6 du code de la santé publique) ou de mettre un terme immédiat à une hospitalisation sur demande d'un tiers injustifiée (article L.3212-8 du même code). Au surplus, il n'incite pas le directeur de l'hôpital psychiatrique à lui signaler les cas des personnes susceptibles de relever du régime d'hospitalisation d'office.

Ce constat est notamment problématique en raison des conditions dans lesquelles sont hospitalisées les personnes atteintes de troubles mentaux qui ont nécessité l'intervention des services d'urgence (*cf. supra*). En particulier, la décision d'hospitalisation sur demande d'un tiers, qui émane du directeur du centre hospitalier spécialisé, est aisément réversible puisqu'elle est de droit levée sur simple intervention d'un tiers habilité.

Pourtant, le nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers connaît une forte croissance, sans doute favorisée par l'interprétation parfois très extensive de la notion de tiers⁴⁴ : entre 1992 et 2001, il est passé de 31 000 à 62 900 (soit une augmentation de plus de 100 %), alors que le nombre d'hospitalisations d'office connaissait une croissance moindre (de 6 600 à 9 600, soit une augmentation de près de 45%)⁴⁵. Un récent arrêt du Conseil d'Etat⁴⁶ a confirmé la jurisprudence de la cour d'appel de Nantes en précisant que le tiers doit pouvoir faire état d'un lien de parenté avec le malade ou, à défaut, être en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci. Le juge administratif a invalidé sur ce fondement une mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers, émanant d'un infirmier général représentant le directeur du centre hospitalier.

Un constat comparable peut être dressé en matière d'hospitalisation d'office, l'autorité préfectorale ne disposant en réalité que d'une marge d'action réduite.

Les préfets, dont le pouvoir est justement conditionné par le certificat médical produit au dossier administratif, se plaignent de l'excessive brièveté de la description du comportement de la personne souffrant de troubles mentaux ainsi que des circonstances de la crise. En outre, ce certificat est souvent rendu peu compréhensible par l'emploi de termes médicaux accessibles aux seuls initiés. Certaines expressions psychiatriques prêtent même à confusion, ce qui pose un problème particulier en matière de sorties, qu'elles soient temporaires ou définitives.

⁴⁴ La loi précise que la demande d'admission est présentée soit par la famille, « soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil ». Cette définition a permis de recourir fréquemment au personnel administratif des hôpitaux ou aux travailleurs sociaux. La cour administrative d'appel de Nantes a toutefois considéré qu'une secrétaire, travaillant dans un centre hospitalier spécialisé, ne pouvait être considérée comme une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade, même si la famille et l'assistante sociale du secteur avaient été tour à tour défaillantes (CAA de Nantes – 30 décembre 1999 – MP). En 2002, cette même formation juridictionnelle a renforcé les critères en indiquant que la demande d'admission devait préciser le lien de parenté ou, à défaut, la nature des relations existant entre le malade et l'auteur de la demande. En l'absence de cette précision, la demande doit être considérée comme illégale car contraire à l'article L. 3212-1 du code de santé publique (CAA de Nantes – 7 février 2002 -).

⁴⁵ cf. annexe n°2

⁴⁶ Conseil d'Etat, 3 décembre 2003, *centre hospitalier spécialisé de Caen*, au recueil Lebon.

En outre, le dossier de la personne atteinte de troubles mentaux, instruit et conservé par la DDASS, n'est jamais nourri, à quelques exceptions près, d'informations autres que celles transmises par le maire et le corps médical.

Les sous-préfets signataires, rencontrés par la mission, avouent en majorité s'en remettre essentiellement à la pré-instruction de la DDASS et ne pas disposer du temps et des pièces suffisants pour fonder leur décision. Il en résulte une perte d'efficacité dans la mise en œuvre de la législation relative aux hospitalisations sans consentement. Le sentiment de jouer un rôle de « chambre d'enregistrement » semble être largement partagé.

2.2.2- L'AUTORITE PREFECTORALE ELLE-MEME NE PROCEDE PAS AUX RECOUPEMENTS D'INFORMATIONS QU'ELLE EST EN MESURE DE REALISER, NOTAMMENT EN CE QUI CONCERNE LA POLICE DES ARMES

- ***Les rapports d'intervention des services de police ou de gendarmerie ne sont pas immédiatement disponibles ou ne sont pas exploités***

L'autorité préfectorale est rendue quotidiennement destinataire d'un important volume d'informations émanant des services de police et gendarmerie. La plupart d'entre elles arrivent sous forme de brèves ou de listes d'interventions et sont donc rarement exploitables. Ainsi, en l'absence d'un signalement particulier, les préfetures nourrissent rarement d'elles-mêmes les dossiers d'hospitalisation sans consentement.

A cet égard, la mission note que, seules la préfecture du Val-de-Marne et la préfecture de police, parmi les départements visités, alimentent, avant toute signature, les dossiers des personnes relevant d'une procédure d'hospitalisation d'office en informations puisées à d'autres sources que la DDASS.

A la préfecture de police, les rapports de police sont même systématiquement joints au dossier soumis à la signature du préfet.

A la préfecture du Val-de-Marne, la gestion des hospitalisations sans consentement a été confiée au directeur du cabinet du préfet. Celui-ci est assisté de la direction des actions interministérielles de la préfecture qui vérifie la légalité des projets d'arrêtés envoyés par la DDASS et contacte, en cas de besoin, les services de police. Il arrive aussi que ce directeur se rapproche du médecin-inspecteur de la DDASS afin d'obtenir des informations complémentaires au sujet d'un certificat médical trop stéréotypé, difficilement compréhensible ou insuffisamment étayé. Par ailleurs, il estime que les chefs d'établissement hospitalier doivent être étroitement associés aux décisions de sortie d'essai, de renouvellement ou de levée d'hospitalisation. Partant, il effectue également un contrôle de leur visa.

- ***La situation des personnes atteintes de troubles mentaux au regard de la réglementation sur les armes ne fait pas l'objet d'une vérification complète et satisfaisante***

La tragédie de Nanterre a incité les administrations à reconsidérer leurs procédures pour la mise en œuvre de cette réglementation.

Par télégramme du 8 avril 2002⁴⁷, le ministre de l'intérieur a appelé l'attention des préfets sur les conditions de délivrance des autorisations de détention d'armes. Il leur a demandé notamment de « *procéder à la vérification systématique des autorisations de détention d'armes [...] délivrées au titre du tir sportif ou de la défense, en particulier en consultant, lorsqu'il existe, le traitement informatisé d'informations nominatives géré par la DDASS (fichier HOPSY)* ». Ce télégramme les invite également à demander à la DDASS de leur fournir « *tous les renseignements qu'elle aurait éventuellement en sa possession, à propos des personnes autorisées à détenir une arme* ».

⁴⁷ Télégramme du 8 avril 2002 du ministre de l'intérieur aux préfets (réf. NOR/INT/D/02/00088/C).

Parallèlement et en référence à ce télégramme, le ministre de la santé a diffusé le 3 mai 2002 une circulaire relative à la communication, aux services de la préfecture chargés de la réglementation sur les armes, des informations que les DDASS détiennent⁴⁸.

Cette circulaire rappelle que « *la demande de consultation du fichier HOPSY doit porter sur des demandes nominatives et [que] la consultation doit être opérée par les soins des DDASS, ce qui exclut que les fichiers des personnes hospitalisées sans leur consentement, HOPSY ou manuels, puissent être mis à la disposition des services de la préfecture* ». Elle ajoute également que « *lorsque la demande prend la forme d'une demande de croisement du fichier des personnes hospitalisées sans leur consentement avec des fichiers de détenteurs d'armes [...], ce croisement peut être opéré, sous réserve qu'il soit réalisé par [les DDASS] et que les services de la préfecture n'aient accès qu'aux résultats de ces croisements* ».

Malgré ces instructions, la mission a pu constater, dans les départements qu'elle a visités, que la fluidité des informations, entre la DDASS et le service de la préfecture chargé de la police des armes, était loin d'être parfaite⁴⁹.

En effet, le plus souvent, la DDASS accepte de vérifier les listes nominatives de demandeurs d'autorisation de détention d'armes, envoyées par la préfecture. Cette vérification prend néanmoins plusieurs semaines (un mois dans l'Essonne, une quinzaine de jours dans la Drôme) et n'est pas complètement satisfaisante, les fichiers HOPSY, départementaux, n'étant pas interconnectés et toutes les DDASS n'ayant pas développé l'application HOPSY.

En revanche, la DDASS se refuse habituellement à informer le service de la préfecture en charge de la police des armes de l'identité des personnes qui viennent d'être hospitalisées sans leur consentement afin de vérifier que celles-ci ne détiennent pas d'armes⁵⁰.

En fait, la mission a constaté qu'il existait, à des degrés divers selon les départements, une résistance culturelle des DDASS à communiquer les informations qu'elles détiennent, fussent-elles de nature strictement administratives. En l'espèce, il leur était pourtant demandé, dans le respect du secret professionnel et pour des motifs touchant à la sécurité publique, d'indiquer si une personne était connue de leurs services pour faire ou avoir fait l'objet d'une mesure administrative d'hospitalisation sans consentement.

Elle a également relevé que cette attitude avait été alimentée par les termes mêmes de la circulaire précitée du 3 mai 2002 du ministre de la santé qui rappelait, en préalable, les dispositions de l'article L. 3211-5 du code de la santé publique : « *une personne hospitalisée sans son consentement en raison de ses troubles mentaux conserve ses droits et devoirs de citoyen [...] sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés* », dispositions dont la portée n'était pas précisée.

Depuis lors, aucune consigne nouvelle n'est venue mettre un terme aux divergences d'interprétation de ces deux circulaires constatées sur le terrain.

A cet égard, il convient de noter que la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), saisie en décembre 1998 par le ministère de l'emploi et de la solidarité d'une demande de conseil, a clairement indiqué qu'aucune disposition de la loi du 6 janvier 1978, ni aucune de ses délibérations ne s'opposaient à la consultation des fichiers des personnes hospitalisées d'office par les services de police dans le cadre de la mise en œuvre de la législation sur les armes notamment⁵¹.

⁴⁸ Circulaire DGS/6C n°2002-295.

⁴⁹ La préfecture de police ne connaît pas ce type de difficultés. Les directions concernées – direction de la protection du public et direction de la police générale – échangent en effet leurs informations en la matière.

⁵⁰ Ce circuit d'informations, effectif dans certaines préfectures, a déjà produit des résultats probants. Il devrait être encore plus efficace avec le développement du fichier AGRIPPA, qui agrégera au niveau national l'ensemble des fichiers départementaux des armes.

⁵¹ Avis cité dans le 22^e rapport d'activité 2001 de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

En outre, dans son rapport d'activités 2001, elle confirme que « *le préfet et les services placés sous son autorité chargés d'instruire les demandes de port d'armes sont bien sûr habilités à avoir accès [...] aux informations détenues par les DDASS [...]. La CNIL a autorisé la mise en œuvre de tels fichiers tant par les DDASS pour les personnes hospitalisées d'office que par les préfetures pour les détenteurs d'armes. Les uns et les autres sont bien entendu accessibles au préfet et à ses services compétents*⁵² ».

S'ajoute à cette circonstance le fait que le principe d'une vérification des antécédents psychiatriques des personnes demandant une autorisation de détention d'arme est inscrit dans la loi du 18 mars 2003⁵³. Il n'a néanmoins pas, à ce jour, fait l'objet d'une mise en œuvre, dans l'attente d'un décret en Conseil d'Etat.

2.3- L'effet amplificateur des évolutions de la psychiatrie

2.3.1- LA PSYCHIATRIE A CONNU DE PROFONDES MUTATIONS QUI ONT UN IMPACT DIRECT SUR LES MODALITES DE TRAITEMENT DES PERSONNES HOSPITALISEES SANS LEUR CONSENTEMENT

▪ *Les soins ambulatoires et l'hospitalisation en milieu ouvert sont désormais privilégiés*

Les hospitalisations sous contrainte concernent des personnes atteintes de troubles mentaux qui nécessitent une surveillance et des soins constants au sein de structures spécifiques d'hospitalisation.

Or, la psychiatrie française enregistre depuis plus de vingt ans une réduction de ses moyens et une refonte de sa doctrine. La suppression de nombreux lits d'hospitalisation en psychiatrie⁵⁴ qui en est résulté a conduit à une « *fragilisation du statut des malades les plus gravement atteints, faute de création de structures adéquates* »⁵⁵.

Ce constat a deux conséquences : d'une part, le recours paradoxal aux hospitalisations contraintes pour obtenir plus facilement une place à l'hôpital, d'autre part, l'intensification des sorties d'essai, notamment en période estivale ou lors des fêtes de fin d'année, qui semble assez souvent répondre à des contingences administratives plutôt qu'à de véritables motifs thérapeutiques.

En outre, en établissant un lien résidentiel entre le malade et l'équipe appelée à le prendre en charge, la sectorisation a pu conduire à l'exclusion de personnes sans domicile fixe, en grande fragilité sociale et psychiatrique.

Ainsi, le centre national d'observation de Fresnes, centre d'aiguillage et de transit des détenus de longues peines, a observé l'apparition récente d'une population de jeunes exclus de 16 à 25 ans, auteurs de violences avec actes de torture, qui tuent sous l'influence de produits divers. Cette population, composée de marginaux, squatteurs, polytoxicomanes, inexistante avant la décennie 1990, représente désormais 18 % des détenus transitant par le centre national d'observation. La majorité de ces personnes n'avait jamais été prise en charge, auparavant, par un secteur psychiatrique⁵⁶.

⁵² Dans un avis de 1999, la CNIL a autorisé la consultation des fichiers HOPSY par les services de police et de gendarmerie eux-mêmes.

⁵³ Les personnes ayant de tels antécédents doivent en effet, aux termes de la loi, se soumettre à un examen médical particulier.

⁵⁴ Plus de 50 000 lits ont été supprimés en psychiatrie entre 1980 et 2000.

⁵⁵ Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin – op. cit.

⁵⁶ Rapport d'activité du centre national d'observation de 1999, cité par le rapport IGAS/IGSJ de juin 2001.

▪ **Les sorties d'essai sont devenues des mesures thérapeutiques banalisées**

Les sorties des malades hospitalisés sans leur consentement sont organisées par la loi. Il s'agit des sorties d'essai, d'une durée maximale mais renouvelable de trois mois, et des sorties accompagnées. Elles ressortent de procédures administratives différentes.

Les sorties d'essai sont des mesures thérapeutiques. Elles sont régies par les dispositions de l'article L.3211-11 du code de la santé publique qui les définit comme des « *aménagements de leurs conditions de traitement* ». Elles comportent une surveillance médicale assurée par le secteur psychiatrique compétent⁵⁷.

Elles sont décidées :

- par un psychiatre de l'établissement d'accueil pour les hospitalisations sur demande d'un tiers. Le bulletin de sortie est visé par le directeur de l'hôpital et transmis sans délai au préfet. Le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation en est informé ;
- par le préfet pour les hospitalisations d'office, sur proposition écrite et motivée du psychiatre de l'établissement⁵⁸.

La mission a constaté que de nombreuses personnes, hospitalisées sans leur consentement, sont sous le régime de la sortie d'essai : environ 65 % des hospitalisations d'office relevant de la préfecture de police, 50 % en moyenne dans les autres départements. En 2002, par exemple, la préfecture de police a prononcé 3 870 mesures de sorties d'essai, la préfecture du Val-de-Marne 1 134, celle des Hauts-de-Seine 594, et celle du Calvados 666.

De plus, ces sorties sont renouvelées et peuvent durer plusieurs années. La préfecture de police cite le cas d'un malade mental en sortie d'essai depuis 1968. La sortie de longue durée, tout en maintenant le cadre de l'hospitalisation sans consentement, permet aux médecins de contraindre le malade à suivre le traitement prescrit, par la menace d'une réhospitalisation. Dans les faits, les sorties d'essai jouent donc le rôle d'une obligation de soins.

La généralisation de cette pratique pose des problèmes sur le plan de son suivi, tant administratif que médical. Elle impose de fréquentes vérifications : respect par le patient du traitement, d'un calendrier de consultations médicales, décisions administratives de renouvellement à échéances fixes, assorties d'un certificat médical du médecin psychiatre hospitalier.

Or, le flou domine s'agissant de la surveillance des dates de consultation médicale et il n'existe aucune définition du fugueur. Le malade ne se conformant pas aux conditions de la sortie d'essai n'est pas toujours réintégré à l'hôpital, les médecins n'alertant ni systématiquement, ni immédiatement l'autorité administrative quand le malade ne suit plus son traitement ou ne se présente pas aux rendez-vous médicaux. Souvent, les décisions d'hospitalisation sont même purement et simplement abrogées en cas de fugue.

▪ **La procédure d'autorisation des sorties accompagnées n'est pas toujours respectée**

Les sorties accompagnées ont été instituées par la loi du 4 mars 2002 qui a inséré un article L.3211-11-1 au code de la santé publique. Ces sorties, dont la durée ne peut excéder 12 heures, sont prévues pour motif thérapeutique ou pour accomplir des démarches extérieures. Le patient est accompagné par du personnel de l'établissement. L'autorisation est accordée par le directeur d'établissement après avis

⁵⁷ Le Conseil d'Etat a confirmé la nature thérapeutique de la sortie d'essai en confirmant qu'elle « *est une mesure relevant du traitement du malade hospitalisé et ne constitue pas une décision susceptible de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir* » (arrêt CE – 17 nov. 1997 – CHS d'Erstein).

⁵⁸ Le tribunal des conflits a réaffirmé qu'il « *n'appartient qu'au préfet de prendre, au profit d'une personne ayant fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office à laquelle il n'a pas été mis fin, une mesure de sortie d'essai* » (arrêt CE – 30 mars 1992 – Saulnier).

favorable du psychiatre. Pour les hospitalisations d'office, le directeur d'établissement transmet la demande de sortie au préfet, qui a 48 heures pour se prononcer. Sauf opposition de sa part, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

Selon la préfecture de police, les sorties accompagnées de patients hospitalisés d'office ont représenté environ 1 000 dossiers sur 8 mois en 2002, ce qui n'est pas neutre du point de vue de la sécurité publique. A Bordeaux, l'hôpital spécialisé Charles Perrens a même décidé d'appliquer systématiquement cette procédure pour permettre aux malades de se promener dans le parc de l'hôpital, qui est un jardin public.

Ce dispositif nécessite du personnel d'accompagnement. La plupart des CHS en limite donc spontanément l'usage.

Il reste, comme la mission a pu le constater lors de ses visites dans les départements, que les demandes d'autorisation de sorties accompagnées transmises aux DDASS ne sont pas instruites par celles-ci avec toute l'attention requise, peut-être en raison d'une insuffisance de moyens ou du fait d'une organisation inadaptée. Il apparaît que les personnes en charge de l'instruction des demandes considèrent le délai de 48h comme trop court pour que les autorités administratives réagissent efficacement. La plupart du temps, le préfet n'est donc pas informé des sorties accompagnées. Dans certains départements, l'information ne parvient pas à la DDASS, parfois même la sortie a lieu avant l'écoulement du délai de 48h.

Le président de l'association des établissements gérant des secteurs de santé mentale reconnaît lui-même que les professionnels sont obligés de transgresser la loi en ne respectant pas l'ensemble de la procédure et en prenant de ce fait des risques en terme de sécurité⁵⁹.

▪ ***Les fugues sont fréquentes et conduisent souvent à une levée du dispositif***

Les fugues sont fréquentes, ce qui semble découler directement de la généralisation des sorties d'essai. Elles sont aussi facilitées par l'absence de clôture des pavillons de psychiatrie et par l'interdiction, pour les forces de l'ordre, de garder les détenus pendant leur séjour psychiatrique.

En raison du lien existant entre fugues et sorties d'essai, les équipes médicales tardent parfois à découvrir l'existence des premières. Il peut ainsi s'écouler plusieurs jours, sinon plusieurs semaines, avant que l'alerte ne soit donnée.

Au surplus, la fugue n'étant juridiquement pas définie, des réponses variables lui sont apportées.

En principe, les équipes psychiatriques de l'hôpital, dont dépend le patient, sont les premières informées de sa disparition, que ce dernier ait quitté l'hôpital sans autorisation, ou que, bénéficiant d'une sortie d'essai, il ait cessé tout contact avec l'équipe de secteur qui le suit. Il revient donc en toute logique au personnel soignant de l'hôpital d'engager les premières recherches : appel téléphonique passé au domicile du malade, visite à son habitation ou à celle de ses proches. Dans la réalité, cette démarche n'est pas toujours engagée, ou elle ne l'est qu'avec plusieurs jours de retard.

Seules, quelques préfectures comptabilisent les personnes en fugue et procèdent à leur recherche. A titre d'exemple, la préfecture de police dénombrait plus de 100 personnes en fugue à Paris en avril 2003. Parmi celles-ci, 13 étaient en fugue depuis plus de trois ans, 44 avaient fugué entre 2000 et 2002, et 48 pour la seule année 2003 (cf. annexe 10). En outre, la préfecture de police recherche les malades en fugue et s'appuie pour cela sur une circulaire de 1954, relative à la « recherche des

⁵⁹ Colloque au Sénat – février 2004 – déclaration de Monsieur Bernard Raynal, président de l'association des établissements gérant des secteurs de santé mentale.

malades mentaux évadés des hôpitaux psychiatriques»⁶⁰. Cette circulaire prévoit une obligation d'alerte des pouvoirs publics par les autorités sanitaires et donne au « *commissaire divisionnaire, chef du service régional de police judiciaire* », l'initiative des diffusions et des recherches.

Les équipes soignantes du CHS du Vinatier à Lyon affirment, pour leur part, que les infirmiers vont s'enquérir des fugueurs placés sous le régime de l'hospitalisation sur demande d'un tiers mais avouent ne pas appliquer le même zèle pour les malades hospitalisés d'office, en estimant que ceux-ci relèvent de la responsabilité du préfet.

Les forces de sécurité affirment pourtant n'être pas ou que très peu informées. Si les personnels hospitaliers estiment transmettre immédiatement l'alerte, les forces de police ou de gendarmerie considèrent qu'elles ne reçoivent que des informations parcellaires, avec retard et dans des termes imprécis ne leur permettant pas d'apprécier le degré de dangerosité des fugueurs. Le plus souvent, les renseignements sont insuffisamment appuyés pour justifier une inscription au fichier des personnes recherchées (FPR). En outre, les services de police n'ont pas tous le réflexe d'utiliser ce moyen.

Mais, surtout, la fugue conduit trop souvent à une levée pure et simple de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. C'est pratiquement toujours le cas pour ce qui est des hospitalisations sur demande d'un tiers. La pratique est plus variable s'agissant des hospitalisations d'office : si la préfecture de police et la préfecture du Rhône reconduisent systématiquement les hospitalisations d'office des personnes en fugue, les préfectures de Gironde et des Hauts-de-Seine apprécient les situations au cas par cas, en fonction de la dangerosité de l'individu décrite par le psychiatre.

Ces situations ne sont pas sans poser problème du point de vue de la sécurité publique.

2.3.2- LES CONDITIONS D'ACCUEIL DANS LES UNITES POUR MALADES DIFFICILES POSENT DES DIFFICULTÉS

Les admissions en unité pour malades difficiles (UMD) concernent des patients qui présentent « *pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en oeuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet* »⁶¹. Tous ces patients relèvent d'une hospitalisation d'office et doivent présenter « *un état dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation* »⁶². Les UMD ne sont pas réservées aux seuls détenus, ils y sont d'ailleurs minoritairement représentés (de l'ordre de 12 % pour l'UMD de Sarreguemines en 2000)⁶³.

Les quatre unités actuelles⁶⁴ accueillent en grande majorité des hommes adultes (382 places). 34 places sont réservées aux femmes, à Villejuif et à Montfavet. Aucune UMD n'est en mesure d'accueillir des adolescents dangereux, alors que cette catégorie de malades est en augmentation.

L'admission des malades est prononcée par arrêté du préfet du département d'implantation de l'UMD, sur la base d'un certificat médical détaillant les motifs de la demande d'hospitalisation et d'un engagement signé par le préfet du département d'origine de reprendre le malade à sa sortie.

Le transfèrement est effectué, à l'aller comme au retour, par l'établissement hospitalier de rattachement du secteur psychiatrique qui est à l'origine de la demande d'admission. Cependant, dans

⁶⁰ Circulaire du 30 avril 1954 du ministre de l'intérieur et du ministre de la santé publique et de la population – DHS n°1123/2, reproduite à l'annexe 11.

⁶¹ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, créant les unités pour malades difficiles. L'arrêté du 14 octobre 1986 précise le règlement intérieur de ces établissements.

⁶² Idem.

⁶³ Rapport IGAS/IGSJ – juin 2001- « l'organisation des soins aux détenus ».

⁶⁴ L'établissement de Cadillac en Gironde (86 places), l'UMD Henri-Colin à Villejuif dans le Val-de-Marne (60), celle de Sarreguemines en Moselle (166) et l'UMD de Montfavet dans le Var (84 places).

l'intérêt du malade et à titre exceptionnel, le transfèrement peut être effectué par l'UMD et remboursé par le centre hospitalier d'origine.

En pratique, la responsabilité du transport n'est pas entièrement clarifiée. La situation des détenus soulève le plus de difficultés. Les UMD étant en général éloignées des centres pénitentiaires d'origine, les différentes administrations concernées se renvoient la charge d'assurer le retour des détenus.

Au-delà de ces problèmes de transfert, les UMD se caractérisent par un manque de lits, à l'instar de l'ensemble des structures psychiatriques. Les capacités d'accueil des UMD sont en diminution : de 500 places en 1986, elles sont passées à 416 aujourd'hui. Cette réduction devait être contrebalancée par l'ouverture de nouvelles UMD, qui n'a pas eu lieu.

