

# Foire aux questions – Réforme des soins psychiatriques

Mise à jour 19 octobre 2011

◆ SIGLES	10
◆ APPLICATION DES DISPOSITIONS TRANSITOIRES	11
1) Quels patients faut-il recenser en priorité pour appliquer les dispositions transitoires ?	11
2) Quelles pièces faut-il transmettre avec la requête pour le contrôle des hospitalisations complètes de plus de 15 jours et de plus de 6 mois ?	12
3) Concernant les admissions (en HO comme en HDT) prises entre le 23 et le 31 juillet, doit-il y avoir établissement du certificat de 6-8 jours au lieu du certificat de quinzaine ?	13
4) Une personne actuellement en sortie d'essai d'HO mais irresponsable pénale doit-elle faire ou non l'objet de l'avis du collège à l'issue de la sortie d'essai pour pouvoir passer en soins ambulatoires ?	13
5) Dans le cadre du passage de sortie d'essai à soins ambulatoires, les 72 heures laissées au préfet pour prendre son arrêté sur la forme de prise en charge doivent-elles être comptées à l'issue de la sortie d'essai ou avant la fin de la sortie d'essai ?	13
6) Quelle sera la situation des personnes hospitalisées en HO ou en HDT jusqu'au 31 juillet et qui le 1er août seront toujours en hospitalisation complète ?	13
7) L'examen systématique par le collège des personnes en ex-HDT de plus de un an concernera-t-il également les personnes prises en charge avant le 1er août ?	14
8) Concernant les patients qui sont en HO depuis plusieurs années, par exemple un patient en HO depuis 2010, et dont le dernier arrêté de maintien est intervenu le 24/06/2011 : quelle sera la date de saisine du JLD, au plus tard à l'échéance de la mesure HO ou systématiquement saisine fin juillet/début août ?	14
9) Concernant les patients qui sont entrées en HO il y a quelques semaines, (1 mois ou 2 par exemple), la saisine doit elle intervenir au plus tard à l'échéance de la mesure HO (fin du 1er mois ou du 4ème mois) ou saisine fin juillet/début août ?	15
10) Concernant les patients pénalement irresponsables (L 3213-7), à quelle date la saisine doit elle intervenir ? Intervient-elle fin juillet/début août ou doit-on compter de 6 mois en 6 mois et saisir à la prochaine "échéance" ?	15
11) Pour les HO judiciaires (706-135 du CPP) même question	15
12) Concernant les patients qui ont fait un recours auprès du JLD (demande de sortie immédiate L 3211-12), la saisine du JLD pour le contrôle systématique intervient-elle au plus tard dans les six mois suivant la date de cette décision ?	15
13) Faut-il tenir compte des sorties d'essai pour la saisine du Juge des libertés et de la détention ?	15

## ◆ PÉRIODE D'OBSERVATION ET DE SOINS 16

- 1) Si une personne admise à la demande d'un tiers n'a pas besoin d'une hospitalisation, doit-elle néanmoins rester 72h à l'hôpital ? 16
- 2) Un malade peut-il être admis en soins ambulatoires dès le début de sa prise en charge ? Une forme de soins alternative à l'hospitalisation complète peut-elle être enclenchée dès l'admission ? 16
- 3) Pour les HO : est-il possible de lever une décision préfectorale de soins psychiatriques (non précédée d'une mesure du maire) avant la fin de la période d'observation, notamment sur la base du certificat de 24 heures ? 16
- 4) Si le certificat de 72 heures propose de maintenir une personne en hospitalisation complète, est-il obligatoire de prendre un arrêté préfectoral portant sur la prise en charge ? 16
- 5) La période d'observation et de soins débute-t-elle lors de l'arrivée à l'établissement psychiatrique (admission suite aux décisions) ou l'arrivée aux urgences (bulletin d'entrée des urgences) ? 17
- 6) Quand concrètement débute la période de 72 heures ? À l'entrée aux urgences ou lors des décisions (préfet ou directeur) ? 18
- 7) Si le malade reste 48h dans un autre établissement, comment peut être réalisé le certificat médical de 24 heures par un psychiatre de l'établissement d'accueil ou le certificat médical de 72 heures ? 18
- 8) Si les deux certificats (24h et 72h) confirment la nécessité d'hospitalisation, faut-il quand même prendre un nouvel arrêté ? 18