De ce fait, les délais d'attente pour un séjour en UMD dépassent plusieurs mois : 8 à 9 mois pour Cadillac, 41 jours environ pour Sarreguemines. Seule l'UMD de Villejuif présente un délai inférieur à trois semaines.

La durée de séjour en UMD est longue (7 mois à Cadillac en moyenne en 2000), ce qui est en partie justifié par la gravité des troubles. Toutefois, dans le cas de détenus, la longueur de certains séjours est aggravée par le refus des hôpitaux psychiatriques de reprendre le malade à la sortie de l'UMD. Ainsi, à Cadillac, plusieurs détenus ont dû prolonger leur séjour de 2 à 5 mois de plus, avant de pouvoir être accueillis par leur hôpital d'origine.

2.3.3- LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES DETENUS MANQUE DE STRUCTURES ADEQUATES

La loi du 9 septembre 2002 précitée institue un nouveau régime d'hospitalisation psychiatrique pour les détenus : elle crée des unités spécialement aménagées (UHSA)⁶⁵ et elle ouvre la possibilité d'hospitalisations libres, alors qu'auparavant, l'hospitalisation ne pouvait se dérouler que sous le régime de l'hospitalisation d'office.

- ***La situation psychiatrique des détenus se caractérise par une explosion de la demande de soins***
Actuellement, on estime qu'environ 30 % des détenus souffrent de troubles mentaux, nécessitant une hospitalisation ou un suivi médical constant.

La prise en charge sanitaire est actuellement assurée par 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR)⁶⁶, situés dans un établissement pénitentiaire de niveau régional. Ils sont rattachés à une structure hospitalière publique. 22 d'entre eux disposent de lits.

Il peut être procédé à l'hospitalisation des détenus en raison de leurs troubles mentaux de deux façons :

- si le détenu malade consent aux soins et que ses troubles ne nécessitent pas une hospitalisation constante, il peut être pris en charge au sein du SMPR, pour peu que celui-ci dispose de lits ;
- s'il n'est pas consentant ou si ses troubles psychiatriques sont particulièrement graves, le malade est envoyé à l'hôpital psychiatrique de rattachement, voire en UMD s'il est dangereux. Dans ces deux derniers cas, le détenu est hospitalisé d'office par décision du préfet du département où est implanté l'établissement pénitentiaire⁶⁷. L'envoi en UMD est, par ailleurs, doublé d'un arrêté d'admission pris par le préfet du département d'implantation de l'UMD.

⁶⁵ Article L.3214-1 du code de la santé publique.

⁶⁶ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, qui confie au service public hospitalier la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux.

⁶⁷ Article D. 398 du code de procédure pénale.

En 1994, pour 55 000 détenus, 116 mesures d'hospitalisation d'office ont été prononcées ; en 2000, pour 48 000 détenus, 1 360 cas ont été répertoriés et en 2001, 1451. En sept ans, les hospitalisations d'office ont donc été multipliées par plus de douze⁶⁸.

Cette importante augmentation traduit la présence et le développement de pathologies mentales lourdes au sein des prisons, caractérisé par l'apparition de nouveaux facteurs cumulatifs d'aggravation de la pathologie (toxicomanie, alcoolisme, violences).

▪ ***Les nouvelles unités de soins ne seront pas en place avant plusieurs années***

La loi du 9 septembre 2002, en créant des UHSA, a voulu répondre à cette extension de la demande de soins en milieu carcéral. Or, ces unités ne seront pas mises en place avant plusieurs années.

Un projet a été élaboré par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé. Il prévoit un programme de construction de 27 UHSA et la création de postes (psychiatres et infirmiers) afin de disposer de 800 lits d'hospitalisation. L'une de ces unités aurait une vocation nationale pour accueillir les détenus particulièrement signalés.

Pour l'heure, ce projet n'est pas approuvé. Il nécessite des moyens financiers qui restent à dégager. Il exige aussi que les modalités pratiques d'organisation de la sécurité à l'intérieur et aux abords des UHSA soient définies, ce qui impose de clarifier le rôle des forces de police/gendarmerie et du personnel pénitentiaire en la matière.

▪ ***Les modalités de l'extraction des détenus envoyés en hôpitaux spécialisés ne sont pas normalisées***

L'hospitalisation des détenus reste largement obérée par l'insuffisante clarification des rôles et responsabilités respectives des forces de l'ordre et du personnel de l'administration pénitentiaire sur les conditions de garde et d'escorte des détenus. Actuellement, les situations sont réglées au cas par cas et reposent sur la qualité des relations qu'entretiennent les directeurs d'établissement pénitentiaire avec les responsables départementaux de la sécurité.

L'article L.3214-5 du code de la santé publique, inséré par la loi du 9 septembre 2002, précise que « les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat ». En mai 2004, ce texte n'est toujours pas paru du fait notamment d'arbitrages difficiles sur la définition des modalités d'escorte entre police, gendarmerie et administration pénitentiaire.

Par ailleurs, le statut juridique des détenus hospitalisés en psychiatrie est imprécis et pose de sérieux problèmes de fonctionnement aux établissements spécialisés dans lesquels ils sont accueillis. En effet, alors que pour toute consultation médicale externe à l'établissement carcéral ou toute hospitalisation autre que psychiatrique, le code de procédure pénale (CPP) précise les conditions de sécurité à mettre en place afin que les détenus soient escortés et gardés, cette possibilité est exclue expressément dans le cas de l'hospitalisation psychiatrique.

L'article D.398 du CPP, qui vise spécifiquement les hospitalisations de détenus en raison de leurs troubles mentaux, précise en son alinéa 3 : « il n'est pas fait application [à l'égard de ces malades] de la règle posée au second alinéa de l'article D.394 concernant la garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation ».

En fait, le code de procédure pénale n'a pas pris en compte les évolutions fonctionnelles de la psychiatrie et continue à se fonder sur le postulat qu'un établissement psychiatrique est fermé et sécurisé et qu'il ne nécessite donc pas de garde du détenu.

⁶⁸ Source : administration pénitentiaire – enquête 2003.

En l'occurrence, cette lacune favorise les évasions pendant le séjour à l'hôpital et encourage, par là même, certains détenus à simuler des troubles mentaux pour profiter de l'hospitalisation en vue de s'évader. Il se produit, en moyenne, une vingtaine d'évasions par an au cours d'hospitalisations psychiatriques⁶⁹.

En outre, les hospitalisations d'office sont brèves car les centres hospitaliers ne sont pas en mesure de garder les détenus dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Il arrive ainsi fréquemment que les intéressés soient placés pendant leur séjour à l'hôpital en chambre d'isolement, ce qui rend paradoxalement les conditions de leur séjour plus difficiles qu'en milieu carcéral.

Enfin, les malades sont confrontés à une rupture de leur suivi médical en fin de peine. En effet, la majorité des détenus ne sont pas résidents du département où est implanté leur centre de détention. A leur libération, il leur revient de contacter un nouveau médecin, sans obligation, et le signalement de leurs cas au secteur psychiatrique de leur domicile n'est pas systématique.

⁶⁹ Ainsi, en 2000, 18 évasions se sont déroulées lors d'un séjour psychiatrique contre 2 en hospitalisation somatique et 1 lors d'une consultation médicale (rapport IGAS/IGSJ – op. cit.). Tout récemment, le 7 mars 2004, deux personnes, considérées par la police comme « très dangereuses », se sont enfuies de l'UMD de Montfavet en prenant en otage un infirmier. Le lendemain, 8 mars, c'est un détenu qui s'est évadé lors d'un examen médical à l'hôpital Cochin.

3- UN DISPOSITIF A PARFAIRE : LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

Cent soixante cinq ans d'évolution législative ont conduit à un dispositif complexe mais subtil dans sa recherche d'équilibre, contesté au plan des principes et pourtant difficile à réformer. Les expériences anglaise et italienne, quoique conformes au droit international et en particulier aux normes ou recommandations issues du Conseil de l'Europe, sont loin d'être identiques ; leur étude met en lumière certains des intérêts du dispositif français ainsi que la nécessité d'aborder la question avec pragmatisme, loin de toute posture idéologique.

L'enquête de terrain a révélé l'existence de disparités fortes entre départements dans la mise en œuvre des articles du code de la santé publique relatifs aux hospitalisations sous contrainte. Il en ressort néanmoins, de façon globale, d'importantes difficultés d'application du dispositif existant : recours confus aux différents régimes d'hospitalisation sous contrainte, difficultés d'intervention sur les lieux de la manifestation publique de la crise, insuffisante prise en compte de certains enjeux de sécurité (armes, sorties d'essai, fugues...).

Forte de ces constats, la mission a élaboré une série de propositions destinées à clarifier la logique du dispositif juridique, à faciliter le travail des acteurs de terrain, à renforcer la prise en compte des impératifs de sécurité publique tout en accroissant les garanties apportées aux malades ou présumés malades. Le champ de ces propositions dépasse inévitablement le strict domaine des hospitalisations d'office décidées par les préfets, en raison de l'interdépendance des sujets tant sur le plan théorique que pratique.

3.1- Donner plus de cohérence au dispositif des hospitalisations sous contrainte

L'enquête de terrain a révélé l'existence d'une certaine confusion, au stade de la primo-orientation des malades, entre les deux régimes d'hospitalisation sous contrainte. Les finalités mêmes de chacun des deux régimes apparaissent parfois méconnues. Les propositions qui suivent ont pour objet de clarifier leur articulation.

3.1.1- INSTAURER DES MESURES INITIALES D'HOSPITALISATION ET UNE PHASE D'OBSERVATION DE 72 HEURES MAXIMUM

Il s'agit de faire précéder la décision administrative d'hospitalisation sous contrainte, quelle qu'elle soit, de l'établissement d'un véritable diagnostic psychiatrique. La pertinence de la voie d'hospitalisation présélectionnée pourrait dès lors être vérifiée et les garanties des malades renforcées.

Sur le terrain, les médecins critiquent en effet l'excessive rapidité de la phase amont du processus d'hospitalisation sous contrainte. Dans de nombreux cas, un seul certificat, émanant au surplus d'un médecin généraliste, intervient avant le placement en centre hospitalier spécialisé. Ce certificat est le plus souvent descriptif d'un comportement ou d'un trouble ; il ne s'agit en aucun cas d'un diagnostic précis, que seule une phase d'observation plus longue et moins proche de la survenance de la crise rendrait possible. En outre, les médecins rencontrent des difficultés, à ce stade, pour distinguer clairement les troubles résultant de la prise de substances qui altèrent le comportement (médicaments, alcool, drogues) de ceux qui révèlent des troubles mentaux caractérisés.

Le délai de 72 heures serait entendu comme un délai maximum : il pourra être beaucoup plus bref pour les cas les plus évidents, les cas connus ou les personnes qui, par leur comportement violent, poseraient des problèmes difficilement surmontables au sein d'unités d'observation. En outre, il convient de ne pas prolonger inutilement l'observation après l'établissement d'un diagnostic de défaut de pathologie psychiatrique justifiant l'hospitalisation sous contrainte (Cour européenne des droits de l'homme, *arrêt R.L. et M.-J.D. c. France*, 19 mai 2004).

Cette phase d'observation pourrait se dérouler dans des lieux divers (urgences générales ou urgences psychiatriques, CHU ou CHS), de façon à ne pas bouleverser outre mesure l'organisation sanitaire existante.

Le passage systématique de tous les patients en phase d'observation nécessite de prévoir un statut juridique contraignant.

► Les décisions initiales d'hospitalisation⁷⁰ sous contrainte du maire, du préfet et du directeur d'hôpital deviendraient toutes les trois des mesures valables 72 heures maximum. Celles qui seraient prononcées par le maire et le préfet seraient des "décisions initiales d'hospitalisation d'office", celles qui seraient prononcées par le directeur d'hôpital seraient des "décisions initiales d'hospitalisation sur demande d'un tiers".

Une simple décision d'admission du directeur d'hôpital, valable pour toutes les catégories de patients et prononcée au vu d'un certificat médical, est préconisée par nombre d'auteurs. Elle présente pourtant l'inconvénient de remettre un « pouvoir d'emmener » très large entre les mains d'un nombre important de responsables peu familiers des questions touchant à la sécurité des personnes et à l'ordre public.

A l'inverse, l'intervention du seul préfet de département pour décider de l'ensemble des mesures initiales présenterait l'inconvénient de le faire statuer sur des situations strictement sanitaires et privées dont il n'a pas *a priori* à connaître.

Il est donc proposé de conserver la diversité des intervenants actuels. Le maire (les commissaires de police à Paris) et le préfet prendraient les décisions initiales d'hospitalisation d'office valables 72 heures maximum. Le directeur d'hôpital prononcerait les décisions initiales d'hospitalisation sur demande de tiers.

Traduction textuelle : limiter à 72 heures les mesures prévues aux articles L.3212-1, L.3213-1 et L.3213-2 du code de la santé publique, qui deviennent des mesures initiales d'hospitalisation.

► L'instauration d'une phase d'observation et de diagnostic de 72 heures maximum permettrait l'établissement, par un psychiatre, d'un certificat médical.

A l'heure actuelle, les médecins psychiatres n'interviennent, dans la plupart des cas, qu'après le prononcé de la décision d'hospitalisation sous contrainte, dans les 24 heures suivant l'admission en unité psychiatrique, afin de confirmer ou d'infirmer la nécessité de la mesure prise.

Cette relative faiblesse de l'expertise médicale est régulièrement contestée.

La mission propose donc que la phase d'observation de 72 heures débouche sur l'établissement, par un psychiatre, d'un certificat médical ayant valeur de diagnostic.

L'évaluation des troubles mentaux de la personne hospitalisée sous contrainte pour 72 heures serait ainsi plus précise, et l'analyse de la dangerosité de son comportement en termes de sûreté des personnes et de protection de l'ordre public plus fiable. En outre – et cet argument n'est pas le moindre – les droits des personnes seraient mieux garantis puisque des hospitalisations non justifiées pourraient être plus facilement détectées et, dès lors, non prorogées.

⁷⁰ Les « décisions initiales d'hospitalisation » désignent les premières mesures prises par des autorités administratives dans des situations précisées par les textes, qui peuvent correspondre à une crise ponctuelle ou à des troubles mentaux connus faisant l'objet d'une intervention programmée.

Traduction textuelle : mention de l'exigence d'un certificat médical établi par un médecin psychiatre dans les articles du code de la santé publique régissant les mesures prises à l'issue de la phase d'observation.

Dès lors, trois types de mesures initiales d'hospitalisation, valables 72 heures, pourraient coexister :

- Les mesures prises par le maire (commissaire de police à Paris) seraient les plus courantes pour les cas de personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (reprise des critères de l'actuel article L.3213-1 du code de la santé publique). La production d'un certificat médical serait toujours requise (il pourrait néanmoins être rédigé par le médecin traitant sans nouvel examen du patient, cette hypothèse remplaçant la clause de « notoriété publique »). La mesure du maire pourrait toutefois faire l'objet d'une levée anticipée, prononcée par le représentant de l'Etat dans le département (ou, à Paris, par le préfet de police).

Traduction textuelle : réécriture de l'article L.3213-2 qui serait numéroté L.3213-1.

- En cas de nécessité, le préfet pourrait intervenir, en lieu et place du maire, sur les mêmes critères et pour la même durée.

Traduction textuelle : réécriture de l'article L.3213-1 qui serait numéroté L.3213-2.

- Les mesures prononcées par le directeur d'établissement seraient prises sur le fondement d'un certificat médical et de la demande d'un proche. La décision d'hospitalisation sur demande d'un tiers ne serait valable que 72 heures. La procédure d'urgence en matière d'hospitalisation sur demande d'un tiers serait supprimée.

Traduction textuelle : suppression de l'article L.3212-3 ; suppression d'un des deux certificats médicaux requis à l'article L.3212-1 et réécriture en conséquence de l'article.

► L'instauration d'une phase d'observation et de diagnostic de 72 heures maximum serait aussi l'occasion, pour la DDASS, d'approfondir son analyse des situations individuelles.

A l'heure actuelle, la DDASS n'opère qu'un contrôle formel des dossiers d'hospitalisation sur demande d'un tiers, après signature de la décision par le directeur d'hôpital. Au surplus, elle n'alimente que rarement les dossiers d'hospitalisation d'office qu'elle soumet à la signature du préfet, au moyen d'éléments médicaux complémentaires ou d'éléments extra médicaux (antécédents notamment).

L'instauration d'une phase de diagnostic plus longue peut être pour elle l'occasion d'améliorer les conditions et la plus-value de son intervention. La DDASS pourrait initier un dialogue avec l'équipe médicale de l'hôpital et du secteur. Une recherche administrative d'éventuels antécédents rapprochés dans le temps deviendrait matériellement possible et pourrait donc également être effectuée, notamment grâce à l'outil informatique dont elles disposeraient (*voir infra*).

3.1.2- MIEUX ARTICULER LES PRINCIPAUX REGIMES JURIDIQUES EN INSTITUANT UNE OBLIGATION DE SOINS DISTINCTE DE L'HOSPITALISATION CONTRAINTE

A l'issue de la période d'observation, les personnes concernées par des mesures initiales d'hospitalisation pourraient :

- faire l'objet d'une nouvelle mesure de contrainte ;
- repartir chez elles ou se faire hospitaliser librement dans les autres cas.

Reste à préciser les critères devant être réunis pour le prononcé de mesures de contrainte et le type de mesures de contrainte qu'il serait opportun de retenir, eu égard aux limites théoriques et pratiques des dispositifs actuels.

En particulier, il convient de prolonger, en aval du diagnostic délivré au cours de la phase d'observation, la volonté d'améliorer l'orientation des malades en fonction de la nature de leurs troubles et de la dangerosité de leur comportement. Cela passe par la réactivation ou l'instauration de passerelles entre les différents régimes juridiques proposés.

Au surplus, il apparaît opportun de prendre en compte les critiques adressées à l'actuel régime d'hospitalisation sur demande d'un tiers.

► Le régime de l'hospitalisation d'office resterait inchangé.

Les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, continueraient de faire l'objet d'une décision d'hospitalisation d'office prononcée par le préfet⁷¹.

Traduction textuelle : nouvel article du code de la santé publique (au sein d'un nouveau chapitre consacré aux hospitalisations d'office).

► Le régime d'hospitalisation sur demande d'un tiers serait supprimé. Une obligation de soins le remplacerait.

Les personnes atteintes de troubles mentaux rendant impossible leur consentement, imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale, pourraient faire l'objet d'une décision d'obligation de soins, prononcée par le directeur d'hôpital, sur demande d'un tiers ou, à défaut de tiers, par le juge civil sur saisine du directeur d'hôpital⁷².

La décision d'obligation de soins serait assortie d'une durée précise (encadrée par la loi), contiendrait un protocole thérapeutique et prévoirait un réexamen régulier de la situation du patient.

L'introduction du juge civil dans la procédure apporterait une solution aux cas de personnes isolées et ouvrirait aux tiers réticents la possibilité de ne pas s'engager dans une démarche coercitive susceptible d'altérer leur relation de confiance avec le malade.

En outre, l'obligation de soins, à la différence de l'hospitalisation contrainte, pourrait se traduire par une hospitalisation ou se décliner sous un mode ambulatoire. Les tiers conserveraient néanmoins un rôle important dans le dispositif, afin d'éviter un encombrement brutal des tribunaux et de perpétuer une implication des familles.

Les personnes hospitalisées au titre de l'obligation de soins bénéficieraient des possibilités de sorties d'essai ou de sorties accompagnées de courte durée, telles que définies aux articles L.3211-11 et L.3211-11-1 de l'actuel code de la santé publique.

La sanction du non respect d'une obligation de soins prévue sous un mode ambulatoire serait une hospitalisation immédiate, sur décision de l'auteur de la décision d'obligation de soins (juge civil ou directeur d'hôpital). Au bout de 48 heures, le malade ne s'étant pas présenté à l'hôpital serait considéré comme fugueur (*cf. infra*).

⁷¹ Les « décisions d'hospitalisation d'office » succèdent, dans la terminologie proposée, aux « décisions initiales d'hospitalisation d'office » évoquées *supra*, lorsque le diagnostic médical établi lors de la phase d'observation ne modifie pas l'orientation première du malade.

⁷² La décision d'« obligation de soins » succède, quant à elle, à l'« hospitalisation sur demande d'un tiers » lorsque les critères nécessaires à son prononcé sont réunis.

Traduction textuelle : nouvel article du code de la santé publique (au sein d'un nouveau chapitre consacré à l'obligation de soins).

► Les régimes de l'hospitalisation d'office et de l'obligation de soins ne connaîtraient aucune superposition, même partielle.

Les deux régimes d'hospitalisation sous contrainte actuels se superposent partiellement. Les individus respectant les critères de l'hospitalisation d'office peuvent en effet faire l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, dès lors que les textes n'excluent pas expressément l'application de ce régime aux personnes dont les troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Cette confusion est problématique. Les personnes hospitalisées sur demande d'un tiers échappent à la sphère de compétence du préfet, notamment en ce qui concerne leurs sorties.

Il est donc proposé de bien délimiter les champs des deux nouveaux régimes : les personnes dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public seraient expressément exclues du régime de l'obligation de soins.

Traduction textuelle : le nouvel article du code de la santé publique définissant l'obligation de soins contiendrait l'idée selon laquelle « les personnes atteintes de troubles mentaux rendant impossible leur consentement, imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale, ne compromettant pas la sûreté des personnes et ne portant pas atteinte, de façon grave, à l'ordre public, peuvent faire l'objet d'une décision d'obligation de soins, prononcée par le directeur d'hôpital, sur demande d'un tiers ou, à défaut de tiers intéressé, par le juge civil sur saisine du directeur d'hôpital ».

► La suppression de toute possibilité de superposition concernerait aussi, bien entendu, les décisions initiales d'hospitalisation.

Traduction textuelle : l'article L.3212-1 nouveau du code de la santé publique préciserait qu'une personne atteinte de troubles mentaux ne pourrait faire l'objet d'une décision initiale d'hospitalisation sur demande d'un tiers que si ses troubles rendent impossible son consentement, imposent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale, ne compromettent pas la sûreté des personnes et ne portent pas atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

► Afin d'améliorer l'orientation des malades, la transformation d'une hospitalisation d'office en une obligation de soins serait rendue possible.

Les personnes, ayant bénéficié d'une levée de l'hospitalisation d'office mais dont les troubles mentaux rendent impossible le consentement et qui nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale, pourraient faire l'objet d'une décision d'obligation de soins, sur la base d'un certificat médical délivré par un psychiatre de l'établissement au sein duquel l'hospitalisation s'est déroulée, prononcée par le directeur d'hôpital sur demande d'un tiers ou le juge civil sur saisine du directeur d'hôpital⁷³.

Traduction textuelle : nouvel article du code de la santé publique (au sein d'un nouveau chapitre consacré à l'hospitalisation d'office).

⁷³ Dans ce cas, un seul et même certificat pourrait fonder la levée de l'hospitalisation d'office et le prononcé de l'obligation de soins.

► Il semble aussi nécessaire de permettre la transformation d'une obligation de soins en une hospitalisation d'office.

A l'heure actuelle, la possibilité de passage d'une hospitalisation sur demande d'un tiers à une hospitalisation d'office, sur décision préfectorale, prévue aux articles L.3213-6 et L.3212-9, est rarement utilisée. Elle ne peut en effet être enclenchée que sur information préalable du préfet, information qui fait très souvent défaut.

Il est proposé de maintenir la possibilité de transformation d'une obligation de soins en une hospitalisation d'office.

En cas de décision d'obligation de soins prise par le directeur d'hôpital, le dispositif s'inspirerait de l'actuel article L.3213-6 du code de la santé publique. Un renforcement de la capacité d'analyse des DDASS est à ce titre préconisé.

En cas d'obligation de soins sur décision judiciaire, l'initiative du changement de régime émanerait du préfet par le prononcé d'une décision d'hospitalisation d'office lorsque les troubles mentaux de la personne compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sur la base d'un certificat médical circonstancié. La décision d'hospitalisation d'office serait alors transmise au juge pour suspension de l'obligation de soins.

Traduction textuelle :

- réécriture de l'article L.3213-6, nouveaux articles.

- instruction des ministres chargés de l'intérieur et de la santé aux préfets et aux DDASS.

3.1.3- SUPPRIMER LES INCOHERENCES DU REGIME D'HOSPITALISATION DES PERSONNES DANGEREUSES A L'ENCONTRE DESQUELLES LES POURSUITES PENALES ONT ETE ABANDONNEES

La législation actuelle ne précise pas les modalités de l'hospitalisation consécutive à l'application des articles L.122-1 du code pénal et L.3213-7 du code de la santé publique. S'il est dit qu'il est mis fin à l'hospitalisation sur décision de deux psychiatres extérieurs à l'établissement attestant que l'individu n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui, la possibilité de sorties d'essai (comme de sorties accompagnées) n'est pas clairement ouverte (et, de ce fait, leurs modalités ne sont pas définies) et la fréquence des examens médicaux obligatoires n'est pas précisée.

Dans ce contexte, les acteurs semblent appliquer le régime de l'hospitalisation d'office classique, sans garantie juridique. Il importe donc de préciser l'ensemble du régime d'hospitalisation d'office visant les personnes ayant bénéficié de l'article L.122-1 du code pénal. Les règles correspondantes pourraient faire l'objet d'un nouveau chapitre du code de la santé publique, à l'instar de ce qui a été fait pour les détenus par la loi du 9 septembre 2002.

► Afin de parfaire le diagnostic psychiatrique préalable à l'hospitalisation d'office de ces personnes, le préfet prononcerait d'abord une mesure initiale d'hospitalisation, valable 72 heures maximum, sur la base d'un certificat médical de moins de 15 jours attestant de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Traduction textuelle : nouvel article du code de la santé publique.