## ◆ LES CERTIFICATS 19

- 1) Faut-il établir un certificat entre le 6ème et le 8ème jour pour les personnes qui auront été hospitalisées entre le 18 et le 22 juillet inclus ou faut-il établir le certificat de quinzaine après le 1er août ? 19
- 2) Concernant les admissions en HDT prises entre le 18 et le 25 juillet, doit-il y avoir établissement du certificat de 5-8 jours (puisqu'il n'a plus de certificat de quinzaine) à partir duquel calculer le délai pour établir le certificat mensuel 19
- 3) Que faire pour une mesure d'HO L 3213-6 commencée le 20/07/2011 qui deviendra caduque à défaut de confirmation le 4/08/2011 ? Doit-on demander un certificat pour confirmation (qui fait le certificat) ? 19
- 4) L'article R 3213-3 indique que "les certificats et avis médicaux établis en application du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés. » Cela sous-entend-il que tous les certificats médicaux pour les soins sur décision préfectorale doivent être dactylographiés? Même les certificats médicaux demandant la mesure, ou le certificat des 24h ? 20
- 5) Comment faire si les médecins libéraux généralistes refusent de dactylographier leurs certificats médicaux, notamment quand ils sont requis par les substituts pour aller aux commissariats et qu'ils réalisent les certificats médicaux sur leurs ordonnanciers ? 20
- 6) Le préfet peut-il ou doit-il refuser de faire un arrêté si le certificat médical initial n'est pas dactylographié? 20
- 7) A tout moment, un programme de soins peut être mis en place par décision du directeur sur la base d'un certificat médical qui évalue la justification de la mesure et modifie la forme de la prise en charge. La date de

cette décision peut-elle ou doit-elle être prise en compte pour l'établissement du certificat mensuel ultérieur ?  
20

8) Faut-il un certificat de huitaine après une réintégration d'un patient admis en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers, soit sans tiers en cas de péril imminent et à la demande du représentant de l'Etat ? 21

9) Doit-on compter la durée des certificats des 24 heures et des 72 heures en heures ou en jours ? 21

10) Le certificat de huitaine établi après une réintégration remet-il en cause la périodicité des certificats mensuels ? 21

#### ◆ HOSPITALISATION COMPLÈTE (HC) ET AUTRE FORME DE PRISE EN CHARGE 22

1) Quelle est la définition de l'hospitalisation complète (HC) continue (exemple du patient qui est sorti un week-end : à partir de quand est-il considéré en HC ? A partir de la mesure ou à partir de son retour de sortie d'essai ?) 22

#### ◆ LES SORTIES ACCOMPAGNÉES DE COURTE DURÉE (ART. L 3211-11-1) : 23

1) Le cadre juridique des audiences devant le JLD : une sortie de courte durée devra-t-elle être mise en place ? 23

2) Dans le cadre des sorties de courte durée pour des personnes en hospitalisation complète, la sortie peut-elle être accordée si la personne est exclusivement accompagnée par un membre de sa famille ou la personne de confiance ? 23

3) L'accord pour la sortie de courte durée lorsque la mesure est prise en application du chapitre III doit-il être formalisé par arrêté ? Ou bien la non-opposition formelle du représentant de l'Etat vaut-elle acceptation tacite de la sortie de courte durée ? En effet les nouveaux modèles d'arrêtés transmis ne prévoient pas ce cas de figure. 23

#### ◆ L'EXAMEN SOMATIQUE 24

1) Qu'est-ce qu'un examen somatique complet ? 24

2) Afin de "prouver" que l'examen somatique a été réalisé, le médecin va annoter le dossier médical du patient mais que doit nous transmettre l'établissement : une attestation du médecin ? 24

#### ◆ SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DEMANDE D'UN TIERS OU EN CAS DE PÉRIL IMMINENT 25

1) Comment définir la date d'admission en soins psychiatriques ? 25

2) L'article L3212-7 du CSP prévoit qu'un certificat médical est établi « après le 5ème jour et au plus tard le 8ème à compter de l'admission en soins psychiatriques ». Est-ce donc à partir du 5ème ou à partir du 6ème jour ? 25