► A l'issue de cette phase d'observation, le préfet prononcerait, en cas de confirmation du premier certificat médical par un psychiatre, une décision d'hospitalisation d'office.

Traduction textuelle : nouvel article ; suppression de l'article L.3213-7 du code de la santé publique.

► La levée de l'hospitalisation serait acquise sur décision préfectorale, sur la proposition de deux psychiatres, et non plus sur la décision de deux psychiatres.

Si l'intervention de deux spécialistes au lieu d'un seul semble légitime au vu du profil particulier des personnes concernées et de leur dangerosité présumée, l'exclusion en droit de l'autorité préfectorale du processus de décision de sortie apparaît peu compréhensible. Un dialogue constructif entre praticiens et personnes chargées du maintien de la sécurité publique semble en effet approprié dans ce genre de situations.

Traduction textuelle : nouvel article ; suppression de l'article L.3213-8 du code de la santé publique.

► la possibilité de sorties d'essai serait reconnue et leurs règles seraient alignées sur celles des sorties définitives (proposition de deux psychiatres, décision du préfet).

Traduction textuelle : nouvel article

► Comme pour les hospitalisations d'office classiques, des examens médicaux périodiques seraient prévus.

Ils pourraient n'être réalisés que par un psychiatre ; l'intervention de deux praticiens ne serait dès lors requise que lorsque le psychiatre « habituel » envisage une sortie, qu'elle soit d'essai ou définitive.

Traduction textuelle : insertion d'un nouvel article.

3.1.4- AMENAGER LES REGIMES D'HOSPITALISATION DES DETENUS ATTEINTS DE TROUBLES MENTAUX AFIN DE MIEUX PROTEGER L'ORDRE PUBLIC

L'article L.3214-1 du code de la santé publique dispose que l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux, est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

Le régime transitoire prévu à l'article 48-II de la loi du 9 septembre 2002, en reconduisant le dispositif existant au moment du vote (hospitalisation des détenus dans les SMPR ou les hôpitaux classiques), est source de difficultés qu'il importe de faire cesser au plus vite en raison de leur impact en termes de protection de l'ordre public en général.

D'autres aspects des régimes d'hospitalisation des détenus méritent également des adaptations.

► Modifier le régime transitoire en vigueur, dans l'attente de l'ouverture des UHSA.

La plupart des détenus dont les troubles mentaux justifient une hospitalisation continuent d'être hospitalisés dans des CHS classiques, de plus en plus ouverts. La question de la surveillance de ces malades se pose donc tant que le dispositif d'UHSA ne sera pas devenu opérationnel.

C'est pourquoi, il importe de prévoir les modalités spécifiques de surveillance de ces personnes et de supprimer ainsi l'interdiction de garde formulée à l'article D.398 du CPP.

Traduction textuelle : suppression de l'article D.398 du CPP, modification des articles D.391, D.392 et D.394.

► Préciser les modalités de transport et d'escorte entre la prison et les unités d'hospitalisation psychiatrique.

L'article L.3214-5 du code de la santé publique précise que les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Cet article n'a pas encore reçu de concrétisation.

Les modalités du transport des détenus entre la prison et les unités hospitalières de psychiatrie méritent pourtant d'être précisées : véhicule sanitaire accompagné de personnels de l'administration pénitentiaire à l'aller ; transport assuré par la seule administration pénitentiaire au retour.

Selon les cas (situation géographique de l'établissement pénitentiaire, gravité des troubles affectant le détenu), le transfèrement peut avoir lieu vers le centre hospitalier de proximité, l'UHSA de rattachement ou une UMD. Le décret d'application de l'article L.3214-5 devra prévoir l'ensemble de ces cas de figure.

Traduction textuelle : édicton du décret prévu à l'article L.3214-5 du code de la santé publique.

3.2- Faciliter le travail des acteurs de terrain

3.2.1- RENFORCER LE ROLE DU MAIRE DANS LE DISPOSITIF

► Les décisions initiales en matière d'hospitalisation d'office pourraient relever principalement du maire, le préfet n'intervenant qu'à titre subsidiaire.

Dans les faits, l'intervention du maire, sur la base de l'article L.3213-2 du code de la santé publique, est prépondérante en matière d'hospitalisation d'office.

Cette situation ne doit rien au hasard. Elle résulte du rôle dévolu au maire en matière de sécurité publique sur le territoire de sa commune. Ses pouvoirs se sont progressivement renforcés, en particulier à travers les missions de la police municipale et les engagements transcrits dans les contrats locaux de sécurité ou la commission locale de sécurité et de prévention de la délinquance. Le maire est ainsi devenu un acteur de premier plan, incontournable de surcroît, en matière de sécurité.

Il est proposé de traduire juridiquement cette tendance, de façon à favoriser un règlement de situations parfois délicates au plus près du terrain. Le maire serait détenteur de la compétence de principe en matière de mesures initiales d'hospitalisation d'office, valables 72 heures. Sa compétence cesserait donc d'être limitée aux cas de danger imminent compromettant la seule sûreté des personnes.

Deux autorités distinctes interviendraient donc successivement aux deux premières étapes de la procédure d'hospitalisation d'office : le maire, pour le prononcé des mesures initiales, le préfet, pour le prononcé de la mesure d'hospitalisation d'office proprement dite. Cette architecture mettrait le dispositif français en conformité avec les orientations du Conseil de l'Europe : l'autorité qui enclenche la procédure doit être, dans la mesure du possible, distincte de celle qui la confirme.

Le préfet n'interviendrait plus, au stade des mesures initiales, qu'en cas d'abstention du maire. Cette règle, relevant de la police administrative spéciale relative aux personnes hospitalisées d'office, ne correspondrait pas à l'intervention par carence prévue au code général des collectivités territoriales. Elle serait appliquée avec un minimum de formalisme et de délai.

Traduction textuelle : modification des articles L.3213-1 et L.3213-2 du code de la santé publique.

3.2.2- INSTITUER UNE PROCEDURE D'ALERTE

► En amont, un rôle d'alerte mérite d'être reconnu aux psychiatres de secteur au sujet des malades qu'ils connaissent.

Le premier certificat, celui qui fonde les mesures initiales d'hospitalisation, pourrait n'être qu'un « avis médical », au sens de la loi de 1990, c'est-à-dire un certificat émanant d'un psychiatre ou d'un généraliste connaissant suffisamment le patient pour ne pas avoir à procéder à son examen.

Cette possibilité existe déjà en ce qui concerne les médecins généralistes. Elle est, en revanche, peu praticable s'agissant des psychiatres de secteur. Les textes interdisent, en effet, expressément l'édition du premier certificat par les médecins du futur établissement d'accueil du malade. Or, les psychiatres de l'établissement sont, en principe, ceux du secteur, pour peu que l'individu ait vocation à être hospitalisé dans l'unité psychiatrique de son secteur.

Il y a donc lieu de repenser la nature des certificats exigés en amont de la mesure initiale d'hospitalisation de 72 heures, afin de conférer un véritable rôle d'alerte au psychiatre de secteur et de prendre en compte l'introduction d'un nouveau certificat obligatoire au niveau de la phase d'observation.

Dans un souci de simplification et afin de ne pas créer des situations inextricables dans les zones à faible densité médicale, une architecture simple pourrait prévaloir. L'ensemble des nouveaux régimes pourrait se bâtir autour de trois certificats :

- le premier, qui fonde les mesures initiales d'hospitalisation ;
- le deuxième, établi pendant la phase d'observation de 72 heures ;
- le troisième, 24 heures après le prononcé de la mesure définitive.

Le premier certificat pourrait être le fait d'un médecin (y compris le psychiatre de secteur), tandis que les deux derniers seraient obligatoirement établis par un ou deux psychiatres. Un même médecin ne pourrait pas être à l'origine de plus de deux certificats sur les trois requis.

Traduction textuelle : modification des articles L.3212-1, L.3213-1, L.3213-2.

3.2.3- PERMETTRE L'ACCÈS AU DOMICILE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES INITIALES D'HOSPITALISATION D'OFFICE

Il y a lieu de permettre à l'auteur de la décision initiale (maire ou préfet) de saisir le juge des libertés et de la détention pour l'obtention d'une autorisation d'accès au domicile des personnes récalcitrantes. Les services de police et de gendarmerie seraient les destinataires de cette autorisation, qui serait délivrée au vu du certificat médical⁷⁴ ayant fondé la mesure provisoire, du constat que l'intéressé a refusé de se rendre à l'hôpital et du refus de celui-ci d'autoriser l'accès à son domicile des forces de l'ordre et/ou des ambulanciers.

Traduction textuelle : modification des articles L.3213-1 et L.3213-2 du code de la santé publique.

3.2.4- CLARIFIER LES RESPONSABILITES EN MATIERE DE TRANSPORT EN IMPLIQUANT LES EQUIPES SANITAIRES

Le principe selon lequel il n'appartient pas aux forces de l'ordre de transporter elles-mêmes les malades doit être posé.

En outre, le transport doit être assuré par des transporteurs sanitaires, à bord de véhicules adaptés, ce qui évitera les escortes aujourd'hui pratiquées par les services de police ou de gendarmerie. Ces escortes ne sont, en effet, que le corollaire dispendieux d'une prise en charge initiale insuffisante.

⁷⁴ Ce certificat pourrait être établi par le médecin traitant, sans qu'un examen préalable du patient soit requis.

Au moment de la publication du présent rapport, le projet de loi relatif à la politique de santé publique précisait le principe de l'intervention d'un transporteur sanitaire agréé (article 64, avant transmission à l'assemblée nationale pour deuxième lecture, insérant un article L.3222-1-1 au code de la santé publique) pour les personnes hospitalisées d'office ou sur demande d'un tiers.

Sur cette base, plusieurs avancées pourraient intervenir.

► La responsabilité, en matière de transport, des établissements assurant le service public hospitalier mériterait d'être clairement inscrite dans la loi.

Traduction textuelle : ajout d'un nouveau membre de phrase à l'article L.3221-1-1 nouveau prévu dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique.

► Ce principe trouverait une déclinaison dans une circulaire nationale puis dans l'élaboration, à l'initiative des préfets, de protocoles départementaux d'intervention.

L'intervention d'équipes et de véhicules sanitaires ne peut être organisée de manière uniforme sur l'ensemble du territoire national. Des protocoles locaux de répartition des rôles semblent plus adaptés à des réalités locales très changeantes et disparates.

Une circulaire conjointe des ministères chargés de la santé, de la défense et de l'intérieur fixerait les principes fondamentaux de ces protocoles :

- le premier transport, vers les urgences le plus souvent, serait de la responsabilité de l'hôpital vers lequel les patients sont initialement emmenés. Il appartiendrait aux acteurs locaux d'aménager ce principe en fonction des circonstances (rôle des ambulanciers privés en particulier) ;
- ce premier transport, effectué par un transporteur sanitaire agréé, devrait s'effectuer dans un véhicule adapté au transport de malades potentiellement agités. S'agissant de la préfecture de police de Paris, il importerait qu'elle s'équipe de façon à éviter l'acheminement de ces personnes à bord de véhicules de police ;
- le SAMU, au titre de ses missions de régulation, serait contacté par l'hôpital confronté à une indisponibilité ponctuelle de ses moyens (ou par les ambulanciers privés en cas de convention entre l'hôpital et ces derniers). Le SAMU devrait alors assurer la présence d'un véhicule de secours dans un délai minimum ;
- les transports secondaires, c'est-à-dire entre unités hospitalières, seraient de la responsabilité d'un des centres hospitaliers concernés.

Les sapeurs-pompiers pourraient être appelés par le centre 15 en cas de carence des ambulances de l'hôpital ou de celles du secteur privé. Leur intervention ferait alors l'objet d'une facturation, en application de l'article 124 de la loi dite « démocratie de proximité »⁷⁵ du 27 février 2002. Il s'agit de restreindre, par un moyen dissuasif, le recours aux sapeurs-pompiers pour des missions ne rentrant pas dans leur « cœur de métier »⁷⁶.

⁷⁵ L'article 124 de cette loi contenait : « Les interventions effectuées par les services d'incendie et de secours à la demande de la régulation médicale du centre 15, lorsque celle-ci constate le défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés, et qui ne relèvent pas de l'article L.1424-2, font l'objet d'une prise en charge financière par les établissements de santé, sièges des services d'aide médicale d'urgence. Les conditions de cette prise en charge sont fixées par une convention entre le service départemental d'incendie et de secours et l'hôpital siège du service d'aide médicale d'urgence, selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de la sécurité sociale. »

⁷⁶ Lesquelles sont définies, à l'article L.1424-2 du code général des collectivités territoriales, comme « les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation ».

Traduction textuelle : circulaire nationale, protocoles locaux par département.

3.2.5- METTRE UN TERME A L'EXTRA TERRITORIALITE DES AERODROMES DE ROISSY-CHARLES-DE-GAULLE ET LE BOURGET

Les raisons du rattachement partiel de ces aéroports à la préfecture de police pour la mise en œuvre des mesures provisoires en matière d'hospitalisation d'office n'apparaissant pas clairement, il est proposé de mettre un terme à cette exception, source d'insécurité juridique. Le commissaire de la police aux frontières cesserait de prendre des mesures provisoires et les individus seraient conduits dans les hôpitaux du département de la Seine-Saint-Denis, sur la base de mesures initiales du préfet de ce département.

Traduction textuelle : instruction ministérielle

3.3- Renforcer la prise en compte des impératifs de sécurité publique aux stades de l'instruction puis de la décision administratives

3.3.1- CONFIER, AUTANT QUE FAIRE SE PEUT, LA COMPETENCE EN MATIERE D'HOSPITALISATION D'OFFICE AU DIRECTEUR DU CABINET DU PREFET

Il ressort clairement de l'enquête de terrain que le directeur du cabinet du préfet devrait être davantage associé à la gestion des dossiers d'hospitalisations sous contrainte. Il est, en effet, plus sensibilisé aux problématiques de sécurité publique que le secrétaire général de la préfecture, et son contact quotidien avec les services de police, de gendarmerie et de sécurité civile lui permet un recoupement plus aisé d'informations.

► Il pourrait être dès lors recommandé aux préfets qu'ils confient à leurs directeurs de cabinet le soin de gérer les affaires relatives aux hospitalisations sous contrainte. S'ils envisagent de déléguer leur signature en matière d'hospitalisation d'office, il est préférable qu'ils donnent délégation à leur directeur de cabinet plutôt qu'à un autre membre du corps préfectoral.

Traduction textuelle : recommandation adressée aux préfets par le ministre chargé de l'intérieur.

3.3.2- ENRICHIR LES DOSSIERS PRESENTES A L'AUTORITE PREFECTORALE POUR SIGNATURE

Le cabinet du préfet, à l'occasion du traitement des dossiers d'hospitalisation d'office, a vocation à rassembler les informations émanant de la police, de la gendarmerie et des sapeurs-pompiers. Il peut éventuellement questionner précisément ces services, afin de disposer d'éléments plus nombreux.

Par ailleurs, les dossiers d'hospitalisation d'office soumis à la décision du préfet ou du sous-préfet signataire devraient contenir les données administratives relatives aux éventuels antécédents psychiatriques de la personne concernée, données extraites de l'application HOPSY ou de fichiers manuels.

Dès lors, il serait de bonne administration que ces derniers veillent à ce que les dossiers qui leur sont soumis soient ainsi renseignés.

Traduction textuelle : circulaire adressée aux préfets et aux DDASS.

3.3.3- RECONNAITRE AU PREFET LE POUVOIR D'ORGANISER DES CONTRE-EXPERTISES MEDICALES

Le contrôle de la bonne orientation des malades entre le régime de l'hospitalisation d'office et celui de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou de l'obligation de soins repose, notamment, sur la capacité du préfet d'exiger des contre-expertises. Ce pouvoir mérite donc d'être inscrit au code de la santé publique. Il pourrait être exercé à toutes les étapes de l'hospitalisation.

Traduction textuelle : ajout d'un article au code de la santé publique.

3.3.4- MIEUX EXPLOITER LES INFORMATIONS DISPONIBLES

L'opinion publique ne comprendrait pas, à raison, que le préfet puisse, par exemple, autoriser la détention d'armes pour les personnes ayant fait l'objet d'une décision d'hospitalisation d'office, voire d'hospitalisation sur demande d'un tiers. Il importe donc d'organiser des échanges d'information efficaces.

► Systématiser l'échange d'information entre DDASS et services chargés de la police des armes.

Le préfet doit organiser un échange d'informations entre la DDASS et les services chargés de la police des armes :

- la communication, par la DDASS, de l'identité des personnes hospitalisées d'office aux services chargés de la police des armes permet un repérage des détenteurs d'armes et un retrait d'autorisations, sur le fondement de l'article 44 du décret du 6 mai 1995⁷⁷ ou de l'article 19 du décret du 18 avril 1939⁷⁸ ;
- un circuit d'information inverse intervient dans le cadre de l'instruction des demandes d'autorisation de détention d'armes ou des demandes de renouvellement. Il permet au préfet de rejeter la demande, sur le fondement de l'article 23 du décret du 6 mai 1995⁷⁹, ou d'exiger une expertise psychiatrique, sur le fondement de l'article 18 du décret-loi du 18 avril 1939, tel que modifié par la loi pour la sécurité intérieure du 18 mars 2003.

Ces échanges d'informations sont permis par la réglementation actuellement en vigueur.

Traduction textuelle : instruction interministérielle aux préfets.

Dès lors, il y a lieu de faire taire les résistances qui continuent de prospérer dans certaines DDASS. Il est donc proposé que le ministre chargé de la santé lève les ambiguïtés contenues dans la circulaire de la direction générale de la santé du 3 mai 2002.

Traduction textuelle : nouvelle circulaire Santé-DGS.

► Rendre effectives les décisions administratives de retrait ou de non renouvellement d'autorisation de détention d'armes.

⁷⁷ Décret n°95-689 du 6 mai 1995 relatif à l'application du décret du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions. Son article 44 précise que « les autorisations d'acquisition et de détention de matériels de guerre, armes et munitions, peuvent être retirées, pour des raisons d'ordre public ou de sécurité des personnes, par l'autorité qui les a délivrées ».

⁷⁸ L'article 19 du décret-loi de 1939, modifié par l'article 7 de la loi du 15 novembre 2001, organise le dessaisissement et la remise à autorité des armes, sans préjudice de leur catégorie, détenues par une personne dont le comportement ou l'état de santé présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

⁷⁹ Cet article précise qu'une autorisation ne peut être accordée aux personnes « qui ont été ou se trouvent internées en application des articles L.333 à L.358 du code de la santé publique ou bénéficient de sorties d'essai ».

Trois mois après la fin d'une autorisation ou trois mois après le retrait d'une autorisation, le refus du détenteur de se dessaisir de son arme est constitutif d'un délit. Le préfet informe le procureur de la République de telles situations, afin que le tribunal ordonne la confiscation de l'arme. En cas d'insoumission, la pénétration des forces de l'ordre au domicile est légale, en ce qu'elle apparaît comme une modalité d'exécution d'une décision judiciaire. Il importe donc que les services des préfetures chargés de la police administrative des armes informent les procureurs de la République des refus de transfert d'armes après trois mois de détention sans autorisation.

Afin de rendre possibles des solutions plus souples et plus rapides, le décret-loi du 18 avril 1939 prévoit, dans ses articles 19 (modifié par la loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne) et 19-1 (inséré par la loi pour la sécurité intérieure du 18 mars 2003), deux procédures de dessaisissement puis, éventuellement, de saisie administrative au domicile sur autorisation du juge des libertés et de la détention. La première, celle de l'article 19, concerne précisément les personnes dont le comportement ou l'état de santé présente un danger grave et immédiat pour elles-mêmes ou pour autrui. Elle n'est pourtant pas appliquée, faute de parution d'un décret en Conseil d'Etat.

Traduction textuelle : mise en œuvre des articles 19 et 19-1 du décret-loi du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions.

► Créer un fichier national automatisé des hospitalisations d'office.

L'application de gestion des hospitalisations sous contrainte (HOPSY), actuellement en service, est insuffisante car elle est de niveau départemental et ne permet que difficilement un archivage des informations⁸⁰. En outre, le caractère réglementaire du texte qui l'autorise ne paraît pas satisfaisant pour permettre une prise en compte plus globale des enjeux de sécurité publique que certains troubles mentaux posent.

La constitution d'un fichier national automatisé apparaît nécessaire. Néanmoins, son champ pourrait être plus restreint que celui d'HOPSY et cantonné aux seules situations présentant un enjeu évident de sécurité publique, les hospitalisations d'office.

Ce fichier trouve, en premier lieu, sa justification dans la nécessité de connaître en temps réel, notamment dans le temps même de l'intervention des services d'urgence puis des autres acteurs de la législation sur l'hospitalisation sous contrainte, si une personne qui manifeste des troubles mentaux la faisant relever d'une procédure d'hospitalisation d'office fait ou a déjà fait l'objet d'une telle hospitalisation, en un point quelconque du territoire national. Il se justifie, en second lieu, par la nécessité de s'assurer de manière certaine que l'auteur d'une demande d'autorisation de détention d'arme ne fait pas ou n'a pas fait l'objet de ce type d'hospitalisation. En effet, la mobilité des populations est aujourd'hui d'une amplitude bien plus importante que par le passé.

La loi, d'une part, autoriserait la constitution de ce "fichier des personnes hospitalisées d'office", d'autre part, permettrait la conservation des données individuelles pendant une durée déterminée et, enfin, prévoirait leur consultation par le préfet et le procureur de la République.

L'application HOPSY serait maintenue pour ce qui concerne le suivi et la gestion administrative de l'ensemble des personnes hospitalisées sans leur consentement. Il serait opportun de la transformer en une application nationale.

De surcroît, ces deux systèmes permettraient aux administrations centrales concernées (de l'intérieur et de la santé s'agissant des hospitalisations d'office, de la santé s'agissant de l'ensemble des

⁸⁰ Les données individuelles sont détruites un an après la fin de l'hospitalisation. Chaque décision d'hospitalisation sans consentement écrase la précédente, pour un même individu.

hospitalisations sans consentement) des extractions de données à des fins statistiques. Il serait ainsi mis fin à l'important retard constaté en termes de remontées d'informations chiffrées⁸¹. Il importe, en effet, que le gouvernement dispose d'un véritable "tableau de bord" des hospitalisations pratiquées, afin :

- d'être informé de l'évolution du nombre des hospitalisations sous contrainte ainsi que de leur répartition sur le territoire ;
- de pouvoir, en cas de croissance brutale, ou de statistique inattendue dans certains départements, en rechercher l'explication et, en cas de besoin, adopter des mesures correctrices.

Traduction textuelle : adoption d'un article de loi.

La loi renverrait à un décret pour ce qui concerne la définition des modalités d'accès au "fichier des personnes hospitalisées d'office" et des personnes habilitées à le consulter.

Traduction textuelle : décret d'application.

3.4- Améliorer les modalités d'hospitalisation dans la perspective d'une meilleure prise en compte des impératifs de sécurité publique

3.4.1- REORGANISER LE REGIME DE LA SORTIE D'ESSAI

Les sorties d'essai devraient donner lieu à un engagement précis, en matière d'hospitalisation d'office ou d'hospitalisation décidée dans le cadre d'une obligation de soins.

► La décision de sortie d'essai devrait préciser les conditions de son déroulement.

L'identité du malade, la date de retour à l'hôpital et le calendrier des visites médicales obligatoires, l'adresse de résidence habituelle et celle de séjour durant la sortie, le nom du médecin de secteur chargé du suivi médical devraient être précisés dans la décision de sortie d'essai. Ces décisions incluraient une clause de réintégration à l'hôpital au terme normal de la sortie, ou à tout moment sur proposition du médecin traitant.

Traduction textuelle : modification de l'article L.3211-11 du code de la santé publique.

► Les sorties d'essai de personnes hospitalisées d'office feraient l'objet d'une information adressée aux services de police ou de gendarmerie et aux maires concernés.

Fort des éléments susmentionnés, le préfet informerait systématiquement ces services des sorties d'essai de malades placés sous le régime de l'hospitalisation d'office.

Traduction textuelle : instruction ministérielle aux préfets.

Les maires seraient aussi informés des sorties d'essai liées aux hospitalisations d'office qui se déroulent sur le territoire de leur commune ou qui concernent un patient ayant sa résidence principale sur ledit territoire.

Traduction textuelle : ajout d'une mention en ce sens à l'article L.3211-11 du code de la santé publique ou à l'article L.3213-9.

⁸¹ En avril 2004, les derniers chiffres connus par le ministère en charge de la santé sont ceux de l'année 2001.

3.4.2- APPLIQUER RIGOREUSEMENT LES REGLES RELATIVES AUX AUTORISATIONS DE SORTIE DE COURTE DUREE POUR LES PERSONNES HOSPITALISEES D'OFFICE

L'article L.3211-11-1 du code de la santé publique aménage un droit d'opposition du préfet de 48 heures pour ce genre de sorties, ainsi que l'accompagnement du malade par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

L'enquête de terrain a révélé que ces dispositions étaient très inégalement appliquées.

► Le préfet doit avoir la possibilité effective de s'opposer aux sorties de courte durée des personnes hospitalisées d'office. Ces sorties devront faire l'objet d'un accompagnement.

Traduction textuelle : circulaire aux préfets et aux DDASS pour une application effective de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique.

3.4.3- DEFINIR LA NOTION DE FUGUEUR ET PREVOIR DES MOYENS DE REACTION APPROPRIES

► La fugue doit être définie et entraîner une réponse appropriée de la puissance publique.

Toute absence non autorisée de l'hôpital, toute disparition constatée lors d'une sortie accompagnée de courte durée et tout manquement aux conditions de déroulement d'une sortie d'essai caractériseront une situation de fugue.

Traduction textuelle : ajout d'un article L.3211-11-2 au code de la santé publique.

Une fugue pourra être constatée pour des personnes placées en hospitalisation d'office ou hospitalisées en application d'une décision d'obligation de soins, ou n'ayant pas respecté leur obligation de soins en ambulatoire et étant l'objet, en conséquence, d'une décision d'hospitalisation.

La constatation de cette situation aurait un effet mécanique : les décisions d'hospitalisation des personnes concernées ne pourraient plus être levées de façon tacite.

Traduction textuelle : modification des articles L.3212-7 et L.3213-4 du code de la santé publique.

► Poser le principe selon lequel la réintégration des malades en fugue est de la responsabilité de l'établissement psychiatrique ou de l'équipe de secteur.

Les équipes sanitaires doivent procéder aux premières recherches des personnes en fugue. Elles devront, en outre, alerter les services de police ou de gendarmerie pour les cas de personnes hospitalisées d'office ou dont les troubles mentaux sont susceptibles de compromettre la sûreté des personnes ou de troubler, de façon grave, l'ordre public.

Traduction textuelle : ajout d'un article L.3211-11-2 au code de la santé publique.

Le concours de la force publique pourra éventuellement être accordé par le préfet dans le cadre des recherches.

► Procéder à l'inscription au fichier des personnes recherchées (FPR) des fugueurs concernés par une mesure d'hospitalisation d'office ou susceptibles de devenir dangereux.

Les inscriptions au FPR des « malades mentaux à placer d'office en établissements psychiatriques ou évadés de ces établissements » (arrêté du 15 mai 1996) sont facultatives. Il convient de rendre cette inscription obligatoire et de l'étendre à tous les fugueurs signalés par les établissements de soins psychiatriques, conformément au nouvel article L.3211-11-2 du code de la santé publique.

Traduction textuelle : modification de l'arrêté du 15 mai 1996.

► Permettre aux services de police et de gendarmerie d'intervenir au domicile d'une personne en fugue refusant d'ouvrir, sur autorisation du juge des libertés et de la détention saisi par le préfet ou par le directeur d'hôpital.

Traduction textuelle : ajout d'un article L.3211-11-2 au code de la santé publique.

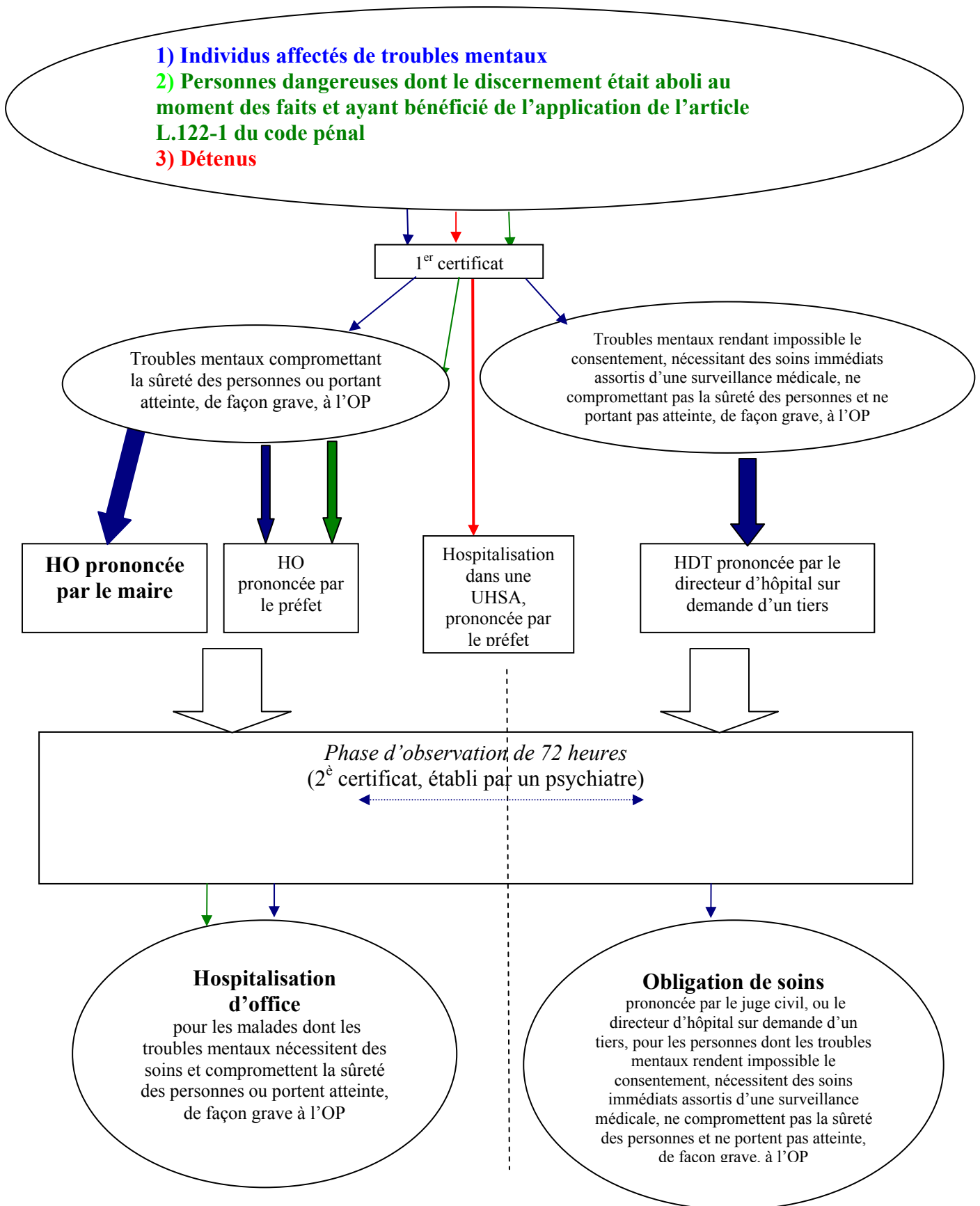
3.4.4- PRÉCISER LES LIMITES GÉOGRAPHIQUES DES ÉTABLISSEMENTS AFIN DE N'AUTORISER LEUR FRANCHISSEMENT QU'AUX TITULAIRES D'AUTORISATION

La caractérisation de la fugue requiert que les limites physiques de l'établissement soient connues et qu'elles puissent être opposées aux personnes récalcitrantes. De la même manière, l'application du régime des sorties accompagnées prévu à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique nécessite que les « démarches extérieures » puissent être distinguées de la simple déambulation à l'intérieur de l'hôpital. Ces précisions sont particulièrement utiles à l'heure où les établissements tendent à abattre leurs anciens murs et à donner à leurs parcs et jardins un statut de parc public.

Ce travail de clarification trouve naturellement sa place au sein des règlements intérieurs des établissements. Mais, beaucoup d'établissements n'ont pas actualisé leur règlement depuis de nombreuses années et sont empêchés de le faire en raison de la non parution du règlement intérieur type prévu à l'article L.3222-3 du code de la santé publique.

► L'édiction rapide d'un arrêté du ministère de la santé portant le règlement intérieur type prévu à l'article L.3222-3 du code de la santé publique est nécessaire.

Traduction textuelle : mise en œuvre de l'article L.3222-3 du code de la santé publique.



CONCLUSION

Deux éléments ressortent avec netteté du travail d'enquête accompli :

▣ **La prise en charge puis le suivi des personnes dont les troubles mentaux constituent une menace pour l'ordre public, au sens de la législation sur l'hospitalisation d'office, manque aujourd'hui d'efficacité.**

La manière dont la situation des malades en fugue est traitée ou les ratés des échanges d'information en matière de police des armes en constituent deux illustrations éloquentes.

La plupart des acteurs négligent souvent les enjeux de sécurité ou ne leur donnent pas la portée qu'ils mériteraient. Le préfet qui, de par son positionnement, devrait être en mesure de rendre cohérente l'activité des services concernés, apparaît dans les faits fort démuné : en règle générale, il n'est pas mis en situation, faute d'outils appropriés notamment, de pallier ce constat.

Pour y remédier, il ne saurait être question de complexifier davantage les dispositifs en vigueur, dans un sens qui serait, qui plus est, attentatoire aux libertés individuelles et reviendrait sur les nombreuses avancées intervenues depuis 1838.

Il semble, au contraire, nécessaire de restreindre la prise en compte des enjeux de sécurité publique aux cas les plus dangereux, ce qui implique, au préalable, d'être en mesure de les connaître et de les orienter vers le régime de l'hospitalisation d'office. Cette orientation doit au surplus pouvoir intervenir à tout moment, y compris pour les malades relevant de régimes d'hospitalisation différents.

Cette évolution passe par une amélioration du diagnostic établi avant toute décision et par des échanges plus nourris entre autorités administratives et médicales. D'où la proposition d'instituer une période d'observation de 72 heures. Partant, loin d'attenter aux droits des malades, elle les renforce, dans un sens plusieurs fois indiqué par différentes instances du Conseil de l'Europe.

En contrepartie, les dispositifs poursuivant des finalités uniquement thérapeutiques pourront évoluer dans un sens plus libéral, que ce rapport ne fait qu'esquisser (reconnaissance de l'obligation de soins en ambulatoire, notamment). C'est, en effet, la confusion aujourd'hui opérée entre les différents types d'hospitalisation sans consentement et l'usage qui est fait du régime des sorties d'essai qui conduisent à bloquer toute évolution majeure et à faire apparaître le dispositif français comme rétrograde sur bien des points.

▣ **Le rôle de l'autorité préfectorale, loin d'être supprimé, doit être rendu effectif.**

Le thème des hospitalisations d'office voit périodiquement s'affronter les tenants d'une approche exclusivement sanitaire et thérapeutique aux partisans du maintien d'une intervention préfectorale, au nom de la protection de l'ordre public.

Ce rapport tente de démontrer le caractère inévitable de l'intervention d'une autorité décisionnelle capable de croiser des approches médicales et d'autres considérations liées à la préservation de la sécurité publique, notamment.

Dans cette perspective, le préfet, parce qu'il a autorité sur des services à compétence sanitaire et sociale (DDASS) et sur des services de sécurité publique (police et gendarmerie), apparaît comme le point de jonction le plus satisfaisant.

L'intervention du préfet n'a pas vocation, néanmoins, à être étendue à l'ensemble des hospitalisations sous contrainte. Dans un dispositif recentré sur ses finalités, dans lequel les comportements les plus dangereux ressortissent de l'hospitalisation d'office, son champ d'intervention est même appelé à rester strictement cantonné. Si l'on reprend les statistiques actuellement disponibles, son intervention ne serait confortée que dans 13 % des hospitalisations sous contrainte, qui ne représentent elles-mêmes que 13 % des hospitalisations psychiatriques, c'est-à-dire dans 1,69 % des hospitalisations psychiatriques annuellement pratiquées.

ANNEXES

S O M M A I R E

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION	65
ANNEXE 2 : STATISTIQUES	69
ANNEXE 3 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	85
ANNEXE 4 : <u>LOI SUR LES ALIENES DES 30 JUIN ET 6 JUILLET 1838.</u>	95
ANNEXE 5 : <u>TABLEAU SYNOPTIQUE DES DIFFERENTS TYPES D'HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE</u>	105
ANNEXE 6 : <u>LE DROIT EN VIGUEUR</u>.....	109
ANNEXE 7 : <u>SCHEMA RECAPITULATIF DES DIFFERENTS CERTIFICATS MEDICAUX REQUIS</u>	131
ANNEXE 8 : <u>JURISPRUDENCE DE LA COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME RELATIVE A L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT</u>	135
ANNEXE 9 : <u>EXEMPLES INTERNATIONAUX</u>	141
ANNEXE 10 : <u>PREFECTURE DE POLICE</u>.....	149
ANNEXE 11 : <u>CIRCULAIRE DU 30 AVRIL 1954 RELATIVE A LA RECHERCHE DES MALADES MENTAUX EVADES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES (MINISTRE DE L'INTERIEUR ET MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION)</u>.....	160

ANNEXE 1

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,
DE LA SÉCURITÉ INTÉRIEURE ET DES LIBERTÉS LOCALES

Le Directeur du Cabinet

240A

19 JUIN 2003

Inspection Générale de l'Administration
19 JUIN 2003
03529 ARRIVÉE

NOTE

à l'attention de
Monsieur le Chef de l'Inspection Générale de l'Administration

Objet : Mission d'enquête sur les problèmes de sécurité liés à l'application de la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sans consentement

La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de leurs troubles mentaux a défini les conditions dans lesquelles les personnes souffrant de troubles mentaux, qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes, peuvent être hospitalisées d'office.

La récente loi n°2202-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a limité les possibilités d'hospitalisation d'office aux personnes qui nécessitent des soins et dont les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de manière grave à l'ordre public.

En outre, le ministre de la santé a entrepris une réflexion sur l'éventuelle fusion du régime d'hospitalisation d'office et d'hospitalisation à la demande d'un tiers au profit d'une première période de brève observation qui pourrait être de la compétence d'un directeur d'établissement psychiatrique.

Par ailleurs, des évolutions ont été enregistrées ces dix dernières années en matière de psychiatrie, avec notamment le développement des soins ambulatoires et le recours moins systématique à l'hospitalisation.

Eu égard aux enjeux de sécurité publique que portent ces réflexions et ces évolutions, il m'apparaît nécessaire de disposer d'une évaluation complète de la mise en œuvre de la loi du 27 juin 1990 au regard de ces enjeux.

Aussi, je vous demande, dans un premier temps, d'effectuer un inventaire des différents dispositifs mobilisés sous l'autorité des préfets dans les départements.

Vous apprécierez les conditions de mise en œuvre de la loi du 27 juin 1990 avant et après sa modification par la loi du 4 mars 2002, dans certains domaines (gestion des fugues, sorties d'essai, articulation avec la réglementation en matière d'armes), en indiquant les risques qu'elles peuvent comporter pour la protection de la sûreté des personnes et la préservation de l'ordre public.

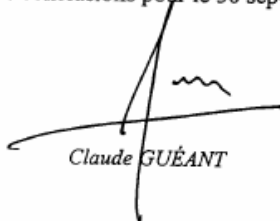
Vous étudierez en particulier les différents aspects de la mission confiée aux préfets, l'articulation qui doit exister entre les services concernés ainsi que le contenu et les limites de la coopération entre ces derniers.

Vous évaluerez enfin dans les services de l'État mobilisés (préfecture, DDASS et services de police ou de gendarmerie notamment) les dispositifs destinés à réduire les risques liés à ces publics, ainsi que les liaisons avec les différentes structures médicalisées ou non pour leur prise en charge.

Dans un second temps, vous proposerez les adaptations qui vous paraîtraient nécessaires et qui permettraient tout à la fois un strict respect des droits et des libertés des malades et une efficacité renforcée de l'action administrative.

En tant que de besoin, vous pourrez faire appel pour votre enquête administrative au concours de l'inspection générale de la police nationale.

Vous voudrez bien me transmettre vos conclusions pour le 30 septembre 2003.



Claude GUÉANT

ANNEXE 2

STATISTIQUES

Annexe 2.1 : statistiques générales

		1992	1997	1999	2000	2001	évolution de 1992 à 2001
	nombre total d'hospitalisations sans consentement	37 688	56 587	66 208	71 731	72 519	92%
HDT	nombre de HDT	31 057	49 112	57 277	62 560	62 894	103%
	% HDT	82%	87%	87%	87%	87%	
	dont HDT avec urgence	4 124	14 776	18 359	20 898	22 615	448%
	mesures d'urgence en %	13%	30%	32%	33%	36%	
	dont HDT > 3 mois	7 761	8 624	8 325	7 599	7 516	-3%
% de HDT > 3 mois	25%	18%	15%	12%	12%		
HO	nombre de HO	6 631	7 475	8 931	9 171	9 625	45%
	% HO	18%	13%	13%	13%	13%	
	dont mesures provisoires	4 117	5 136	5 548	5 845	5 904	43%
	% de HO précédées de mesures provisoires	62%	69%	62%	64%	61%	

Source: DGS, rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (chiffres pour la France métropolitaine seulement).

HO = hospitalisations d'office

HDT = hospitalisations sur demande d'un tiers

Annexe 2.2 : enquête auprès des préfectures réalisée par la direction des libertés publiques et des affaires juridiques (DLPAJ) du ministère de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales

NB : pour Paris, seules les HO et les HDT traitées par la préfecture de police sont ici répertoriées. Quelque 800 HDT seraient par ailleurs pratiquées.

De fait, un écart conséquent existe entre les chiffres présentés ici et ceux de l'annexe 2.1. Ces derniers doivent être considérés comme plus fiables, les modalités de décompte des mesures par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ayant été, avec le temps, harmonisées.

L'enquête de la DLPAJ n'en est pas moins intéressante. Elle révèle en particulier l'existence de disparités fortes entre départements.

ANNEXE 3

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

I - CONTACTS EN ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTERE DE L'INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES

DIRECTION DES LIBERTES PUBLIQUES ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

- M. BONNEAU, sous-directeur des libertés publiques et de la police administrative
- M. SOLANA, adjoint au chef du bureau de la prévention et de la protection sociales
- Mme MOLY, adjointe au chef du bureau de la prévention et de la protection sociales

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION TERRITORIALE ET DES AFFAIRES POLITIQUES

- M. AUBOUIN, sous-directeur de l'administration territoriale
- Mme BAUDOIN, chef du bureau de la déconcentration et des politiques territoriales de l'Etat

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE

DIRECTION CENTRALE DE LA SECURITE PUBLIQUE

- M. BOSCA, sous-directeur des missions

DIRECTION CENTRALE DE LA POLICE AUX FRONTIERES

- M. TOPIN, contrôleur général, directeur de la police aux frontières de l'aéroport Roissy-Charles-De-Gaulle

DIRECTION DE LA DEFENSE ET DE LA SECURITE CIVILE

- M. SCHNEIDER, sous-directeur
- Docteur JULIEN, conseiller médical, sous-directeur des sapeurs-pompiers
- Colonel RAGOT, chef du bureau des Services Départementaux d'Incendie et de Secours

MINISTERE DES AFFAIRES ETRANGERES

DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUES

- Mme JARREAU, chargée de mission, sous-direction des droits de l'homme
- M. ROGGE, chargé de mission, sous-direction des droits de l'homme

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

- M. FEUILLERAT, sous-direction de l'organisation du système de soins.

II – RENCONTRE AVEC LES ASSOCIATIONS NATIONALES

- Mme FINFELSTEIN, présidente de la FNAP-PSY
- M. CANNEVA, président de l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux)

III - ENQUETE SUR LE TERRAIN

PREFECTURE DE POLICE DE PARIS

- M. LALANDE, préfet, directeur du cabinet
- M. COLRAT, directeur de la protection du public
- M. THIRION, sous-directeur de la protection sanitaire
- Mme NARDIN-BOSSARD, chef du 3^{ème} Bureau, direction de la protection du public
- M. GERMAIN, adjoint au chef du 3^{ème} bureau

- Docteur FAYARD, psychiatre, médecin-chef de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police

DEPARTEMENTS

CALVADOS (14)

CORPS PREFECTORAL

- M. CULTIAUX, préfet de la région Basse-Normandie, préfet du Calvados
- M. GUEYDAN, directeur du cabinet

PREFECTURE

- M. LORIOT, Chef du bureau de la réglementation et de la police administrative

DDASS

- Docteur MEUNIER, directeur départemental adjoint des affaires sanitaires et sociales
- M. VIDU, inspecteur

POLICE NATIONALE

- M. DOUTRE, Commissaire Divisionnaire, directeur départemental de la sécurité publique
- Mme. COUDERT, Commissaire principal, directeur départemental de la sécurité publique adjointe.

GENDARMERIE NATIONALE

- M. VEDRINE, lieutenant-colonel, commandant le groupement de gendarmerie du Calvados
- M. RENAULT, Major, adjoint au commandant de la compagnie de gendarmerie de Caen

SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS

- M. POUVERREAU, Lieutenant, chef du centre de traitement des appels du SDIS du Calvados

CENTRES HOSPITALIERS

- M. JAQUEL, Directeur du CHS de Caen
- M. BABINET, Psychiatre
- M. VIVIER, Directeur de l'hôpital de Vire
- M. FAIVRE D'ARCIER, médecin-chef du service de psychiatrie
- Mme. CHASTANG, Docteur, responsable des urgences psychiatriques du CHU de Caen
- M. VERROLLES, directeur adjoint du CHS Bon-sauveur de Caen

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- Mme BROUSSET, présidente de la CDHP

AUTRES

- Mme. LECOURT, directeur du secrétariat du conseil municipal, ville de Caen

DROME (26)

CORPS PREFECTORAL

- M. DECHARRIERE, préfet de la Drôme
- M. DECOUT-PAOLINI, directeur du cabinet

PREFECTURE

- M. ROUSSILLON, directeur adjoint du cabinet
- M. OZELLE, chef de bureau - direction de la réglementation et des libertés publiques
- Mme HENAFF, responsable de la cellule "armes et explosifs"

DDASS

- M. GRANGEON, fonctionnaire de la DDASS en charge du suivi des dossiers d'hospitalisations d'office

POLICE NATIONALE

- M. ARTEL, commandant, chef du service d'investigation et de recherche par intérim, direction départementale de la sécurité publique

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- Docteur LUAUTE, médecin psychiatre, président de la CDHP

GENDARMERIE NATIONALE

- M. le Major MOULINIÉ

CENTRES HOSPITALIERS

- Docteur BELLON, psychiatre, présidente de la Commission médicale d'établissement du centre hospitalier spécialisé de Montéluçon *Le Valmont*, chef de secteur
- Docteur BOUQUET, directeur du centre hospitalier de Romans-Saint-Vallier
- Docteur MORIANEZ, médecin-psychiatre
- M. RAYMOND, directeur du centre hospitalier spécialisé *Le Valmont*
- M. DJAMAKORZIAN, directeur adjoint du centre hospitalier spécialisé *Le Valmont*
- Mme SAMICA, surveillante en chef
- Mme JOUVERT, attachée d'administration au CHS *Le Valmont*

AUTRES

- M. BOISGELLIN, directeur de l'association des maires de la Drôme
- Docteur CRUMIERE, médecin généraliste libéral, représentant départemental de l'ordre des médecins
- M. VINCENT, directeur du centre communal d'action sociale de Valence

GIRONDE (33)CORPS PREFECTORAL

- M. GEHIN, préfet de la région Aquitaine, préfet de la Gironde
- M. DUPUY, secrétaire général de la préfecture

PREFECTURE

- Mme NIVARD, chef du bureau de la police générale à la direction de la réglementation et des libertés publiques (DRLP)
- M. LE SAUX, chargé de l'instruction des dossiers d'autorisation de détention et de port d'armes

DDASS

- M. de CHALUP, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- Mme LAPRIE, responsable administrative du service santé mentale
- Mme BUI, médecin-inspecteur de la santé
- Mme CAMITROT-NUNES, inspecteur de la santé

SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS (SDIS)

- M. DECELLIERES, colonel, directeur du SDIS

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- Docteur MARVAUD, médecin psychiatre, président de la CDHP

- Docteur PILLETTTE, médecin psychiatre, membre de la CDHP

SAMU

- Docteur TINTILLIER, médecin anesthésiste

POLICE NATIONALE

- M. DESPRAT, directeur départemental de la sécurité publique
- M. GARCIA, commandant, chef du Groupement d'Intervention de la Police Nationale (GIPN)

GENDARMERIE NATIONALE

- M. VECHAMBRE, colonel, commandant le groupement de gendarmerie de la Gironde

JUSTICE

- M. LE BUR, vice-président du tribunal de grande instance

CENTRES HOSPITALIERS

- M. BRIFFA, directeur du CHS de Cadillac
- M. LOTTERIE, directeur du centre hospitalier de Libourne
- Mlle ROUCHY, cadre de direction du centre hospitalier de Libourne
- M. de RICCARDIS, directeur général du centre hospitalier Charles Perrens
- M. COMPAGNON, directeur adjoint du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux
- Mme ACKER, directrice des soins infirmiers CHU de Bordeaux

COLLECTIVITES TERRITORIALES

- M. BANAYAN, conseiller municipal de Bordeaux, délégué santé, hygiène et salubrité publique
- M. VOLLAND, directeur du service hygiène et santé de la mairie de Bordeaux

RHONE (69)

CORPS PREFECTORAL

- M. PAYET, secrétaire général de la préfecture
- M. RIGUET, directeur du cabinet

PREFECTURE

- M. SCHWEITZER, chef de cabinet du préfet délégué pour la sécurité et la défense
- M. BENOIT, attaché au cabinet du préfet délégué
- Mme BALLEYDIER, attachée au cabinet du préfet délégué

DDASS

- M. MAY, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- Mme DEYDIER, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, responsable administrative du bureau des hospitalisations sous contrainte
- Docteur SEILLIER, médecin-inspecteur de santé publique

POLICE NATIONALE

- M. LAUREAU, directeur départemental de la sécurité publique
- M. CRASTES, commandant l'Unité de Police de Proximité de Lyon (2è)
- M. CROSSEY, commissariat de Villeurbanne

GENDARMERIE NATIONALE

- M. LHOUMEAU, lieutenant-colonel, groupement de gendarmerie du Rhône

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- Docteur HOESTLANDT, président de la CDHP

CENTRES HOSPITALIERS

- M. AUGIER, directeur adjoint, directeur par intérim du centre hospitalier *Le Vinatier*
- Docteur GALEA, chef de service de psychiatrie polyvalente
- M. LE DIGARCHER, directeur adjoint, directeur par intérim du syndicat inter-hospitalier de la psychiatrie du Rhône (SIH)
- M. le Professeur VEDRINNE, médecin expert auprès de la Cour d'appel de Lyon

ESSONNE (91)