3) La notion de péril imminent est-elle toujours celle définie par la HAS ? 25

4) L'article L3212-1 II – 2° du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit une obligation d'information à la charge du directeur sauf difficultés particulières ; que devons-nous entendre par « difficultés particulières » ?	25
5) L'article L3211-3 du CSP ne précise pas les modalités de l'information du patient; que devons-nous entendre par « les raisons qui les motivent » ?	25
6) Combien de temps peut durer l'hospitalisation en cas de péril imminent (sans tiers) si personne ne veut se porter tiers demandeur ? La simple information de la famille par le directeur sans demande de réalisation d'une demande de tiers demandeurs suffit-elle ?	26
7) Pourquoi la durée des soins ne figure-t-elle plus dans les décisions de maintien ?	26
8) Les décisions du directeur d'hôpital peuvent-elles faire l'objet d'une délégation de signature à un personnel hospitalier administratif ou soignant?	26
9) L'information de la famille prévue à l'article L3213-9 est-elle systématique, même si le patient ne souhaite pas que sa famille soit prévenue ?	27
10) Si le patient refuse de donner le nom d'un membre de sa famille pour qu'il soit informé de sa situation et que l'établissement connaît un ou plusieurs membres de la famille du patient, doit-il transmettre l'information qu'il détient au préfet pour que la famille soit informée conformément à l'article L3213-9 ?	27
11) Quels sont les médecins nécessaires pour les deux cas d'admission en urgence en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement de santé et pour l'application de l'article L. 3213-6 ?	27
12) A partir de quelle date débute le délai pour établir le certificat mensuel dans la procédure de soins psychiatrique sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ?	28
<b>◆ MESURES PROVISOIRES DES MAIRES</b>	<b>29</b>
1) La loi du 5 juillet a-t-elle changé les mesures provisoires des maires ?	29
<b>◆ SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU PRÉFET »</b>	<b>30</b>
1) Pour l'application de l'article L. 3213-1, de quels délais dispose le préfet pour rendre sa décision dans l'hypothèse notamment où la levée de la mesure est proposée par les médecins au cours ou à l'issue des 72 premières heures ?	30
2) Comment se compte le délai de trois jours francs ?	30
3) Pour l'application de l'article L. 3213-9-1, si le certificat des 24 h et celui des 72 heures sont établis par deux médecins différents et concluent tous les deux à la levée de la mesure, le préfet doit-il lever la mesure ?	30
4) Quelle est la procédure concernant une sortie hors territoire pour une quinzaine de jours ?	30
5) Un psychiatre demande la levée de la mesure pour un patient en HC, si le Préfet refuse cette mainlevée, quelle est la procédure ?	30
6) Le Préfet peut-il demander, en plus du 2ème avis de psychiatre, une expertise complémentaire, pour éclairer sa prise de décision.	31
7) La procédure est-elle la même quand il s'agit d'une demande de levée pour une personne en programme de soins ?	31

- 8) En cas de désaccord entre le préfet et les psychiatres de l'établissement au sujet de la fin d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, le préfet peut-il malgré tout exiger que soit substituée à la mesure en hospitalisation complète, une mesure en ambulatoire ? 31
- 9) Les autorités (procureurs, maires...) doivent-elles être informées des décisions préfectorales portant sur la forme de prise en charge ou modifiant la forme de prise en charge ? 31
- 10) Les arrêtés préfectoraux (dont celui ayant ordonné l'hospitalisation dans le cas d'une levée) sont-ils communicables à la famille de la personne ou à leur conseil ? 32
- 11) Quelles sont les règles applicables aux soins somatiques nécessités par des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ? 32
- 12) En cas de proposition psychiatrique de modification des modalités de prise en charge avec programme de soins, de quel délai dispose le préfet pour prendre sa décision sur la forme de prise en charge ? 33
- 13) Pour une levée de SDRE suite au certificat de huitaine est ce que le préfet a également 3 jours francs pour prendre l'arrêté? 33