CORPS PREFECTORAL

- M. PRIEUR, préfet de l'Essonne
- M. MUNCH, secrétaire général de la préfecture

PREFECTURE

- M. MELINGUE, chef du bureau « élections et polices administratives »
- Mme BALLESTER, directrice de l'administration générale

DDASS

- M. DELANOUE, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- M. LAISNÉ, directeur adjoint
- Docteur COUHIER, médecin-inspecteur de santé publique
- Mme GIBIER, agent administratif, chargée des hospitalisations
- Docteur POUGÈS, praticien hospitalier SAMU

SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS (SDIS)

- M. PATET, colonel, directeur du SDIS
- M. PANDELÉ, lieutenant- colonel, chef du groupement opérations
- Mme CALAFAT, adjointe au chef du service juridique et contentieux
- Docteur PETITJEAN, médecin-chef

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- Docteur ROUBINOWITZ, psychiatre, ancien président CDHP

POLICE NATIONALE

- M. MONIEZ, directeur départemental de la sécurité publique
- M. MAZOYER, commissaire divisionnaire, chef du district d'Evry
- M. CHAMPETIER, commissaire principal, chef du service ordre public

GENDARMERIE NATIONALE

- M. PIERRE, adjoint au commandant du groupement de gendarmerie de l'Essonne

JUSTICE/ ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

- M. DURAND, procureur de la République
- M. BARRATTE, directeur de la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

PSYCHIATRES

- Docteur BRAHMY, psychiatre, médecin-chef du SMPR de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

HAUTS-de-SEINE (92)**CORPS PREFECTORAL**

- M. DELPUECH, préfet des Hauts-de-Seine
- M. PEYVEL, secrétaire général de la préfecture

PREFECTURE

- Mme MEURICE, ancien chef du bureau des armes

COLLECTIVITES TERRITORIALES

- M. GOUZEL, maire-adjoint délégué à la famille, à la vie sociale, à la santé, aux affaires militaires et aux anciens combattants
- Mme LABROUSSE, adjoint au maire de La Garenne-Colombes
- M. BOULANGER, maire de Villeneuve-la-Garenne

SAMU

- M. BAER, médecin, responsable SAMU
- Mme FLEISHEL, médecin, praticien hospitalier

ASSOCIATION DES TRANSPORTS SANITAIRES D'URGENCE (ATSU 92)

- M. ROLLEY, président de l'ATSU
- M. PAULIC, vice-président
- M. THIERIET, vice-trésorier

DDASS

- M. SARDOU, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- Mme BALTAGI, médecin-inspecteur
- Mme POLAC, médecin-inspecteur
- Mme REGNAULT, secrétaire administrative

SERVICE DEPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS (SDIS)

- M. FOURNIER, major, bureau opérations

POLICE NATIONALE

- M. CHABROL, directeur départemental de la sécurité publique

GENDARMERIE NATIONALE

- Capitaine CHAMELOVIER, adjoint au commandant du groupement de gendarmerie des Hauts-de-Seine

CENTRES HOSPITALIERS

- Docteur BRUNNEY, médecin, chef du service des urgences adultes à l'hôpital *Ambroise Paré* de Boulogne
- M. CAZEJUST, directeur de l'hôpital *Béclère* de Clamart
- Docteur ANDRONIKOFF, médecin à l'hôpital *Béclère*
- Docteur METTON, médecin à l'hôpital *Béclère*
- M. SUTTER, directeur de l'hôpital *Beaujon* de Clichy
- M. TESSIER, directeur de l'hôpital *Louis Mourier* de Colombes
- Docteur CHARLOT, médecin à l'hôpital *Louis Mourier*
- Docteur DABROWSKI, chef du service des urgences à l'hôpital *Foch* de Suresnes
- Mme FERRAND-RICQUET, directrice de l'hôpital *Erasmus* d'Antony
- Docteur METTON, médecin à l'hôpital *Erasmus*

ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

- M. BLANC, directeur de la maison d'arrêt de Nanterre

- Docteur N'KANGA, médecin à la maison d'arrêt de Nanterre

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- M. FILLIOL, président
- M. MARTORELL, médecin
- M. VAISSERMANN, médecin

VAL-DE-MARNE (94)

CORPS PREFECTORAL

- M. BERGOUGNOUX, préfet du Val-de-Marne
- M. DERROUCH, sous-préfet, directeur du cabinet

PREFECTURE

- Mme ROLLAN-LAUNAY, directrice des actions interministérielles
- Mme MAHEU, chef du bureau des actions interministérielles, culturelles, sanitaires et sociales
- Mme FAIVRE, agent du bureau des actions interministérielles, culturelles, sanitaires et sociales
- Mme MEDORI, chef du bureau de la réglementation générale des armes

DDASS

- M. BRIERE, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales
- M. LECOMTE, médecin-inspecteur de santé publique
- M. LEMPEREUR, inspecteur des affaires sanitaires et sociales
- Mme CHESNAY, chargée de la santé mentale
- Mme CADENEL, chargée de mission santé mentale et précarité

COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES (CDHP)

- Mme BURDET-DUBUL, psychiatre libérale, membre de la CDHP
- Mme BAYLE, agent hospitalier, secrétaire de la CDHP

ASSOCIATIONS

- Mme CONJAUD, UNAFAM du Val-de-Marne
- M. DUBRESSON, UNAFAM du Val-de-Marne

POLICE NATIONALE

- M. Thierry ALONSO, chef d'état-major de la direction départementale de la sécurité publique

CENTRES HOSPITALIERS

- Docteur BODON-BRUZEL, praticien hospitalier à l'Unité pour Malades Dangereux (UMD) *Henri Collin* du centre hospitalier de Villejuif
- Docteur LAVAUD, psychiatre, chef de secteur (Choisy)

SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON (975)

CORPS PREFECTORAL

- M. Claude VALLEIX, préfet

PREFECTURE

- Mme TRIQUET, chef du service des affaires juridiques et de la réglementation générale

DASS

- M. MADELINE, directeur des affaires sanitaires et sociales
- M. CARLETON, ingénieur d'études sanitaires, service santé-environnement

JUSTICE

- Mme MONET, procureur de la République

COLLECTIVITE LOCALE

- M. LEMARCHAND, conseiller municipal, 1^{er} adjoint chargé de la santé

TOTAL : 177 personnes

ANNEXE 4

LOI SUR LES ALIENES DES 30 JUIN ET
6 JUILLET 1838.

Titre 1^{er} - DES ETABLISSEMENTS D'ALIENES.

Art. 1^{er}. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur.

Art. 2. Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. Le préfet et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront à leur égard, tous les renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours déterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. Nul ne pourra diriger, ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7. Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'Intérieur.

Titre II . - DES PLACEMENTS FAITS DANS LES ETABLISSEMENTS D'ALIENES.

SECTION IERE - Des placements volontaires.

Art. 8. Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° - Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte.

Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou le commissaire de police.

Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir à l'appui un extrait du jugement d'interdiction ;

2° un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée.

Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur ; s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement.

En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ;

3° le passeport ou tout autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre-heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné au préfet de police de Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement, 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au dernier paragraphe de l'art. 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement ; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou actes de démence.

Art. 12. Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et paraphé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé.

Seront également transcrits sur ce registre :

1° le certificat du médecin, joint à la demande d'admission ;

2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux art. 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'art. 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite ; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu.

Art. 13. Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir :

- 1° Le curateur nommé en exécution de l'art. 38 de la présente loi ;
- 2° l'époux ou l'épouse ;
- 3° s'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ;
- 4° s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ;
- 5° la personne qui aura signé la demande d'admission, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;
- 6° toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant-droit, qu'il y a dissension, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Ce sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordre contraire, conformément à l'art. 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur le registre tenu en exécution de l'article 12.

En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'art.8, et leur feront connaître le nom de la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de sa sortie, et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. En aucun cas l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

SECTION II – Des placements ordonnés par l'autorité publique.

Art. 18. A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer les circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux art. 19, 20, 21 et 25, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'art. 12 ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement. Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. A l'égard des personnes dont le placement aura été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'art. 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement. Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des art. 18, 19, 20 et 21. Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'Intérieur.

Les diverses notifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'art. 10.

Art. 23. Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'art. 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'art. 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus sous peine d'être poursuivis conformément à l'art. 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des art. 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'art. 1^{er}, ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pouvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet. Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison. Ces dispositions sont applicables à tous des aliénés dirigées par l'administration sur un établissement public ou privé.

Art. 25. Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. La dépense du transport des personnes dirigées par l'administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet, sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'art. 1^{er}.

Art. 27. Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de ceux auxquels il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code Civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des art. 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu sur les centimes affectés, par la loi de finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le conseil général sur l'avis du préfet, et approuvées par le gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le conseil de préfecture.

Art. 29. Tout personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou mai, pourront, à quelque époque que se soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur de l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre du conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée. La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu, seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimés ou retenus par les chefs d'établissement, sous les peines portées au titre 3 ci-après.

Art. 30. Les chefs, directeurs ou préposés responsables, ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, au terme de l'article 29, ni lorsque cette personne ne trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites, qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur, ainsi désigné, procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements, seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie des dits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation, d'office, du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer en chambre du conseil, un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du procureur du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra aussi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter, au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur. Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux. Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code du commerce.

Art. 36. A défaut d'administrateur provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels elles seraient intéressées.

Art. 37. Les pouvoirs conférés en vertu des articles précédents cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans : ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas applicable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administration dans des établissements privés.

Art. 38. Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal pourra nommer, en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller :

- 1) à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ;
- 2) à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés.

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans en auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

TITRE III – DISPOSITIONS GENERALES

Art. 41. Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12 du second paragraphe de l'article 13, des articles 15, 17, 20, 21 et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médecins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal.

ANNEXE 5

TABLEAU SYNOPTIQUE DES DIFFERENTS TYPES
D'HOSPITALISATIONS SOUS CONTRAINTE

		Hospitalisation sous contrainte de type HO			de type HDT	
Avant 1990	type d'HSC	« placement d'office »			« placement volontaire »	
	critères	- état d'aliénation - atteinte à l'ordre public ou la sûreté des personnes				aliénation mentale nécessité de traitement nécessité d'enfermement
	certificats amont	aucun dans les textes				un , émanant d'un médecin extérieur à l'établissement aucun en cas d'urgence
	contrôles	au 1 ^{er} mois de chaque semestre				certificat sous 24h, dans les 15 jours, puis tous les mois
	décisions	tous les six mois				
	procédure de sortie	Décision expresse du préfet, sur avis médical				quand le psychiatre considère qu'il y a guérison, sur décision du préfet, demande de sortie par un tiers autorisé
	passerelles	Le maire peut, sur alerte du psychiatre, s'opposer à la sortie d'un placé volontaire, à charge, pour le préfet, de décider d'un placement d'office sous 15j s'il l'estime nécessaire. Le préfet peut, à tout moment édicter un ordre spécial empêchant la sortie des placés volontaires				
De 1990 à 2002	Type d'HSC	Hospitalisation d'office	« toute mesure utile » pour les cas d'irresponsabilité pénale			HDT
	critères	- troubles mentaux, - qui compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.	- application de l'art. 64 CP - compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes			troubles mentaux troubles rendant le consentement impossible nécessité de soins immédiats et d'une surveillance
	certificats amont	Un	un			Deux, dont un de l'extérieur Un en cas d'urgence
	contrôles	24h, 15j, 1er mois, tous les mois				ous 24h, sous 15j, au bout du 1 ^{er} mois, tous les mois
	décisions	1er mois, 4è mois puis tous les 6 mois				tous les mois
	procédure de sortie	- Décision du préfet - caducité automatique	Décision de deux psychiatres extérieurs, attestant que l'individu n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.			psychiatre : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies préfet : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies demande de sortie par un tiers autorisé caducité automatique
	passerelles	préfet : transforme HDT en HO (voir le commentaire de la colonne HDT)	aucune			préfet : transforme HDT en HO si critères réunis (à tout moment ou 15j après sursis à la sortie sur alerte du psy)
partir de 2002	Type d'HSC	HO préfectorale classique (L3213-1 CSP)	« toute mesure utile » à la suite d'infraction pénale avec abolition discernement (L3213-7 CSP)	Mesure judiciaire d'assistance éducative à mineurs (375-9 CC)	HSC préfectorale pour détenus (L3214-3 CSP)	HDT
	critères	- troubles mentaux, - nécessité de soins, - sûreté des personnes compromise ou atteinte, de façon grave, à l'ordre public	application L122-1 CP nécessité de soins sûreté des personnes compromise ou atteinte, de façon grave, à l'ordre public	Enfance en danger, conditions d'éducation compromises, trouble mental	- troubles mentaux, - consentement impossible, - soins immédiats, - surveillance constante, - danger pour soi ou autrui	- troubles mentaux - troubles rendant le consentement impossible - nécessité de soins immédiats - nécessité d'une surveillance constante à l'hôpital
	certificats amont	Un	L'expertise psychiatrique sur laquelle s'est appuyé le juge	un	un	Deux, dont un de l'extérieur Un en cas d'urgence
	contrôles	24h, 15j, 1er mois, tous les mois	non précisé	15j, puis tous les mois	comme pou HO	24h, 15j, 1er mois, tous les mois
	décisions	1er mois, 4è mois puis tous les 6 mois	aucune	15j, puis tous les mois	idem que pour HO	ous les mois
	procédure de sortie	- Décision du préfet - caducité automatique	Décision de deux psychiatres extérieurs, attestant que l'individu n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.		idem que HO	psychiatre : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies préfet : les conditions de l'HDT ne sont plus réunies demande de sortie par un tiers autorisé caducité automatique
passerelles	préfet : transforme HDT en HO (voir le commentaire de la colonne HDT)	non	les mineurs peuvent aussi être sous HO du préfet	A l'expiration de la peine, le cas échéant	préfet : transforme HDT en HO si critères réunis (à tout moment ou 15j après sursis à la sortie sur alerte du psy)	

ANNEXE 6

LE DROIT EN VIGUEUR

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

(NOUVELLE PARTIE LEGISLATIVE)

**Troisième partie
Lutte contre les maladies et dépendances****Livre 2
Lutte contre les maladies mentales****Titre 1 Modalités d'hospitalisation***Chapitre 1 : Droits des personnes hospitalisées***Article L.3211-1**

Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux, hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Article L.3211-2

Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Article L.3211-3

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1. De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L.3222-4 ;
2. de saisir la commission prévue à l'article L.3222-5 ;
3. de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
4. d'émettre ou de recevoir des courriers ;
5. de consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L.3222-3 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
6. d'exercer son droit de vote ;
7. de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4^o, 6^o et 7^o, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Article L.3211-4

Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.

Article L.3211-5

A sa sortie de l'établissement, une personne hospitalisée en raison de troubles mentaux conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions des articles 492 et 508 du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés.

Article L.3211-6

Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L.3222-1 et L.3222-2, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Le représentant de l'Etat dans le département doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde.

Article L.3211-7

La personne hospitalisée sans son consentement dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant l'hospitalisation aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Si une tutelle a été constituée, les significations sont faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles doivent être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

Article L.3211-8

Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne hospitalisée sans son consentement dans un des établissements mentionnés au chapitre II du titre II du présent livre.

Article L.3211-9

Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu du traitement, le tribunal peut nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et hospitalisé sans son consentement dans un des établissements mentionnés à l'article L.3222-1.

Ce curateur veille :

1. A ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;
2. a ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

Hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée.

Article L.3211-10

Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

Article L.3211-11

Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés à l'article L.6121-2. La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent.

La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés :

1. Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil ; le bulletin de sortie d'essai est mentionné par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au représentant de l'Etat dans le département ; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé ;
2. dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le représentant de l'Etat dans le département, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Article L.3211-11-1

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes hospitalisées sans leur consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures.

La personne malade est accompagnée par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement pendant toute la durée de la sortie.

L'autorisation d'absence de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement de santé après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Dans le cas d'une hospitalisation d'office, le directeur de l'établissement transmet au représentant de l'Etat dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis du psychiatre, quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie accompagnée. Sauf opposition du représentant de l'Etat dans le département, la sortie accompagnée peut avoir lieu au terme de ce délai.

Article L.3211-12

Une personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit, public ou privé, qui accueille des malades soignés pour troubles mentaux, son tuteur si elle est mineure, son tuteur ou curateur si, majeure, elle a été mise sous tutelle ou en curatelle, son conjoint, son concubin, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade et éventuellement le curateur à la personne peuvent, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement qui, statuant en la forme des référés après débat contradictoire et après les vérifications nécessaires, ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Une personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins.

Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, à tout moment, pour ordonner qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement. A cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'un malade hospitalisé.

Nota : Loi 2000-516 2000-06-15 art. 49 XI : modifie l'article L.351 du code de la santé publique : Dans le premier alinéa, le mot "président" est remplacé par les mots "juge des libertés et de la détention" ; au début du dernier alinéa, les mots "Le président du tribunal de grande instance" sont remplacés par les mots "Le juge des libertés et de la détention". Cette modification n'a pas été insérée dans la rédaction du nouvel article L.3211-12 du code de la santé publique (ancien L.351), issu de l'ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000.

Chapitre 2 : Hospitalisation sur demande d'un tiers

Article L.3212-1

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

1. Ses troubles rendent impossible son consentement ;
2. Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil.

Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues par les deuxième et troisième alinéas sont remplies.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement.

Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs des établissements mentionnés à l'article L.3222-1, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

Article L.3212-2

Avant d'admettre une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers, le directeur de l'établissement vérifie que la demande a été établie conformément aux dispositions de l'article L.3212-1 ou de l'article L.3212-3 et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation. Si la demande d'admission d'un majeur protégé est formulée par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.

Il est fait mention de toutes les pièces produites dans le bulletin d'entrée.

Article L.3212-3

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Article L.3212-4

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, il est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, qui ne peut en aucun cas être un des médecins mentionnés au dernier alinéa de l'article L.3212-1, un nouveau certificat médical constatant l'état mental de la personne et confirmant ou infirmant la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers.

Dès réception du certificat médical, le directeur de l'établissement adresse ce certificat ainsi que le bulletin et la copie des certificats médicaux d'entrée au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L.3222-5.

Article L.3212-5

Dans les trois jours de l'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département notifie les nom, prénoms, profession et domicile, tant de la personne hospitalisée que de celle qui a demandé l'hospitalisation :

1. Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée ;
2. Au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement.

Article L.3212-6

Si l'hospitalisation est faite dans un établissement privé n'assurant pas le service public hospitalier, le représentant de l'Etat dans le département, dans les trois jours de la réception du bulletin, charge deux psychiatres de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état et d'en faire rapport sur-le-champ. Il peut leur adjoindre telle autre personne qu'il désigne.

Article L.3212-7

Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Ce dernier établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies. Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue pour une durée maximale d'un mois.

Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités.

Le certificat médical est adressé aux autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L.3212-8 ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L.3222-5 et selon les modalités prévues à ce même alinéa.

Faute de production du certificat susvisé, la levée de l'hospitalisation est acquise.

Article L.3212-8

Sans préjudice des dispositions mentionnées à l'article L.3212-7, il est mis fin à la mesure d'hospitalisation prise en application de l'article L.3212-1 ou de l'article L.3212-3 dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions de l'hospitalisation sur demande d'un tiers ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L.3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié l'hospitalisation.

Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de cette mesure d'hospitalisation, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département, la commission mentionnée à l'article L.3222-5, les procureurs de la République mentionnés à l'article L.3212-5 et la personne qui a demandé l'hospitalisation.

Le représentant de l'Etat dans le département peut ordonner la levée immédiate d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dans les établissements mentionnés à l'article L.3222-1 lorsque les conditions de l'hospitalisation ne sont plus réunies.

Article L.3212-9

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 2° Journal Officiel du 5 mars 2002)

Une personne hospitalisée à la demande d'un tiers dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 cesse également d'y être retenue dès que la levée de l'hospitalisation est requise par :

1. Le curateur nommé en application de l'article L.3211-9 ;
2. Le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ;
3. S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ;
4. S'il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ;
5. La personne qui a signé la demande d'admission, à moins qu'un parent, jusqu'au sixième degré inclus, n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ;
6. Une personne autorisée à cette fin par le conseil de famille ;
7. La commission mentionnée à l'article L.3222-5.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille se prononce dans un délai d'un mois.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sans préjudice des dispositions des articles L.3213-1 et L.3213-6, il en est donné préalablement et aussitôt connaissance au représentant de l'Etat dans le département, qui peut ordonner immédiatement un sursis provisoire et, le cas échéant, une hospitalisation d'office conformément aux dispositions de l'article L.3213-1. Ce sursis provisoire cesse de plein droit à l'expiration de la quinzaine si le représentant de l'Etat dans le département n'a pas, dans ce délai, prononcé une hospitalisation d'office.

Article L.3212-10

Dans les vingt-quatre heures suivant la sortie, le directeur de l'établissement en avise le représentant de l'Etat dans le département ainsi que la commission mentionnée à l'article L.3222-5 et les procureurs mentionnés à l'article L.3212-5 et leur fait connaître le nom et l'adresse des personnes ou de l'organisme mentionnés à l'article L.3212-9.

Article L.3212-11

Dans chaque établissement est tenu un registre sur lequel sont transcrits dans les vingt-quatre heures :

1. Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes hospitalisées ;
2. La date de l'hospitalisation ;
3. Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé l'hospitalisation ;
4. Les certificats médicaux joints à la demande d'admission ;
5. Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
6. Les certificats que le directeur de l'établissement doit adresser aux autorités administratives en application des articles L.3212-4, L.3212-7 et L.3212-8 ;
7. Les dates, durées et modalités des sorties d'essai prévues à l'article L.3211-11 ;
8. Les levées d'hospitalisation ;
9. Les décès.

Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L.3222-4 et L.3223-1 visitent l'établissement; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations.

Article L.3212-12

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 3 : Hospitalisation d'office

Article L.3213-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 3° Journal Officiel du 5 mars 2002)

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L.3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L.3213-2, L.3213-4 à L.3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L.3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L.3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Article L.3213-2

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L.3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

Article L.3213-3

Dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat et précisant notamment les caractéristiques de l'évolution ou la disparition des troubles justifiant l'hospitalisation. Chaque certificat est transmis au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L.3222-5 par le directeur de l'établissement.

Article L.3213-4

Dans les trois jours précédant l'expiration du premier mois d'hospitalisation, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, après avis motivé d'un psychiatre, le maintien de l'hospitalisation d'office pour une nouvelle durée de trois mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'Etat dans le département pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

Faute de décision du représentant de l'Etat à l'issue de chacun des délais prévus à l'alinéa précédent, la mainlevée de l'hospitalisation est acquise.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, le représentant de l'Etat dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission mentionnée à l'article L.3222-5.

Article L.3213-5

Si un psychiatre déclare sur un certificat médical ou sur le registre tenu en exécution des articles L.3212-11 et L.3213-1 que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai.

Article L.3213-6

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 4° Journal Officiel du 5 mars 2002)

A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le représentant de l'Etat dans le département peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

Article L.3213-7

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 I 4° Journal Officiel du 5 mars 2002)

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 122-1 du code pénal nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L.3222-5. L'avis médical mentionné à l'article L.3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade.

Article L.3213-8

Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L.3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

Article L.3213-9

Le représentant de l'Etat dans le département avise dans les vingt-quatre heures le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie.

Article L.3213-10

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 4 : Hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Article L.3214-1

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002)

L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

Article L.3214-2

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002)

Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L.3211-3, L.3211-4, L.3211-6, L.3211-8, L.3211-9 et L.3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux.

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne, en application de l'article L.3211-12, une sortie immédiate d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement, cette sortie est notifiée sans délai à l'établissement pénitentiaire par le procureur de la République. Le retour en détention est organisé dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'Etat visé à l'article L.3214-5.

Article L.3214-3

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002)

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L.3214-1.

Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L.3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L.3213-1.

Article L.3214-4

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° Journal Officiel du 10 septembre 2002)

(Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))

La prolongation de l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans les conditions prévues aux articles L.3213-3, L.3213-4 et L.3213-5.

Article L.3214-5

(inséré par Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 1°, 3° 10 septembre 2002))

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 5 : Dispositions pénales

Article L.3215-1

(inséré par Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° 10 septembre 2002))

Le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L.3222-1 de retenir une personne hospitalisée sans son consentement alors que sa sortie est ordonnée par le représentant de l'Etat dans le département, en application du dernier alinéa de l'article L.3212-8 ou de l'article L.3213-5, ou par le président du tribunal de grande instance, conformément à l'article L.3211-12, ou lors de la levée de l'hospitalisation en application des articles L.3212-7, L.3212-8, L.3212-9 ou L.3213-4 est puni de deux ans d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende.

Article L.3215-2

(inséré par Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° 10 septembre 2002))

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende, le fait pour le directeur d'un établissement mentionné à l'article L.3222-1 :

1. D'admettre une personne sur demande d'un tiers sans avoir obtenu la remise de la demande d'admission et des certificats prévus aux articles L.3212-1 et L.3212-3 ;
2. d'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux et le bulletin d'entrée établis en application du deuxième alinéa de l'article L.3212-4 ;
3. d'omettre d'adresser au représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits les certificats médicaux établis en application des articles L.3212-7, L.3213-3 et L.3213-5 ;
4. d'omettre de se conformer dans le délai indiqué aux prescriptions des articles L.3212-11 et L.3213-1 ;
5. d'omettre d'aviser dans le délai prescrit les autorités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 3212-8 de la déclaration prévue par ledit article ;

6. d'omettre d'aviser le représentant de l'Etat dans le département dans les délais prescrits de la levée de l'hospitalisation sur demande d'un tiers prévue par l'article L.3212-10 ou de la déclaration prévue par l'article L.3213-5 ;
7. de supprimer ou de retenir une requête ou réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative.

Article L.3215-3

(inséré par Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° 10 septembre 2002))

Le fait, pour le directeur d'un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L.3222-1, de ne pas prendre dans le délai prescrit, les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues par les articles L.3212-1, L.3212-3, L.3213-1 ou L.3213-2 dans les cas définis à l'article L.3222-2 est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende.

Article L.3215-4

(inséré par Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 art. 48 I 2° 10 septembre 2002))

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 25 000 F d'amende, le fait pour le médecin d'un établissement mentionné à l'article L.3222-1 :

1. De supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée par une personne hospitalisée sans son consentement à l'autorité judiciaire ou à l'autorité administrative ;
2. de refuser ou d'omettre d'établir dans les délais prescrits les certificats médicaux relevant de sa responsabilité en application des articles L.3212-4, L.3212-7, L.3213-1 et L.3213-3.

Titre 2 : Organisation

Chapitre 1 : Sectorisation psychiatrique

Article L.3221-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 93 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 6 I Journal Officiel du 6 septembre 2003)

La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L.6121-2 et dans les conditions prévues à l'article L.6121-1 :

1. Les secteurs psychiatriques rattachés aux établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier, ainsi qu'à toute personne de droit public ou privé ayant passé avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale ;
2. les établissements de santé privés, selon des modalités définies par voie réglementaire.

Article L.3221-2

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 6 II Journal Officiel du 6 septembre 2003)

Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche thérapeutique est le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition.

Article L.3221-3

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 6 III Journal Officiel du 6 septembre 2003)

Dans le domaine de la santé mentale, des modalités particulières de concertation régionale entre les représentants de l'Etat, de l'agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, des établissements de santé publics et privés, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des professionnels de la santé mentale et des usagers sont définies par voie réglementaire.

Article L.3221-4

Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans ces secteurs, des services et des équipements de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Chapitre 2 : Établissements de santé

Article L.3222-1

Dans chaque département, un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le représentant de l'Etat dans le département à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent des chapitres II et III du titre Ier du présent livre.

Article L.3222-2

Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L.3222-1 est atteint de troubles mentaux tels que définis soit aux 1° et 2° de l'article L.3212-1, soit à l'article L.3213-1, le directeur de l'établissement doit prendre, dans les quarante-huit heures, toutes les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'une des procédures prévues aux articles L.3212-1, L.3212-3, L.3213-1 ou L.3213-2.

Article L.3222-3

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 II 1° Journal Officiel du 5 mars 2002)

Un règlement est établi pour chaque établissement ou unité d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux.

Ce règlement doit être conforme à un règlement intérieur type établi par voie réglementaire pour la catégorie d'établissement concernée.

Article L.3222-4

Les établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune ou son représentant et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement.

Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L.3211-1, L.3211-2 et L.3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L.3212-11.

Article L.3222-5

Sans préjudice des dispositions de l'article L.3222-4, dans chaque département une commission départementale des hospitalisations psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Article L.3222-6

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 3 : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques

Article L.3223-1

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 II 2° Journal Officiel du 5 mars 2002)

La commission prévue à l'article L.3222-5 :

1. Est informée, dans les conditions prévues aux chapitres II et III du titre Ier du présent livre, de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;
2. établit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence mentionnées aux articles L.3212-3 et L.3213-2 ;
3. examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celle de toutes personnes dont l'hospitalisation sur demande d'un tiers se prolonge au-delà de trois mois ;

4. saisit, en tant que de besoin, le représentant de l'Etat dans le département ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;
5. Visite les établissements mentionnés à l'article L.3222-1, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre prévu à l'article L.3212-11 et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;
6. adresse, chaque année, le rapport de son activité au représentant de l'Etat dans le département et au procureur de la République et le présente au conseil départemental de santé mentale ;
7. peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de la situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate, en les formes et modalités prévues à l'article L.3211-12, de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini à l'article L.3222-1.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes demandes d'information formulées par la commission et de lui fournir toutes données médicales nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

Article L.3223-2

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 II 3°, 4° Journal Officiel du 5 mars 2002)

La commission prévue à l'article L.3222-5 se compose :

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

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

Seul l'un des deux psychiatres mentionnés au 1° peut exercer dans un établissement mentionné à l'article L.3222-1.

Les membres de la commission ne peuvent être membres du conseil d'administration d'un établissement de santé accueillant des malades atteints de troubles mentaux dans le département du ressort de la commission.

Ils ne peuvent, en dehors du cadre des attributions de la commission, faire état des informations qu'ils ont pu recueillir sur les personnes dont la situation leur a été présentée. Sous réserve des dispositions des 4° et 6° de l'article L.3223-1, ils sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

La commission désigne, en son sein, son président, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Article L.3223-3

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées en tant que de besoin par décret en Conseil d'Etat.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(NOUVELLE PARTIE REGLEMENTAIRE)

Troisième partie
Lutte contre les maladies et dépendances

Livre 2
Lutte contre les maladies mentales

Titre 2 : Organisation

Chapitre 3 : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques

Article R.3223-1

Dans chaque département, le préfet, et à Paris le préfet de police, arrête la liste des membres de la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, conformément à l'article L.3223-2.

A Paris, la désignation par le représentant de l'Etat dans le département d'une personnalité qualifiée en application du 3° de l'article L.3223-2 et l'arrêté fixant la liste des membres de la commission relèvent du préfet de police.

La représentativité des organisations de familles des personnes atteintes de troubles mentaux est appréciée en tenant compte du nombre d'adhérents et de l'activité de ces organisations, notamment au plan départemental.

Article R.3223-2

Les membres de la commission sont nommés pour trois ans renouvelables une seule fois consécutivement.

En cas de décès, de démission ou d'impossibilité d'assurer leurs fonctions en cours de mandat, ils sont remplacés selon les mêmes modalités pour la durée du mandat restant à courir.

Si, au cours de son mandat, un membre de la commission vient à relever d'une incompatibilité mentionnée à l'article L.3223-2, le préfet, ou, à Paris, le préfet de police met fin à ses fonctions et procède à son remplacement selon les mêmes modalités.

Article R.3223-3

Chaque année, la commission désigne en son sein son président par vote à bulletin secret.

En cas de partage égal des voix, le membre le plus âgé est déclaré élu.

Article R.3223-4

La commission délibère valablement dès lors que trois de ses membres sont présents.

En cas d'égalité des suffrages, la voix du président est prépondérante.

Un membre de la commission ne peut participer à l'examen de la situation d'une personne pour laquelle il a signé une demande d'hospitalisation, qui est son parent au quatrième degré inclusivement, qu'il traite ou qu'il a traitée, pour laquelle il a été désigné comme expert ou qu'il a eu à juger.

Article R.3223-5

La commission se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. Il est rédigé un procès-verbal de séance qui n'est remis qu'aux membres de la commission.

Pour l'exercice de ses missions, la commission peut désigner des rapporteurs en son sein.

Article R.3223-6

La commission visite les établissements habilités mentionnés à l'article L.3222-1 au moins deux fois par an.

Pour ces visites, le nombre des membres de la commission peut être limité à deux.

Pour l'exercice de cette mission, les établissements donnent aux membres de la commission toutes facilités d'accès à l'ensemble des bâtiments d'hospitalisation, au registre prévu à l'article L.3212-11 et au dossier administratif de chaque malade.

Article R.3223-7

Le siège de la commission est fixé par le préfet.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales. Les membres du secrétariat sont soumis au secret professionnel dans les conditions prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Article R.3223-8

Pour l'application des dispositions du 1° de l'article L.3223-1, la commission est informée de toutes les hospitalisations sans consentement, de leur renouvellement et de leur levée :

1. Par le directeur de l'établissement, en cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers ;
2. Par le préfet, en cas d'hospitalisation d'office dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L.3213-9.

Article R.3223-9

Lorsque la commission, en application du 7° de l'article L.3212-9, requiert la levée d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, elle saisit le directeur de l'établissement par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article R.3223-10

L'indemnisation des membres de la commission est fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé.

Le rapport d'activité prévu au 6° de l'article L.3223-1 est établi conformément à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

CODE GENERAL DES COLLECTIVITES TERRITORIALES
(PARTIE LEGISLATIVE)

Chapitre II : Police municipale - Article L.2212-2

(Loi n° 2001-1062 du 15 novembre 2001 art. 46 Journal Officiel du 16 novembre 2001)

La police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publiques.

Elle comprend notamment :

1° Tout ce qui intéresse la sûreté et la commodité du passage dans les rues, quais, places et voies publiques, ce qui comprend le nettoyage, l'éclairage, l'enlèvement des encombrements, la démolition ou la réparation des édifices menaçant ruine, l'interdiction de rien exposer aux fenêtres ou autres parties des édifices qui puisse nuire par sa chute ou celle de rien jeter qui puisse endommager les passants ou causer des exhalaisons nuisibles ainsi que le soin de réprimer les dépôts, déversements, déjections, projections de toute matière ou objet de nature à nuire, en quelque manière que ce soit, à la sûreté ou à la commodité du passage ou à la propreté des voies susmentionnées ;

2° Le soin de réprimer les atteintes à la tranquillité publique telles que les rixes et disputes accompagnées d'ameutement dans les rues, le tumulte excité dans les lieux d'assemblée publique, les attroupements, les bruits, y compris les bruits de voisinage, les rassemblements nocturnes qui troublent le repos des habitants et tous actes de nature à compromettre la tranquillité publique ;

3° Le maintien du bon ordre dans les endroits où il se fait de grands rassemblements d'hommes, tels que les foires, marchés, réjouissances et cérémonies publiques, spectacles, jeux, cafés, églises et autres lieux publics ;

4° L'inspection sur la fidélité du débit des denrées qui se vendent au poids ou à la mesure et sur la salubrité des comestibles exposés en vue de la vente ;

5° Le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que les incendies, les inondations, les ruptures de digues, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pourvoir d'urgence à toutes les mesures d'assistance et de secours et, s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure ;

6° Le soin de prendre provisoirement les mesures nécessaires contre les personnes atteintes de troubles mentaux dont l'état pourrait compromettre la morale publique, la sécurité des personnes ou la conservation des propriétés ;

7° Le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par la divagation des animaux malfaisants ou féroces ;

8° Le soin de réglementer la fermeture annuelle des boulangeries, lorsque cette fermeture est rendue nécessaire pour l'application de la législation sur les congés payés, après consultation des organisations patronales et ouvrières, de manière à assurer le ravitaillement de la population.

CODE PENAL
(PARTIE LEGISLATIVE)

Chapitre II : Des causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité

Article 122-1

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

CODE DE PROCEDURE PENALE
(PARTIE REGLEMENTAIRE - DECRETS SIMPLES)

Paragraphe 7 : Les hospitalisations

Article D.391

(Décret n° 64-735 du 20 juillet 1964 Journal Officiel du 23 juillet 1964)

(Décret n° 72-852 du 12 septembre 1972 art. 1 Journal Officiel du 20 septembre 1972 rectificatif 14 octobre 1972)

(Décret n° 83-48 du 26 janvier 1983 art. 1 Journal Officiel du 28 janvier 1983)

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

L'hospitalisation des détenus pour des pathologies autres que des troubles mentaux est assurée conformément au 2° de l'article R..711-19 du code de la santé publique :

- a) Par l'établissement de santé mentionné à l'article R..711-7 du code de la santé publique lorsque cette hospitalisation présente un caractère d'urgence ou de très courte durée ;
- b) par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres de la justice, de l'intérieur, de la défense et des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

Si le malade appartient aux forces armées, le transfèrement doit être effectué sur un hôpital militaire déterminé en accord entre l'administration pénitentiaire et l'autorité militaire, l'hospitalisation étant toujours décidée par le médecin intervenant dans l'établissement pénitentiaire. Les frais de transfèrement et de séjour des militaires sont à la charge du ministère de la défense lorsque les intéressés sont dirigés sur un hôpital militaire.

Les détenus ne peuvent être hospitalisés, même à leurs frais, dans un établissement privé, à moins d'une décision du directeur régional des services pénitentiaires territorialement compétent.

Article D.392

(Décret n° 64-735 du 20 juillet 1964 Journal Officiel du 23 juillet 1964)

(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 1 Journal Officiel du 12 février 1993)

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

Pour les détenus qui sont incarcérés dans un établissement pénitentiaire dont le fonctionnement est régi par une convention passée en application de l'article 2 de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987, les hospitalisations présentant un caractère d'urgence et de très courte durée sont réalisées dans l'établissement public de santé le plus proche dispensant les soins définis au a du 1° de l'article L.711-2 du code de la santé publique et participant à l'accueil et au traitement des urgences.

En dehors des hospitalisations présentant un caractère d'urgence ou de très courte durée, les dispositions du b de l'article D.391 s'appliquent conformément aux dispositions de l'article 15 du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par le service public hospitalier.

Article D.393

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

L'admission dans un établissement de santé à vocation nationale ou dans un établissement de santé situé dans une autre direction régionale des services pénitentiaires que celle où le détenu est écroué doit être autorisée par le ministre de la justice. Le directeur régional des services pénitentiaires autorise cette hospitalisation dans les autres cas. Ces autorisations sont données après avis d'un médecin intervenant à l'établissement.

En ce qui concerne les prévenus, l'autorisation d'hospitalisation suppose l'accord préalable du magistrat saisi du dossier de l'information.

En cas d'urgence, il peut toutefois être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'accord des autorités judiciaires et administratives compétentes, auxquelles il en est rendu compte immédiatement.

Article D.394

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

Lorsque l'hospitalisation d'un détenu s'impose dans les conditions visées aux articles D.391 et D.392, le chef de l'établissement pénitentiaire avise dans les meilleurs délais le directeur de l'établissement de santé afin qu'il prenne toutes dispositions pour que l'intéressé soit accueilli dans des locaux adaptés, de manière à ce que la garde de celui-ci puisse être assurée dans les conditions prévues ci-dessous sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

Le chef de l'établissement pénitentiaire doit donner également tous renseignements utiles à l'autorité préfectorale pour la mettre en mesure de prescrire l'escorte et la garde du détenu hospitalisé par les services de police ou de gendarmerie et, d'une façon générale, pour arrêter les mesures propres à éviter tout incident compte tenu de la personnalité du sujet.

Article D.395

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

Les détenus admis à l'hôpital sont considérés comme continuant à subir leur peine ou, s'il s'agit de prévenus, comme placés en détention provisoire.

Les règlements pénitentiaires demeurent applicables à leur égard dans toute la mesure du possible ; il en est ainsi notamment en ce qui concerne leurs relations avec l'extérieur.

Par dérogation aux dispositions de l'article D.318, le détenu admis à l'hôpital peut être autorisé par le chef d'établissement à détenir une somme d'argent provenant de la part disponible de son compte nominatif pour effectuer, à l'intérieur de l'établissement de santé, des dépenses courantes.

Article D.396

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

En application de l'article R.711-16 du code de la santé publique, les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé.

Article D.397

(Décret n° 93-193 du 8 février 1993 art. 2 Journal Officiel du 12 février 1993)

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

Lors des hospitalisations et des consultations ou examens prévus à l'article D.396, les mesures de sécurité adéquates doivent être prises dans le respect de la confidentialité des soins.

Article D.398

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L.342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L.331 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D.394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

Article D. 399

(Décret n° 98-1099 du 8 décembre 1998 art. 90 et 96 Journal Officiel du 9 décembre 1998)

Les médecins intervenant en milieu pénitentiaire se tiennent informés de l'évolution de l'état de santé des détenus hospitalisés.

CODE CIVIL

Section II : De l'assistance éducative

Article 375-3

(Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 art. 1 Journal Officiel du 5 juin 1970 en vigueur le 1er janvier 1971)

(Loi n° 87-570 du 22 juillet 1987 art. 21 Journal Officiel du 24 juillet 1987)

(Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 art. 11 Journal Officiel du 14 Juillet 1989)

(Loi n° 93-22 du 8 janvier 1993 art. 48 III, art. 64 Journal Officiel du 9 janvier 1993 en vigueur le 1er février 1994)

(Loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 art. 8 III 1° et 2° Journal Officiel du 5 mars 2002)

S'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, le juge peut décider de le confier :

- 1° A l'autre parent ;
- 2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;
- 3° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé ;
- 4° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Toutefois, lorsqu'une requête en divorce a été présentée ou un jugement de divorce rendu entre les père et mère, ces mesures ne peuvent être prises que si un fait nouveau de nature à entraîner un danger pour le mineur s'est révélé postérieurement à la décision statuant sur les modalités de l'exercice de l'autorité parentale ou confiant l'enfant à un tiers. Elles ne peuvent faire obstacle à la faculté qu'aura le juge aux affaires familiales de décider, par application de l'article 373-3, à qui l'enfant devra être confié. Les mêmes règles sont applicables à la séparation de corps.

Article 375-9

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 19 IV Journal Officiel du 5 mars 2002)

La décision confiant le mineur, sur le fondement du 3° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours.

La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

ANNEXE 7

SCHEMA RECAPITULATIF DES DIFFERENTS CERTIFICATS MEDICAUX REQUIS

Légende :

Médecin A : extérieur à l'établissement dans lequel le patient est ou va être hospitalisé, il est généraliste ou psychiatre ou autre ;

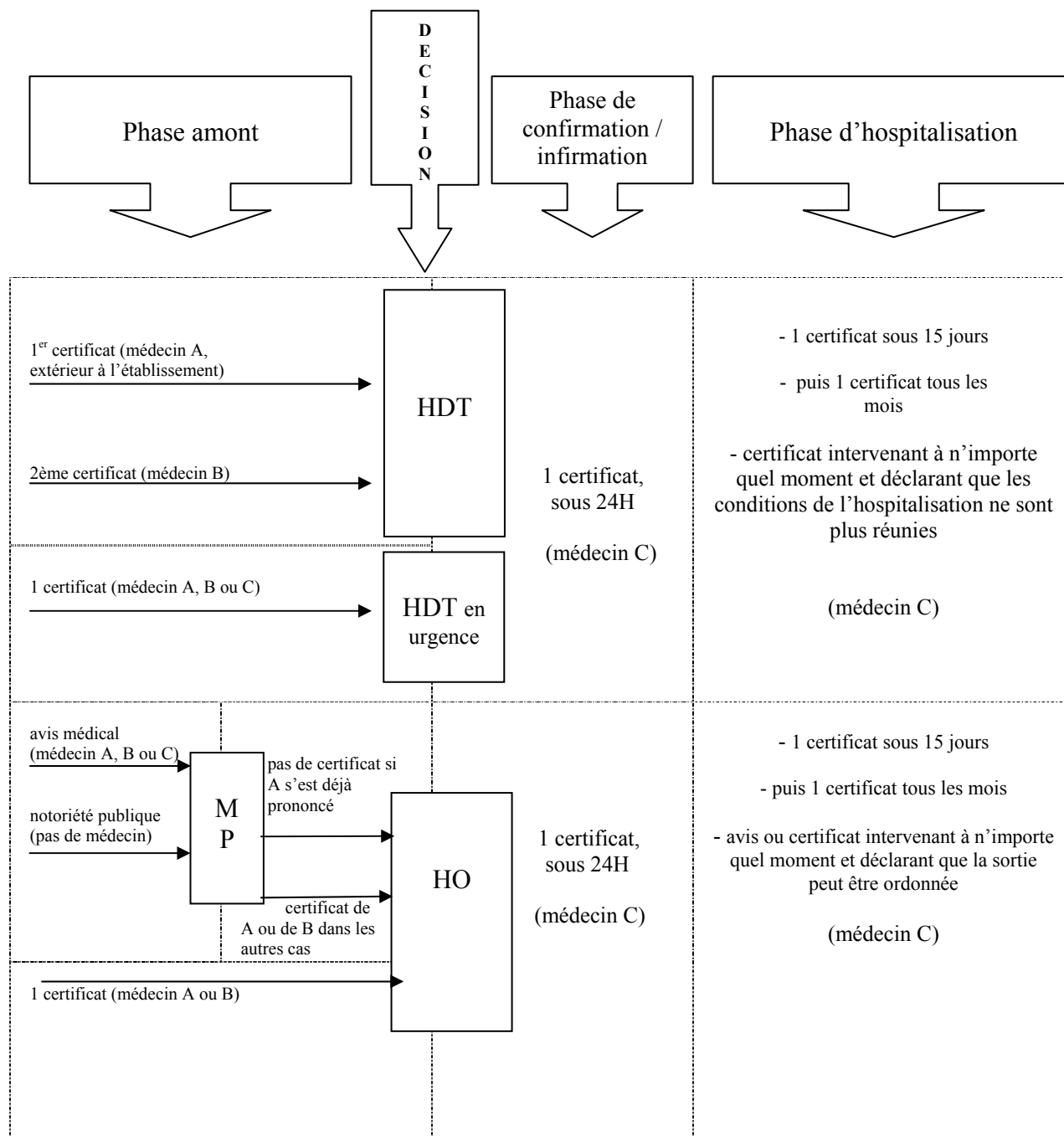
Médecin B : il peut être extérieur à l'établissement ou faire partie de son équipe médicale. Il est généraliste, ou psychiatre, ou autre ;

Médecin C : psychiatre appartenant à l'établissement d'accueil.

HO : hospitalisation d'office

HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers

MP : mesures provisoires



ANNEXE 8

Jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme
relative à l'hospitalisation sans consentement

La Cour s'appuie sur plusieurs articles de la Convention :

I- ART.2-1

« Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi »

Le Royaume-Uni a été condamné pour violation de cet article (obligation positive de protéger la vie) après un crime commis par une personne gardée à vue sur un co-détenu. Les autorités avaient en effet négligé d'interner d'office le malade, alors que des informations précises attestant de sa maladie mentale étaient disponibles (*Paul et Audrey Edwards c. Royaume-Uni*, 14 mars 2002).

II- ART. 3

« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »

La Cour juge un traitement « inhumain » au motif notamment qu'il a été appliqué avec préméditation pendant des heures et qu'il a causé soit des lésions corporelles, soit de vives souffrances physiques ou mentales. Elle considère par ailleurs qu'un traitement est « dégradant » en ce qu'il est de nature à inspirer à ses victimes des sentiments de peur, d'angoisse et d'infériorité propres à les humilier et à les avilir. En revanche, elle a toujours souligné que la souffrance et l'humiliation infligées doivent aller au-delà de celles que comporte inévitablement une forme donnée de traitement ou de peine légitimes (arrêts *Tyrer c. Royaume-Uni* du 25 avril 1978, *Soering c. Royaume-Uni* du 7 juillet 1989).

Un placement en détention provisoire ne pose donc pas en soi un problème sur le terrain de l'article 3 de la Convention. De même, cet article ne peut être interprété comme établissant une obligation générale de libérer un détenu pour motifs de santé (y compris de santé mentale) ou de le placer dans un hôpital civil afin de lui permettre d'obtenir un traitement médical.

Néanmoins, l'article 3 de la Convention impose à l'Etat de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis (arrêt *Aerts c. Belgique* du 30 juillet 1998). La Cour, pour fonder son appréciation, peut recourir aux observations du Comité de prévention de la torture (CPT), comme dans l'arrêt *Aerts* précité. Elle vérifie que l'administration a bien fourni au détenu les soins qu'il requérait, notamment au plan psychiatrique (arrêt *Kudla c. Pologne*, 26 octobre 2000). Dans tous les cas, la violation de l'article 3 ne peut être établie que si les mauvais traitements ont atteint un niveau de gravité suffisant. L'appréciation de ce minimum est relative par essence et dépend de l'ensemble des données de l'espèce (arrêt *Vilvarajah et autres c. Royaume-Uni*, 30 octobre 1991).

III- ART. 5-1

"Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les **voies légales** :

- a) s'il est détenu régulièrement après condamnation par un tribunal compétent ;
- b) s'il a fait l'objet d'une arrestation ou d'une détention régulières pour insoumission à une ordonnance rendue, conformément à la loi, par un tribunal ou en vue de garantir l'exécution d'une obligation prescrite par la loi ;
- c) s'il a été arrêté et détenu en vue d'être conduit devant l'autorité judiciaire compétente, lorsqu'il y a des raisons plausibles de soupçonner qu'il a commis une infraction ou qu'il y a des motifs raisonnables de croire à la nécessité de l'empêcher de commettre une infraction ou de s'enfuir après l'accomplissement de celle-ci ;
- d) s'il s'agit de la détention régulière d'un mineur, décidée pour son éducation surveillée ou de sa détention régulière, afin de le traduire devant l'autorité compétente ;
- e) **s'il s'agit de la détention régulière** d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, **d'un aliéné**, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond ;

f) s'il s'agit de l'arrestation ou de la détention régulières d'une personne pour l'empêcher de pénétrer irrégulièrement dans le territoire, ou contre laquelle une procédure d'expulsion ou d'extradition est en cours."

L'article 5-1 dresse une liste limitative des cas possibles de privation de liberté, appelant une interprétation étroite (arrêt *Engel et autres* du 8 juin 1976 ; arrêt *Irlande contre Royaume-Uni* du 18 janvier 1978).

1. RESPECT DES « VOIES LEGALES »

Ces mots consacrent la nécessité de suivre la procédure fixée par la législation nationale. La Cour a donc compétence pour rechercher si la procédure suivie dans un cas d'espèce est celle prescrite par la loi nationale. En effet, s'il ne lui appartient pas d'ordinaire de vérifier le respect du droit interne par les autorités nationales (arrêt *Ringeisen* du 16 juillet 1971), il en va autrement dans les matières où la Convention renvoie directement à ce droit, comme ici. En ces matières, la méconnaissance du droit interne entraîne en fait celle de la Convention (arrêt *Van der Leer c/ Pays-Bas* et *Wassink*).

La Cour n'estime cependant pas devoir contrôler les détails d'application de la loi interne : elle ne contrôle donc ni la matérialité, ni la qualification juridique des faits.