#### ◆ LES PATIENTS SÉJOURNANT OU AYANT SÉJOURNÉ EN UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES (UMD) 34

- 1) Pour un patient qui a séjourné à plusieurs reprises en UMD durant les 10 dernières années, comment faut-il calculer le temps passé en UMD ? Est-ce que l'on doit prendre en compte le temps cumulé durant ces dix dernières années ou doit-il avoir effectué 1 année pleine ? 34
- 2) Qui s'occupe de la saisine du JLD si le patient est en UHSA ou en UMD (donc n'est plus sur notre département), l'UHSA ou l'UMD où il est actuellement hospitalisé ? 34
- 3) Pour l'application des dispositions transitoires aux patients ayant été hospitalisés en UMD et aux patients actuellement en UMD, à compter du 01/08/2011, les arrêtés de maintien ne sont plus nécessaires. Dans le cas où nous ne mettons plus à la signature plus d'arrêté HO pour eux, il faut avertir le patient, quelle serait la forme? 34
- 4) Quelle date doit-on prendre en considération pour déterminer la durée de 10 ans au-delà de laquelle l'on ne tient plus compte du séjour en UMD, la date d'entrée ou la date de sortie de l'UMD ? 34
- 5) La gestion des HO étant départementale, nous n'avons pas forcément l'historique d'un patient hospitalisé dans un autre département (ex HO en 2005 et UMD dans un autre département). Comment faire ? 35
- 6) La durée de séjour nécessaire d'un an en UMD pour que l'avis du collège intervienne s'applique-t-elle aux patients faisant l'objet de soins psychiatriques en UMD en cours ? 35
- 7) Sous quelle forme doit être transmis l'avis du collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement (L 3211-9) ? 35
- 8) Le document doit-il être signé par les trois personnes et transmis avec le jour et l'heure de l'avis? 35
- 9) En ce qui concerne les cas évoqués au IV de l'article L. 3211-12-1 (le juge n'ayant pas statué dans les délais, il constate sans débat que la levée de l'hospitalisation est acquise), la mainlevée automatique de la mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète s'applique-t-elle aux personnes en soins psychiatriques ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou

ayant séjourné en UMD dans les conditions définies par la loi, dès lors que pour ces personnes deux expertises psychiatriques sont requises pour la levée de la mesure ? 35

## ◆ **CONTRÔLE SYSTÉMATIQUE PAR LE JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION (JLD) DES HOSPITALISATIONS COMPLÈTES DE PLUS DE 15 JOURS OU DE PLUS DE 6 MOIS** 37

- 1) Les patients en hospitalisation complète ayant fugué feront-ils l'objet de l'intervention systématique du JLD ? 37
- 2) S'agissant des patients déclarés irresponsables pénalement ou ayant séjournés en UMD avant le 23 juillet, la saisine du juge à 6 mois devra-t-elle s'accompagner de l'avis du collège ? 37
- 3) L'avis psychiatrique conjoint nécessaire au JLD peut-il être rédigé par le psychiatre qui a rédigé la proposition de prise en charge ? 37
- 4) Quand débute la période des 15 jours pour le contrôle du JLD ? À l'arrivée à l'établissement psychiatrique ou aux urgences ? Il arrive qu'un malade soit hospitalisé plus de 10 jours suite à une tentative de suicide avec passage en réanimation et décision des médecins de prendre une mesure sur demande d'un tiers. Considère-t-on qu'il reste uniquement 5 jours pour passage devant le JLD ? Que faire alors si l'hospitalisation avant la décision d'ex HDT est déjà supérieure à 15 jours ? 37
- 5) Quelles mesures doivent donner lieu à la saisine du JLD avant l'expiration du délai de 6 mois (Art. L. 3211-12-1 3°) ? 37
- 6) Lorsqu'un patient a changé de mode d'hospitalisation (demande de tiers en hospitalisation par le représentant de l'Etat ou inversement), quelle est la date de début de mesure à prendre en compte pour le passage devant le JLD avant la plus prochaine des échéances semestrielles ? 38
- 7) Si un patient est en sortie non autorisée (fugue), faut-il faire les requêtes au JLD ? Si oui, les délais sont-ils applicables dans les mêmes conditions ? 38
- 8) Outre les certificats (24H, 72 H et 8ème) la saisine doit comporter un avis conjoint 38
- 9) Pourquoi, lorsque le JLD prononce la mainlevée de l'hospitalisation complète en application de l'article L.3211-12-1 III, la mesure de soins psychiatrique est-elle levée ? Ne peut-on considérer sauf mention expresse du JLD que la contrainte est maintenue mais sous sa forme ambulatoire (c'est-à-dire obligation de soins) ? 38
- 10) L'article L. 3211-12-1 s'applique-t-il à la situation d'un patient qui sort deux jours toutes les deux semaines ou quelques heures au cours des six mois 38
- 11) Un patient peut-il refuser d'être entendu par le JLD dans le cadre du contrôle systématique des hospitalisations complètes de plus de 15 jours ? 39
- 12) Un tiers qui a fait la demande de soins est-il obligé d'être entendu par le JLD dans le cadre du contrôle systématique des hospitalisations complètes de plus de 15 jours ou de 6 mois ? 39
- 13) L'identité du tiers qui a sollicité l'hospitalisation du patient peut-elle être révélée lorsqu'une demande de mainlevée de mesure est sollicitée. 39
- 14) Le préfet doit-il être présent à l'audience ou peut-il faire ses observations par écrit ? 40
- 15) Le principe d'une audition "publique" n'entre-t-il pas en contradiction avec le secret médical? 40