2. DEFINITION DES « ALIENES »

La cour, se fondant sur la législation nationale et la pratique des juridictions locales, vérifie que seuls les individus affectés de troubles mentaux qui les rendent dangereux pour eux-mêmes ou autrui font l'objet d'un internement (*Winterwerp c. Pays-Bas*, 24/10/1979). La "régularité" de la détention doit être entendue comme l'absence d'arbitraire. « La privation de liberté est une mesure si grave qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été considérées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public exigeant la détention. Il doit être établi que la privation de liberté de l'intéressé était indispensable au vu des circonstances » (*Witold Litwa c. Pologne*, 2000).

Dans sa jurisprudence, la Cour a énoncé trois conditions minimales à remplir pour qu'il y ait "détention régulière d'un aliéné" : sauf cas d'urgence, il faut avoir démontré devant l'autorité compétente, au moyen d'une expertise médicale objective :

- la réalité du trouble mental ;
- son ampleur : le trouble doit revêtir un caractère ou une ampleur légitimant l'internement (notion de dangerosité) ;
- la persistance du trouble mental (voir la définition de ces trois critères dans l'arrêt *Winterwerp* du 24 octobre 1979, puis leur réaffirmation dans *X c/ Royaume-Uni* du 5 novembre 1981, *Luberti c/ Italie* du 23 février 1984, *Ashingdane c/ Royaume-Uni* du 28 mai 1985). Ce dernier point n'implique pas que les internés doivent être automatiquement élargis dès que cessent leurs troubles mentaux ; une libération conditionnelle est envisageable, le temps de confirmer leur guérison et de permettre leur réadaptation à la vie sociale (placement dans un foyer ad hoc par exemple). Dans son arrêt *Luberti*, la cour a admis que la levée de l'internement d'un individu reconnu auparavant comme un aliéné dangereux pour la société concerne, outre l'intéressé, la communauté dans laquelle il va vivre si on l'élargit (« les autorités doivent témoigner de prudence et ont besoin de quelque temps pour se prononcer sur la libération de l'intéressé, même si les expertises médicales donnent à penser qu'il est guéri »). La libération conditionnelle doit néanmoins être effective ; les autorités ne sauraient la différer trop longtemps au motif qu'elles n'ont pu trouver de lieu d'accueil adapté (arrêt *Johnson c. Royaume-Uni*, 24 octobre 1997).

La Cour ne prend pas en compte la notion de « traitabilité » ou de nécessité/besoin de soins, contrairement à certaines législations nationales (l'anglaise, par exemple, voir fiche séparée). Aussi ne censure-t-elle pas une hospitalisation sous contrainte visant une personne souffrant d'un trouble mental ne pouvant être traité à l'hôpital. Elle considère en effet que, dès lors que les trois conditions mentionnées ci-dessus sont remplies, l'internement est justifié, que ce soit à des fins thérapeutiques ou à des fins « de contrôle et de surveillance,

pour empêcher (la personne), par exemple, de porter atteinte à elle-même ou à autrui » (arrêt *Hutchison Reid contre Royaume-Uni*, 20 février 2003). **Elle valide de ce fait l'internement sur motif d'ordre public.**

La Cour estime qu'aucune privation de liberté d'une personne considérée comme aliénée ne peut être jugée conforme à l'article 5 § 1 e) de la Convention si elle a été décidée sans que l'on ait demandé l'avis d'un **médecin expert**. Toute autre approche reste en deçà de la protection requise contre l'arbitraire, inhérente à l'article 5 de la Convention. Ainsi, un internement provisoire décidé par un procureur sans avis médical préalable viole la convention s'il n'est pas justifié par l'urgence ou le refus de la personne de se soumettre à un examen médical, et ce même s'il a été précisément pratiqué en vue d'obtenir un avis médical et d'apprécier l'opportunité d'une procédure judiciaire d'internement psychiatrique (arrêt *Varbanov c. Bulgarie*, 5 octobre 2000 : « la Cour ne saurait admettre qu'en l'absence d'évaluation par un psychiatre, les points de vue d'un procureur et d'un policier sur la santé mentale du requérant, qui de plus reposaient sur des éléments remontant à 1993 et 1994, suffisaient à justifier la décision de l'arrêter, et encore moins son internement pendant vingt-cinq jours, en août-septembre 1995 »).

L'urgence et le refus de se laisser examiner permettent en effet certaines dérogations. Il est acceptable, dans des cas urgents ou lorsqu'une personne est arrêtée en raison de son comportement violent, que l'avis médical soit obtenu immédiatement après l'arrestation. De même, dans le cas où la personne refuse de se laisser examiner, une évaluation à distance par un médecin expert sur la base du dossier est possible (arrêt *X c. Royaume-Uni* du 5 novembre 1981). Dans tous les autres cas, une consultation préalable est indispensable.

La phase d'observation des personnes appréhendées en raison de leur agitation ne peut se prolonger de façon excessive, dès lors qu'un médecin a attesté de l'absence de trouble mental pouvant justifier une hospitalisation ou une période complémentaire d'observation. Ainsi, un maintien à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris 6h30 après l'édition d'un diagnostic d'absence de pathologie psychiatrique nécessitant une hospitalisation constitue une violation de l'article 5 § 1 e) de la Convention (arrêt *R.L. et M.-J. D. c. France* du 19 mai 2004)

L'évaluation médicale doit reposer sur l'état de santé réel de l'intéressé au moment où son internement est envisagé, et non pas uniquement sur des faits passés. Un avis médical ne saurait être considéré comme suffisant pour justifier une privation de liberté s'il s'est écoulé un laps de temps significatif (arrêt *Varbanov c. Bulgarie*, 5 octobre 2000).

La Cour admet au surplus qu'il faut un certain lien entre, d'une part, le motif invoqué pour la privation de liberté autorisée et, de l'autre, le lieu et le régime de la détention. En principe, la "détention" d'une personne comme malade mental ne sera "régulière" que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié et habilité.

IV- ART. 5-2 :

« Toute personne arrêtée doit être informée, dans le plus court délai et dans une langue qu'elle comprend, des raisons de son arrestation et de toute accusation portée contre elle ».

Cet article, appliqué par le juge national en France, ne semble pas avoir été utilisé par le juge de Strasbourg pour des affaires d'internement psychiatrique.

V- ART. 5-4:

"Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale."

La Cour rappelle qu'en garantissant un recours aux personnes arrêtées ou détenues, l'article 5 § 4 consacre aussi le droit pour celles-ci d'obtenir, dans un bref délai à compter de l'introduction du recours, une décision judiciaire concernant la régularité de leur détention et mettant fin à leur privation de liberté si elle se révèle illégale. Elle a condamné la France pour un délai de jugement de plus d'un an, le juge saisi sur la base de l'article L.3211-12 du code de la santé publique ayant mis plus de trois mois à désigner un expert (*D.M. contre France*, 27

juin 2002). Elle a aussi considéré que l'inaction d'un juge du TGI pendant quinze jours ne satisfaisait pas à l'exigence de célérité du référé et de désignation immédiate d'un expert (arrêt *Delbec c. France*, 18 juin 2002).

L'article contient en outre la notion de tribunal. Cet aspect a fait l'objet d'une interprétation subtile par la Cour : si la décision privative de liberté émane d'un organe administratif, l'article 5-4 astreint les Etats à ouvrir au détenu un recours auprès d'un tribunal. Si l'internement a été décidé par un organe judiciaire, le contrôle juridictionnel voulu par l'article 5-4 se trouve incorporé à la décision (*De Wilde, Ooms et Versyp c. Belgique*, arrêt du 18 juin 1971), pour peu que cet organe constitue un « tribunal » au sens de la jurisprudence de la Cour.

Le terme tribunal ne renvoie pas forcément à une chambre intégrée au système judiciaire proprement dit. Il peut s'agir d'un organe répondant aux exigences d'indépendance et d'impartialité requises par la convention, empruntant une procédure de type judiciaire et compétent pour statuer sur la légalité de la détention et pour décider, le cas échéant, de sa levée (*Weeks c. Royaume-Uni*, 2 mars 1987 ; *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*, 20 février 2003). Cf. sur ce point le *tribunal of mental health* sur le point d'être mis en place en Angleterre.

VI- ART. 6-1 (procès équitable, délai raisonnable) :

"Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur des droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle".

La Cour a estimé que la privation de liberté ressortissait bien d'une contestation d'un droit de caractère civil. Néanmoins, en matière d'internement psychiatrique, c'est l'article 5-4 qui semble plutôt invoqué.

VII- ART. 8 :

1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.
2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

Cet article ne semble pas avoir fait l'objet d'une application spécifique en matière d'hospitalisation sans consentement.

ANNEXE 9

EXEMPLES INTERNATIONAUX

1 LE CAS ITALIEN : LA SUPPRESSION DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES ET LE CHOIX DE LA JUDICIARISATION

L'Italie a profondément rénové le fonctionnement de sa psychiatrie en 1978. Alors que le pays apparaissait, à l'époque, en retard par rapport à ses voisins (et notamment la France), la situation serait désormais contraire, si l'on en croit certains psychiatres. La réforme de 1978 est née d'une expérience tentée à Trieste par le professeur Basaglia, par la suite étendue à l'ensemble de la péninsule.

La « loi Basaglia » de 1978 a supprimé l'hôpital psychiatrique (cessation des admissions à cette date⁸²) et le système d'internement d'office. En substitution, le pays s'est doté de structures légères d'aide à l'accompagnement des malades (maisons familiales, coopératives sociales), de services territoriaux de prise en charge psychiatrique fonctionnant en réseau avec les services sociaux, et d'unités psychiatriques (les SPDC, pour services psychiatriques de diagnostic et de cure) disséminées dans les hôpitaux généraux et limitées à 15 lits maximum, pour les cas où l'hospitalisation reste nécessaire.

Les communes et les régions s'impliquent massivement dans le dispositif : elles financent les alternatives à l'hospitalisation et mettent en place de nombreuses actions de prévention, à destination des personnes fragiles mais aussi de la population en général afin d'accroître son degré de tolérance et de solidarité envers les malades mentaux.

Pour les personnes ne consentant pas à se soigner, **la loi de 1978 a prévu un dispositif de « traitement sanitaire obligatoire » (TSO).** Le TSO est d'application large, puisqu'il englobe l'ensemble des traitements sanitaires imposés, quelles que soient les pathologies. Sa mise en œuvre est strictement encadrée au niveau législatif et requiert une nécessité de soins (attestée par deux certificats médicaux) et la constatation du non-consentement (ou de l'impossibilité du consentement) du malade.

En matière de maladie mentale, le TSO permet, en théorie, d'imposer des soins en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation contrainte. En pratique, seul ce second volet a été développé. Aussi le TSO se rapproche-t-il, au quotidien, des anciens internements d'office, à ceci près qu'il s'agit exclusivement d'une mesure de soins, qui n'est jamais fondée sur des critères d'ordre public, et que l'hospitalisation prend toujours place dans de petites structures hospitalières, ouvertes et intégrées aux hôpitaux généraux.

Avant 1978, les internements d'office étaient décidés par la police, sur la base d'un certificat médical, dès lors que des critères de dangerosité (troubles à l'ordre public, danger pour la personne ou son entourage) étaient réunis. Désormais, la procédure de mise en œuvre du TSO comporte trois étapes essentielles :

- En cas de réunion des critères de nécessité de soins et de non-consentement, production des certificats médicaux,
- décision du maire, en sa qualité d'autorité sanitaire locale,
- décision de confirmation ou d'infirmité, dans les 48h, par le juge judiciaire⁸³.

Le TSO est prononcé pour une semaine et est renouvelable sur décision du juge. En cas de besoin, le juge prend des mesures pour la conservation et l'administration du patrimoine du malade.

Des recours contre les décisions de TSO sont possibles et peuvent émaner des malades ainsi que de « quiconque s'y intéresse ».

Les fins d'hospitalisation sont anticipées et le futur cadre de vie des personnes convalescentes est étudié de manière approfondie.

⁸² En 2000, il n'existait plus qu'un seul hôpital psychiatrique. La suppression de l'hôpital psychiatrique de Rome, qui comptait 3000 lits, a demandé 21 ans et a donc été achevée en 1999.

⁸³ Il s'agit du juge des tutelles italiens, dont les attributions ne recourent pas exactement celles du juge des tutelles français.

Pour les psychiatres italiens, on est clairement passé d'une mesure de police à une mesure de soins.

En 2002, pour la seule région du Latium qui comporte 280 lits psychiatriques, 1 137 TSO ont été pratiqués (durée moyenne de 10 jours) et ont représenté 13,3% des hospitalisations psychiatriques de l'année⁸⁴.

Il n'existe pas, en Italie, de régime équivalent à l'hospitalisation sur demande d'un tiers, malgré les demandes en ce sens d'associations et d'une partie, pour l'instant minoritaire, de l'opinion publique.

Pour les détenus, il existe des **hôpitaux psychiatriques judiciaires (1200 lits)**, placés sous l'autorité exclusive du ministère de la justice. Ils accueillent, outre des détenus affectés de troubles mentaux, des personnes « jugées non responsables au moment des faits mais considérées comme dangereuse socialement ». Leur fonctionnement est de type asilaire.

Toutes les prisons italiennes ne disposent pas d'une unité d'observation des troubles psychiatriques.

Un projet de réforme est en cours pour transférer la partie sanitaire de ces établissements au ministère de la santé.

Sources :

- Rencontre avec le directeur et des personnels de la DDASS du Val-de-Marne, suite à un voyage d'étude réalisé au printemps 2003 ;
- Actes de la journée d'études sur la psychiatrie organisée à Créteil le 23 septembre 2003 par la DDASS du Val-de-Marne.

⁸⁴ Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, 2003. Ces chiffres portent sur les sorties (*dimissioni*) de l'hôpital, le même degré de détail n'étant pas disponible en ce qui concerne les admissions.

2 L'ANGLETERRE : UN MODELE MIXTE, NÉ D'UN SOUCI D'EFFICACITÉ

Le dispositif anglais est toujours régi par la loi sur la santé mentale de 1983 (*1983 Mental Health Act*). Une réforme d'envergure est cependant en cours : une évaluation de la loi de 1983 a été confiée à un groupe de travail indépendant en 1998, un projet de réforme (*white paper*) a été publié en décembre 2000, puis soumis à consultation publique en juin 2002 sous forme d'avant projet de loi. Cette consultation a été close le 16 septembre 2002 et le ministère de la santé s'attache actuellement à rédiger des réponses aux réactions du public.

L'hospitalisation sans consentement, pour diagnostic ou traitement, touche près de 44 000 personnes par an. Quelque 12 000 personnes se trouvent hospitalisées sous contrainte à n'importe quel moment de l'année.

❖ Le cadre législatif de 1983 est apparu inadapté, et ce pour plusieurs raisons :

- 1- Il comporte une **définition restrictive de la maladie mentale**, axée autour de la notion de « traitabilité » (*treatability*), qui limite les possibilités d'application de l'internement sans consentement, alors même que les personnes concernées présentent des risques sérieux pour elles-mêmes ou pour autrui ;
- 2- il ne permet pas d'aborder le **problème du suivi effectif du traitement pour les personnes ayant quitté l'hôpital**. La loi ne prévoit d'obligation de traitement que dans le cadre de l'hospitalisation. Les malades libérés mais qui restent réticents à prendre leurs médicaments ou à se rendre aux consultations deviennent pourtant dangereux pour eux-mêmes ou pour la population dans son ensemble⁸⁵. Dans l'état actuel du droit, les services psychiatriques qui constatent qu'un malade est à la dérive ne peuvent qu'attendre une dégradation substantielle de son état de santé pour pouvoir le réadmettre à l'hôpital et, *in fine*, lui imposer à nouveau un traitement.
- 3- Il ne permet de délivrer qu'une **information rudimentaire** aux malades, qui ne sont d'ailleurs pas toujours en mesure d'en comprendre les implications.
- 4- Il confie un **pouvoir fort aux médecins**, sans garantir qu'une vérification soit opérée. Les pouvoirs de deux commissions *ad hoc* (*Mental health review commission* et *Commission for health improvement and care standards*) sont en effet vagues et parfois concurrents.
- 5- Il ne permet pas une communication efficace entre les services publics concernés.
- 6- Il ne prévoit pas de traitement particulier pour les mineurs.

❖ Dans ce contexte, la réforme ambitionne :

- 1- D'adopter une définition plus large du « désordre mental » (*mental disorder*), permettant d'englober toutes les formes de maladie mentale (tout en restant compatible avec la CEDH), tout en étant assortie d'une définition précise des risques et des circonstances permettant un internement sans consentement ;

⁸⁵ 1000 suicides de personnes affectées d'un trouble mental sont ainsi recensés chaque année, et 40 homicides sont réalisés par des personnes ayant été en contact avec un service psychiatrique.

- 2- de donner les moyens aux praticiens d'imposer un traitement, même en dehors de l'hôpital, pour les patients soignés en ambulatoire ;
- 3- d'améliorer l'accès des malades à l'information et à leurs droits. Pour ce faire, la loi prévoit la désignation d'une personne (*nominated person*) par le personnel de l'hôpital ou l'équipe médicale, choisie en priorité parmi les proches du malade, après consultation de ce dernier. Cette personne sera consultée par l'équipe médicale à chaque étape du diagnostic puis du traitement. Elle pourra solliciter une expertise médicale indépendante, saisir le tribunal de la santé mentale, y représenter le malade. Des avocats spécialisés seront par ailleurs disponibles (*specialist advocacy*).
- 4- d'obliger le recours à une expertise médicale indépendante au-delà de 28 jours d'internement et de créer un tribunal de santé mentale (*Mental health tribunal*), composé de professionnels du secteur et compétent pour autoriser les internements de plus de 28 jours. En outre, une formation spécifique sera proposée aux praticiens chargés de prendre les décisions les plus cruciales pour les patients. Enfin, les rôles des deux commissions existantes seront clarifiés : la *Commission for mental health* (nouvelle dénomination) aura un rôle similaire à celui des CDHP françaises. La seconde commission (*Commission for health improvement and for care standards*) aura un rôle d'inspection des hôpitaux psychiatriques ;
- 5- un devoir de diffusion de l'information sera instauré entre services sanitaires et services sociaux notamment ;
- 6- l'hospitalisation sous contrainte d'un mineur ne sera possible qu'avec l'accord du tribunal de santé mentale.

Etape n°1 : Examen du malade et décision éventuelle de recourir à la contrainte (*decision on use of compulsory powers*)

- nécessité de remplir quatre critères cumulatifs : trouble mental (1) tel qu'il exige un diagnostic précis ou un traitement psychiatrique (2), risque pour sa sûreté ou celle d'autrui (3), non consentement et disponibilité d'un traitement adapté (4).
- si ces critères sont remplis, le ministre de la santé doit faire procéder à un examen de la personne. En pratique, ces pouvoirs sont délégués aux établissements de santé.
- examen par trois professionnels qualifiés (décisions conformes de deux médecins et d'un personnel d'hôpital psychiatrique : *two doctors and a mental health professional*. Un texte ultérieur devant préciser les qualifications d'au moins un de ces docteurs). Le délai de l'examen ne doit pas dépasser 120 heures. En cas d'urgence, la décision peut être prise par le personnel hospitalier et un seul docteur (l'avis d'un deuxième docteur est alors obligatoire sous 72h), ou par le psychiatre de l'établissement (si le patient se trouve déjà en unité psychiatrique ; l'accord des 2 docteurs et du membre du personnel est alors requis sous 72h), ou par une infirmière répondant à certaines conditions d'ancienneté (la décision ne vaut alors que 6 heures et doit être confirmée selon la procédure sus mentionnée).

Etape n°2 : diagnostic et traitement (*formal assessment and initial treatment under compulsory powers*)

- les aspects sanitaires et sociaux sont pris en compte au sein d'un « plan de soins » préliminaire (*preliminary care plan*), élaboré sous trois jours, qui, inévitablement, sera relativement sommaire ;
- le délai maximum de cette phase est de 28 jours ; au-delà, le maintien en phase d'observation ou le passage en phase 3 doit être autorisé par le *Mental Health Tribunal*.

Etape n°3 : soins et « ordre de traitement » (*care and treatment order*)

Ordre de traitement délivré par le tribunal pour 6 mois, puis 6 mois, puis des périodes de 12 mois, qui autorise le traitement prévu dans le plan présenté par l'équipe médicale à condition que :

- le diagnostic ait conclu à un trouble mental,
- l'internement soit requis dans l'intérêt du malade ou à cause des risques posés en terme de sûreté de la personne et d'autrui,
- le traitement soit susceptible de conduire à un bénéfice thérapeutique ou, si l'internement a été requis pour des raisons d'ordre public, qu'il permette une réduction des troubles et une amélioration du comportement.

A l'intérieur de chaque période, le malade peut demander un réexamen (*review*) de sa situation au tribunal.

Pendant les étapes 1, 2 et 3, les personnes visées par les mesures ont la possibilité de faire un recours devant le tribunal de santé mentale qui peut ordonner l'interruption de la phase d'examen ou la mainlevée de l'hospitalisation.

Le *Mental health tribunal* est composé de professionnels de la psychiatrie. S'il est saisi par le psychiatre de l'établissement d'une demande de prolongation d'hospitalisation au-delà des premiers 28 jours, il lui appartient de solliciter une expertise indépendante en constituant un panel de docteurs en psychiatrie, aux sur-spécialités et origines ethniques variées, et de travailleurs sociaux. Autant que faire se peut, le psychiatre indépendant auquel il est fait appel devra être un connaisseur reconnu de la maladie diagnostiquée. Le tribunal se prononce au vu du plan de prise en charge établi par le psychiatre de l'établissement, des résultats de l'expertise indépendante, de l'audition éventuelle de la personne concernée ou de son représentant. L'ordre de traitement (*care and treatment order*) qu'il délivre, s'il estime le traitement justifié, doit préciser une durée, un lieu (hôpital ou pas), ainsi que des sanctions en cas de non respect.

Les décisions du tribunal de santé mentale seront susceptibles d'appel sur des points de droit (et non sur l'appréciation en opportunité qu'il peut avoir). Les requérants devront pour cela s'adresser au tribunal d'appel de santé mentale (*Mental health appeal tribunal*), dont la composition sera comparable à celle du tribunal de premier ressort mais dont les membres devront être distincts.

La levée de l'hospitalisation peut aussi être acquise par décision du psychiatre de l'établissement (*clinical supervisor*), sauf si l'ordre de traitement du tribunal impose une nouvelle délibération du tribunal pour toute évolution en ce sens.

En cas de traitement en ambulatoire, l'ordre du tribunal détaille les obligations du patient et les sanctions auxquelles il s'expose en cas de faute (la sanction est alors prise par le psychiatre de l'établissement). La plupart des levées d'hospitalisation devraient être suivies de périodes de soins obligatoires en ambulatoire (*compulsory care and treatment in the community*), avec pouvoir de sanction du *clinical supervisor* allant jusqu'à la réintégration à l'hôpital (*recall to hospital*).

A la sortie d'un traitement imposé, les individus et le service de psychiatrie signent un plan écrit, prévoyant les soins qui restent à recevoir et la date de réévaluation du plan.

La police est souvent le premier intervenant sur le terrain. Elle agit en interaction avec d'autres services, selon des protocoles locaux. Elle dispose de pouvoirs d'appréhension dans les lieux publics mais aussi au domicile des personnes, pour protéger la personne ou les tiers. En l'état actuel du droit, le recours à un juge autorisant l'intervention au domicile est le plus fréquent. La nouvelle loi permettra aux services de police d'intervenir au domicile des malades et d'emmener la personne, sur avis d'un psychiatre disposant de suffisamment d'ancienneté et d'expérience et affirmant que la personne est affectée de troubles mentaux et nécessite des soins immédiats pour amoindrir sa dangerosité. En l'absence de ces circonstances, l'autorisation d'un juge reste nécessaire pour pouvoir porter atteinte à l'inviolabilité du domicile.

Les malades les plus dangereux (*dangerous people with severe personality disorder, DPSD*) sont transférés, après la phase 1, vers des centres spécialisés, pour y connaître un diagnostic approfondi et recevoir des soins adaptés. Le diagnostic approfondi nécessite un délai de trois mois (il faut alors que le tribunal de santé mentale délivre, au-delà des 28 premiers jours, une autorisation de poursuite du diagnostic). Le programme de traitement n'est alors présenté au tribunal que dans un second temps. Ce dernier peut, eu égard au profil particulier des malades, assortir son ordre de traitement d'une impossibilité de lever l'hospitalisation sans son aval.

Par ailleurs, les plans gouvernementaux d'amélioration du service public de la santé incluent la création ou l'agrandissement de centres hautement sécurisés (*high security psychiatric services*), de même que le renforcement de leur sécurisation, suite au rapport rendu par Sir Richard Tilt (*Report of the review of security at the high security hospitals, Department of health, may 2000*).

Cas des personnes pénalement poursuivies :

Le nouveau texte permettrait à un tribunal judiciaire (*Court*, puisqu'il s'agit cette fois-ci d'un organe judiciaire *stricto sensu*) de renvoyer une affaire pour diagnostic psychiatrique sur la base d'un seul avis médical, contre deux auparavant. Un deuxième avis médical serait ensuite nécessaire pour que le tribunal judiciaire puisse ordonner l'hospitalisation, pour une durée de 28 jours, renouvelable (le temps d'hospitalisation est cependant limité à douze mois).

Le droit actuel permet aux tribunaux judiciaires, si la personne est déclarée coupable à l'issue du procès, de :

- **prononcer une peine.** L'hospitalisation s'achève alors, sauf indication contraire des juges (*hospital and limitation direction*). Dans ce dernier cas, la personne purge sa peine à l'hôpital, tant que le psychiatre l'estime nécessaire. Ensuite, elle est transférée en prison, sous le contrôle du ministre de l'intérieur ;
- **délivrer une ordonnance de soins et de traitement**, conformément à l'avis d'un psychiatre, pour 6 mois maximum. La Cour peut assortir l'ordre de soins et de traitement d'une clause restrictive (*restriction order*), pour les personnes les plus dangereuses. Leurs sorties d'essai, transferts et levées d'hospitalisation sont alors placées sous le contrôle du Ministre de l'intérieur qui prend en compte l'impératif de protection du public. Au-delà de six mois, l'hospitalisation peut être maintenue suivant le régime juridique applicable à l'ensemble de la population.

Les détenus développant des troubles mentaux sévères peuvent aujourd'hui être transférés à l'hôpital sur décision du ministre de l'intérieur, pour diagnostic et/ou traitement. L'évaluation de la santé mentale du détenu peut avoir lieu en prison, afin d'éviter tout transfert inutile ou de préparer au mieux les transferts des malades les plus dangereux.

Un détenu hospitalisé atteignant le terme de sa peine ne peut être maintenu à l'hôpital que sur décision du tribunal de la santé mentale.

Sources :

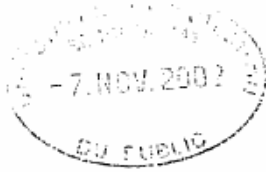
- site internet du ministère de la santé britannique : www.doh.gov.uk/mentalhealth
- *Draft Mental Health Bill, explanatory notes*, Department of Health, June 2002 ;
- *Reforming The Mental Health Act, Part I: the new legal framework, Part II: high risk patients*, Department of Health, December 2000.

ANNEXE 10

PREFECTURE DE POLICE

Jugement du Tribunal administratif de Paris du 30 octobre 2002

TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE PARIS



N° 0006413/4

Groupe Information Asiles

M. Chazan
Rapporteur

M. Bachini
Commissaire du Gouvernement

Audience du 2 octobre 2002
Lecture du 30 octobre 2002

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Le Tribunal administratif de Paris,
(4ème section, 3ème chambre),

Vu la requête, enregistrée le 17 avril 2000, présentée par le Groupe Information Asiles, sis 14 rue des Tapisseries, 75017 Paris ; le Groupe Information Asiles demande que le Tribunal :

- 1°) annule la décision implicite, par laquelle le préfet de police a refusé de prononcer la fermeture de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police ;
- 2°) condamne l'Etat au versement d'une astreinte de 5 000 F par jour de retard dont 4 500 F au fonds de compensation de la taxe sur la valeur ajoutée et 500 F à lui-même, jusqu'à la fermeture de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police ;
- 3°) condamne l'Etat à lui verser la somme de 6 500 F en application des dispositions de l'article L 8-1 du code des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel ;

.....
Vu la réclamation préalable en date du 23 octobre 1999 ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la constitution du 4 octobre 1958 ;

Plan de classement : 49-05-01

-2-

Vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ;

Vu le pacte international relatif aux droits civils et politiques ouvert à la signature à New-York le 19 décembre 1966 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu l'arrêté du 12 messidor an VIII qui détermine les fonctions du préfet de police à Paris ;

Vu le code de justice administrative ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience ;

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 2 octobre 2002 :

- le rapport de M. Chazan, assesseur ;
- les observations de Maître Mayet, avocat, pour le Groupe Information Asiles ;
- et les conclusions de M. Bachini, commissaire du gouvernement ;

Sur les conclusions tendant à la "fermeture" de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police :

Considérant que l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police ne constitue pas un établissement public au sens de l'article 34 de la constitution du 4 octobre 1958, mais un service de la préfecture de police ; que, par suite, les conclusions du Groupe Information Asiles tendant à la "fermeture" de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police, doivent être regardées comme tendant à la suppression dudit service ;

Considérant qu'aux termes de l'article L 343 du code de la santé publique alors applicable : " En cas de danger imminent pour la sureté des personnes, attesté par un avis médical, ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire, et à Paris les commissaires de police, arrêtent à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes toutes les mesures provisoires nécessaires à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L 342. Faute de décision préfectorale, ces décisions sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures." ; qu'aux termes de l'article L 2512-13 du code général des collectivités territoriales : "Dans la commune de Paris, le préfet de police exerce les pouvoirs et attributions qui lui sont conférées par l'arrêté des consuls du 12 messidor an VIII qui détermine les fonctions du préfet de police à Paris, et par les textes qui l'ont modifié..." ; qu'aux termes de l'article 35 de l'arrêté susvisé du 12 messidor an VIII : " Le préfet de police aura sous ses ordres les commissaires de police..." ; que sur le fondement de l'ensemble de ces dispositions les commissaires de police, placés sous l'autorité du préfet de police, peuvent décider de retenir des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes au sein de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police ;

En ce qui concerne l'existence de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police :

Considérant, en premier lieu, que la circonstance que le préfet de police a créé, au sein de son administration, en vertu des pouvoirs d'organisation du service dont il dispose en qualité de chef de service, pour les besoins des missions dévolues aux commissaires de police par les dispositions précitées de l'article L 343 du code de la santé publique, une structure particulière destinée à assurer la rétention temporaire des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux, en vue de l'instruction d'une éventuelle mesure d'internement d'office, n'est pas, par elle-même, contraire aux dispositions de l'article 34 de la constitution du 4 octobre 1958, ni aux dispositions de la constitution du 27 octobre 1946 qui n'est plus en vigueur ; que la seule circonstance que l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police est dépourvue d'autonomie juridique n'implique pas qu'elle soit "dépourvue d'existence légale" ;

Considérant, en second lieu, que l'association requérante fait valoir que la prise en charge de personnes présentant des troubles mentaux manifestes intervient, en principe, sur l'ensemble du territoire, en milieu hospitalier et que leur accueil à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police constitue une violation du principe d'égalité des usagers devant les services publics ; que si la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux manifestes intervient selon des modalités, pouvant comporter une rétention en milieu hospitalier, le maintien de la structure contestée à Paris ne méconnaît pas pour autant le principe d'égalité, dès lors, d'une part, que la loi elle-même, en ne précisant pas la nature des mesures à prendre, n'impose pas aux maires et, à Paris, aux commissaires de police, d'organiser la prise en charge de ces personnes d'une manière uniforme et que, d'autre part, l'ensemble des personnes concernées est accueilli dans les mêmes conditions à l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police, en vertu des pouvoirs propres du préfet de police ;

En ce qui concerne la vocation de l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police :

Considérant, en premier lieu, que le paragraphe 1 de l'article 5 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme prévoit que "Nul ne peut être privé de sa liberté", sauf dans certains cas limitativement énumérés dont celui de "la détention régulière des aliénés", mentionné au e de cette disposition ; que les dispositions précitées de l'article L 343 du code de la santé publique investissent à Paris les commissaires de police du pouvoir de prendre "toutes les mesures provisoires nécessaires" à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux, sans en préciser les modalités ; qu'il n'est ni allégué, ni établi, que la rétention provisoire desdites personnes, au demeurant pratiquée sur l'ensemble du territoire, et non à la seule infirmierie psychiatrique de la préfecture de police, ne serait pas nécessaire au sens de ces dispositions, notamment pour prévenir des troubles à l'ordre public, et pour permettre au préfet de police d'apprécier la nécessité d'une éventuelle mesure d'internement d'office en milieu hospitalier ; que ni les dispositions susévoquées de l'article L 343, ni aucun texte en vigueur à la date de la décision attaquée, n'exigent que la rétention des personnes concernées intervienne en milieu hospitalier, les dispositions de l'article 24 de la loi du 30 juin 1838 et les textes d'application de cette loi, de même que les dispositions de l'ancien article L 349 du code de la santé publique, ayant été abrogés, notamment, par la loi du 27 juin 1990 ; qu'il suit de là, que l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police doit être regardée comme ayant pour vocation la détention régulière des aliénés au sens du e du paragraphe 1 de l'article 5 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ; que la décision attaquée n'a donc pas méconnu ses stipulations ;

-4-

Considérant, en deuxième lieu, que les stipulations du paragraphe 1 de l'article 9 du pacte international relatif aux droits civils et politiques susvisé prohibent la privation de liberté en dehors des procédures et dans les cas prévus par la loi ; qu'ainsi qu'il a été dit, l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police a pour objet la mise en oeuvre de la mission dévolue aux commissaires de police par les dispositions de l'article L 343 du code de la santé publique ; qu'ainsi, les mesures de rétention ordonnées dans ce cadre sont prévues par la loi et ne sont pas contraires aux stipulations du paragraphe 1 de l'article 9 du pacte international relatif aux droits civils et politiques ;

Considérant, en troisième lieu, que les décisions de rétention selon la procédure prévue à l'article L 343 du code de la santé publique sont susceptibles de recours pour excès de pouvoir ; qu'ainsi, le moyen tiré de la violation du paragraphe 1 et du paragraphe 4 de l'article 5 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme selon lequel "toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal" doit être écarté ; qu'au surplus, l'existence d'une procédure légale de privation temporaire de liberté en vue de prévenir les dangers liés, pour lui-même et pour autrui, à la santé mentale d'un individu, ne créent pas une atteinte disproportionnée au droit à une vie familiale normale qui lui est reconnu par les dispositions de l'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, et ne portent atteinte, ni à sa liberté de pensée, de conscience ou de religion protégées par l'article 9 de cette convention ni à sa liberté de réunion et d'association, protégées par l'article 11 de la même convention ;

Considérant, en quatrième lieu, que la rétention provisoire susévoquée, si elle constitue une privation temporaire de la liberté d'aller et venir décidée par une autorité administrative dans les conditions prévues par une loi, dont, au demeurant, il n'appartient pas au juge administratif de vérifier la conformité à la constitution et notamment à son article 66, elle ne constitue pas pour autant une hospitalisation d'office au sens de l'article L 342 du code de la santé publique, mais une mesure provisoire destinée à protéger préventivement les personnes concernées et les tiers ; que, par suite, la vocation de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police n'est pas de permettre l'hospitalisation d'office de ces personnes en méconnaissance des garanties prévues par l'article L 342 du code de la santé publique, tels notamment que l'intervention d'un arrêté préfectoral, pris au vu d'un certificat médical circonstancié ; qu'en outre, la rétention au sein des locaux de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police ne peut intervenir, sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir, qu'à l'égard des seules personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes conformément aux dispositions de l'article L 343 du code de la santé publique ; qu'enfin, elle ne constitue ni une sanction, ni une mesure prise en vue d'éventuelles poursuites pénales ; que, par suite, les moyens tirés de ce que le refus litigieux, révèle une volonté de détourner les procédures prévues aux articles L 342 et L 343 du code de la santé publique ou la procédure pénale de garde à vue et porte atteinte à la liberté individuelle, doivent être écartés ;

En ce qui concerne le fonctionnement de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police :

Considérant qu'aux termes de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales : " Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains et dégradants." ;

-5-

Considérant, en premier lieu, que le Groupe Information Asiles ne démontre pas, par les seules affirmations contenues dans ses mémoires, et qui ne sont assorties d'aucune pièce ou d'éléments de comparaison, que les personnes légalement retenues à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police, y seraient prises en charge dans des conditions constitutives de traitements inhumains ou dégradants, proscrits par les stipulations de l'article 3 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme ; qu'au surplus, il appartient à chaque usager, s'il s'y croit fondé, de rechercher, le cas échéant, la responsabilité de l'administration à raison des éventuelles fautes dans l'organisation ou le fonctionnement du service, dont il estimerait avoir subi les conséquences ;

Considérant, en deuxième lieu, qu'il n'est pas établi, d'une part, que la circonstance que le personnel médical de l'institution litigieuse est placé sous l'autorité administrative du préfet, alors qu'il est constant que l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police comprend au même titre que les structures de rétention en milieu hospitalier, du personnel médical qualifié, et qu'elle offre, en urgence, la possibilité d'administrer les soins nécessités par l'état des personnes retenues, d'autre part, que les méthodes de suivi des personnes n'ayant pas fait l'objet d'un internement d'office, à la suite de leur rétention conduisent nécessairement à une prise en charge méconnaissant les stipulations susévoquées de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, les libertés individuelles ou le principe du secret médical ; qu'en outre, à supposer même avérée l'affirmation selon laquelle la structure contestée accueille illégalement des mineurs de seize ans, cette circonstance n'implique pas nécessairement sa fermeture, et est, par conséquent, sans incidence sur la légalité de la décision attaquée ;

Considérant, en troisième lieu, que l'association requérante ne saurait utilement invoquer le fait que l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police fonctionne en dehors des procédures prévues aux articles L 331 et suivants du code de la santé publique, dès lors qu'elle n'est pas un établissement d'hospitalisation mais un lieu de rétention provisoire en vue d'une éventuelle hospitalisation ; qu'il n'est pas établi que l'administration possible de substances aux usagers ne répondrait pas à des besoins médicaux urgents à traiter, et constituerait, de fait, une mesure prise en considération de la personne justifiant la mise en oeuvre des droits de la défense, reconnus à toute personne faisant l'objet d'une sanction administrative ;

Considérant, enfin, que la circonstance que des personnes aient pu être retenues à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police à la suite de la décision d'une autorité incompétente, ne révèle pas un fonctionnement illégal de cette institution elle-même, et n'a pas davantage d'incidence sur la légalité du refus opposé à l'association requérante, de même, en tout état de cause, que l'illégalité alléguée du "règlement intérieur" ou de certaines de ces dispositions, qui ne nécessitent pas la suppression de ce service ;

Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède, que le Groupe Information Asiles n'est pas fondé à demander l'annulation de la décision implicite du préfet de police refusant la "fermeture" de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police, ni par voie de conséquence, à ce qu'une astreinte soit prononcée à son encontre ;

Sur l'application des dispositions de l'article L 761-1 du code de justice administrative :

Considérant qu'aux termes de l'article L 761-1 du code de justice administrative : "Dans toutes les instances devant les tribunaux administratifs et les cours administratives d'appel, le juge condamne la partie tenue aux dépens, ou, à défaut la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine au titre des frais exposés non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des

-6-

Considérant que les dispositions précitées de l'article L 761-1 ne permettent de condamner que la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante ; que dès lors, les conclusions du Groupe Information Asiles tendant à la condamnation de l'Etat, qui n'est pas partie perdante dans la présente instance, à lui verser la somme de 6 500 F en application des dispositions de l'article L 8-1 du code des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, et qui doivent être regardées comme tendant à l'application des dispositions de l'article L 761-1 du code de justice administrative, ne peuvent qu'être rejetées ;

D E C I D E :

Article 1er : La requête du Groupe Information Asiles est rejetée.

Article 2 : Le présent jugement sera notifié au Groupe Information Asiles et au ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales. Copie en sera transmise au préfet de police.

Délibéré à l'issue de l'audience du 2 octobre 2002, où siégeaient :

M. Plouvin, président ;
Mme Devauchelle et M. Chazan, assesseurs, assistés de M. Momerency, greffier.

Prononcé en audience publique le 30 octobre 2002.

Le rapporteur

Le président

Le greffier

G. Chazan

J.Y. Plouvin

D. Momerency

Statistiques :**▣ Suites données à l'examen des personnes conduites à l'IPPP :**

	Total	HO				HDT		HL		Sorties	
		75	93	réintro	HO/total	tous	HDT/total	tous	HL/total	tous	Sorties/total
2000	2474	1096	55	39	48 %	314	13 %	306	12 %	664	27 %
2001	2300	946	57	32	45 %	288	13 %	315	14 %	662	29 %
2002	2628	959	32	52	40 %	376	14 %	359	14 %	849	32 %
2003	1882	734	30	35	42 %	236	13 %	221	12 %	626	33 %

Source : préfecture de police. Pour 2003 : chiffres au 1^{er} octobre.

HO : hospitalisations d'office

HDT : hospitalisations sur demande d'un tiers

HL : hospitalisations libres

75 : Paris

93 : personnes interpellées à l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle

Réintro : personnes réintégrées à l'hôpital, à la suite d'une crise survenue lors de la sortie d'essai par exemple.

▣ Évolution des sorties d'essai :

	Sorties d'essai
1999	3433
2000	3615
2001	3918
2002	4225

Source : préfecture de police.

▣ Malades hospitalisés d'office sortis sans autorisation (au 04/09/2003) :

	Nombre de malades sortis sans autorisation	122-1*	D 398**	Province / Étrangers / SDF***
En 2003	48	4	0	23
En 2002	11	0	1	5
En 2001	19	0	0	10
En 2000	14	2	0	10
Avant 2000	13	7	0	6
Total	105	13	1	54

Source : préfecture de police.

* Il s'agit des fugueurs qui ont été hospitalisés d'office après avoir été déclarés pénalement irresponsables.

** Il s'agit des fugueurs qui ont été hospitalisés d'office en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

*** Il s'agit des fugueurs domiciliés en province (qui inclut la petite couronne), à l'étranger (ou connus comme demeurant actuellement à l'étranger), ou encore sans domicile fixe.

ANNEXE 11

CIRCULAIRE DU 30 AVRIL 1954

RELATIVE A LA RECHERCHE DES MALADES MENTAUX EVADES
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES
(MINISTRE DE L'INTERIEUR ET MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION)

MINISTERE DE L'INTERIEUR

DIRECTION GENERALE
DE LA
SURETE NATIONALE

Direction de la Réglementation

Sous-Direction
de la Réglementation Intérieure

Bureau de la Sécurité de l'Etat

Circulaire N° 145.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

Direction de l'Hygiène Sociale
2ème Bureau

DHS. N° 1123/2

REPUBLIQUE FRANÇAISE

PARIS, le

Archiv 836
14
30 Avril 1954

LE MINISTRE DE L'INTERIEUR

et

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA POPULATION

à Messieurs les INSPECTEURS GENERAUX
DE L'ADMINISTRATION EN MISSION EXTRAORDINAIRE
à Messieurs les PREFETS,
à Messieurs les DIRECTEURS et MEDECINS-
DIRECTEURS d'Hôpitaux psychiatriques
et
Messieurs les MEDECINS-CHEFS d'Hôpitaux
psychiatriques,
pour exécution, chacun en ce qui le
concerne.
à Messieurs les DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX
DE LA SANTE et DE LA POPULATION,
pour information.

OBJET : Recherche des malades mentaux évadés des hôpitaux
psychiatriques.

En raison des événements douloureux qui se sont
produits au début de l'année 1953, à la suite de plusieurs
évasions de malades mentaux d'un hôpital psychiatrique
comportant un service pour malades difficiles, il apparaît
nécessaire de reconsidérer les mesures adoptées jusqu'à
présent en vue de la recherche des malades mentaux évadés
et d'assurer une coordination satisfaisante entre l'autorité
préfecturale, les hôpitaux psychiatriques et les services
de police.

L'attitude adoptée en cette matière doit tenir
compte des devoirs d'assistance et de protection que la

....

2.

Société doit assumer à l'égard des malades en général, aussi bien que des nécessités impliquées par la protection éventuelle des tiers. Il importe que les autorités responsables de l'ordre public soient averties de l'éventualité des réactions dangereuses que peuvent présenter, dans des conditions particulières, certains malades. Ces indications ne peuvent être fournies que par le médecin chef du service où le malade se trouvait en traitement avant sa sortie irrégulière.

D'une manière générale, il est rappelé que, selon les dispositions de l'article 32 du Règlement Intérieur modèle des hôpitaux psychiatriques annexé à l'arrêté du 5 février 1838, le Directeur de l'établissement doit, sans délai, aviser le Préfet de toute évasion et lui transmettre le rapport et le certificat de situation rédigés obligatoirement à ce sujet par le médecin du service où le malade se trouvait en traitement. Les médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques voudront bien, à l'occasion de chaque départ irrégulier, rédiger le certificat réglementaire, de telle sorte qu'il établisse, de façon formelle et, à leur avis, le sujet est ou non dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes; dans l'affirmative, le certificat devra, dans la mesure du possible, indiquer quel genre de réactions est à craindre, à l'égard de quelles personnes et en quels lieux.

Ces dispositions générales étant ainsi rappelées, il paraît nécessaire de donner quelques précisions sur les mesures à prendre dans certains cas particuliers. MM. les Préfets sont donc chargés de mettre sur pied, en liaison avec MM. les Directeurs ou Médecins-Directeurs des Hôpitaux psychiatriques le dispositif suivant:

1° - Cas de malades placés en service fermé par voie de placement d'office.

Sans doute la loi du 30 juin 1838 prévoit-elle que seuls les sujets dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes font l'objet d'une telle procédure de placement. L'expérience montre, néanmoins, que les malades placés d'office ne sont pas tous également dangereux; au surplus, certains malades, dangereux lors de leur entrée à l'Hôpital psychiatrique peuvent avoir cessé de l'être après quelque temps de traitement, sans que la transformation de leur mode de placement en placement volontaire ait pu encore intervenir.

....

3.
Il importe donc que les dispositions prises dans chaque cas individuel s'adaptent aussi exactement que possible aux caractéristiques présentées par le sujet.

A cet égard, trois hypothèses peuvent se présenter:

1ère hypothèse: Le certificat établi par le médecin-chef de service à l'occasion de l'évasion ne laisse pas apparaître une présomption de danger.

Dans cette hypothèse, le Directeur de l'Etablissement doit seulement aviser le Préfet et lui transmettre ledit certificat; le Préfet reste alors seul juge, sur la base du dossier ainsi transmis, de l'opportunité de mesures de recherches particulières, dans les conditions prévues pour la 2ème hypothèse ci-dessous; mais c'est lui, et non pas le Directeur de l'établissement, qui en prend l'initiative le cas échéant.

2ème hypothèse: Le certificat établi par le médecin-chef de service à l'occasion de l'évasion indique expressément que le malade est encore susceptible de présenter un danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

Dans cette hypothèse, le Directeur, en même temps qu'il avise le Préfet et qu'il lui transmet ledit certificat, doit formuler par l'intermédiaire du service local de police ou de gendarmerie une demande de recherche auprès du Commissaire Divisionnaire, Chef du service régional de police judiciaire.

A l'appui de cette demande, le Directeur de l'établissement fournit toutes précisions utiles sur l'état-civil du malade, son signalement et les conditions dans lesquelles l'évasion est intervenue; il doit, en outre, simultanément porter à la connaissance du Commissaire Divisionnaire celles des indications contenues dans le certificat de situation établi par le médecin, qui précisent le caractère du danger que le malade peut présenter, les personnes qui peuvent être spécialement menacées, les lieux où ses réactions agressives peuvent, éventuellement, se manifester. Les indications d'ordre strictement médical n'ont pas à être transmises dans cette communication.

Sur la vu de ces renseignements, le Commissaire Divisionnaire apprécie l'opportunité d'effectuer une diffusion sur le plan régional, interrégional ou national.

....

4.

3ème hypothèse: Dans tous les cas où il s'agit de malades placés dans des services spéciaux pour internés difficiles, le Directeur doit obligatoirement et automatiquement saisir le Commissaire Divisionnaire d'une demande de recherches, dans les conditions déterminées pour l'hypothèse précédente. Le Préfet est également saisi comme dans les deux autres hypothèses.

2°- Cas de malades placés en service fermé par la voie de placement volontaire.

Dans le cas des malades placés sous le régime du Placement volontaire et qui sont toujours sous ce régime au moment de l'évasion, aucune mesure systématique de recherche impliquant l'intervention des services de police ne peut être déclenchée sans une modification de la situation juridique du malade (transformation du placement volontaire en placement d'office).

Dans ces conditions, aussitôt qu'il a été saisi du rapport du Directeur et du certificat détaillé établi par le médecin chef de service, conformément aux instructions rappelées au début de la présente circulaire, le Préfet doit apprécier, sur la base de ces renseignements, s'il y a lieu de déclarer que le sujet est dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes et de prendre, en conséquence, un arrêté de placement d'office.

Cependant, même si le Préfet juge bon de prendre cet arrêté, cette décision n'implique pas obligatoirement l'intervention de mesures de recherche systématique.

En effet, si le médecin estime que le malade évadé n'est pas spécialement dangereux comme ce doit être, en pratique, la généralité des cas, il n'y a pas lieu, en règle générale, de déclencher une action généralisée des services de police.

Si par contre, les renseignements fournis par le médecin laissent entendre que le malade en cause est spécialement dangereux, il appartient au Préfet, après qu'il a pris l'arrêté de placement d'office, de saisir le Commissaire Divisionnaire chef du service régional de Police Judiciaire, d'une demande de recherches qui doit comporter tous les renseignements nécessaires (état-civil, signalement, conditions de l'évasion, indications du certificat de situation donnant les précisions nécessaires sur le caractère du danger, à l'exclusion des considérations strictement médicales). Le Commissaire divisionnaire effectue alors la diffusion qui lui paraît opportune.

.....

5.

Il est bien évident toutefois que de tels cas ne peuvent avoir qu'un caractère absolument exceptionnel.

Un cas spécial doit, cependant, faire l'objet d'une disposition particulière: les malades, placés volontaires, qui se trouveraient, au moment de l'évasion dans la situation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article 14 de la loi du 30 juin 1838 (sursis provisoire à la sortie, par opposition médicale on attendant la décision du Préfet) doivent être considérés, au regard de l'objet de la présente circulaire, comme s'ils étaient placés d'office; en conséquence, les dispositions prévues pour le cas des malades placés en service fermé par voie de placement d'office doivent leur être appliquées. Cette situation exceptionnelle est envisagée pour permettre, le cas échéant, au Directeur de saisir immédiatement le Commissaire Divisionnaire d'une demande de recherche, si le médecin estime qu'il y a une possibilité de danger.

3° - Cas des malades placés en service libre.

Ce cas est rappelé pour mémoire, car il s'agit, par définition, de malades libres et il ne saurait y avoir évasion dans cette hypothèse.

Pour le Ministre de l'Intérieur
et par délégation
Le Secrétaire Général
du Ministère de l'Intérieur.
René PAIRA

Pour le Ministre
de la Santé Publique
et par délégation
Le Directeur du Cabinet
Jacques B. HERZOG