16) Peut-on reprendre un arrêté préfectoral d'hospitalisation complète pour les personnes présentant un danger lié à leurs troubles mentaux lorsque le JLD a levé la mesure sans statuer au fond ?	40
17) Le principe de la mainlevée sans débat résultant du dépassement de délai (IV de l'art. L 3111-12-1) s'applique-t-il pour les patients relevant de l'article L3213-7(donc sans double expertise) ?	40
18) A qui incombe la charge de faire appel à un avocat commis d'office ?	41
19) Quelle autorité saisit le JLD et transmet les pièces ?	41
20) Lors de la présentation du patient au JLD, un infirmier désigné pour l'accompagner a été questionné par le JLD et l'avocat du patient lors de l'audience. Est-il obligé de répondre ?	41
21) Lorsqu'un patient a fugué et a fait l'objet d'un arrêté de réintégration, le JLD doit être saisi dans les délais "habituels" même si le patient est toujours en fugue. Faut-il saisir le JLD à nouveau le patient est physiquement réintégré à l'hôpital suite à sa fugue ?	41
<b>◆ PROGRAMME DE SOINS</b>	<b>43</b>
1) Qu'est-ce que le programme de soins	43
2) Qu'y a-t-il dans le programme de soins ?	43
3) Le programme de soins doit-il faire mention des troubles du patient ?	43
4) Le programme de soins doit-il faire mention des médicaments que doit prendre le patient ?	43
5) Un programme de soins peut-il prévoir des visites à domicile ?	43
6) Qui établit et qui peut modifier le programme de soins ?	44
7) Le préfet peut-il décider de modifier le programme de soins ?	44
8) Le préfet peut-il décider de réhospitaliser une personne sous programme de soins ?	44
9) Un programme de soins pourra-t-il être établi par un médecin libéral ?	44
10) Pourquoi le dispositif de sortie d'essai est-il supprimé ?	44
11) Quel mode d'hospitalisation doit-on retenir pour une personne en HO en hospitalisation complète :- qui bénéficiait auparavant d'une sortie d'essai non accompagnée d'une après midi/semaine ?- qui se rendait dans un CATTP non accompagné une après-midi/semaine ?	44
12) Forme du programme de soins : le programme de soins doit il être dactylographié ou peut il être manuscrit ?	44
13) Une personne en hospitalisation complète peut-elle être autorisée à sortir dans le parc de l'établissement d'accueil (parc non fermé). Si oui, doit elle être accompagnée par le personnel soignant ou membre de sa famille ou personne de confiance ?	45
14) Comment est pris en charge un patient qui sort deux jours toutes les deux semaines ? Ou quelques heures ?	45
15) En cas de non respect du programme de soins, le préfet doit-il en être informé ?	45

16) Les patients en hospitalisation complète qui participent à un séjour thérapeutique d'une semaine, accompagnés par des soignants du CHS dans un établissement d'un autre département doivent-ils faire l'objet d'un programme de soins ? 46

17) S'agissant d'un patient pris en charge en hospitalisation complète qui est accompagné par une équipe soignante pour passer un jour par semaine dans un autre établissement (un hôpital de jour) puis pour réintégrer l'hôpital le soir, faut-il prévoir un programme de soins ? 46

**RÉPONSE :** 46

18) Dans le cadre d'un programme de soins, le patient peut-il être pris en charge, dans un hôpital de jour (pour des soins spécifiques) par un autre établissement que celui d'accueil, cet établissement n'étant par ailleurs pas autorisé à accueillir les patients sous contrainte ? 46

19) Un patient en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat peut-il dans le cadre de son programme de soins, être pris en charge dans un EPHAD ? 47

#### ◆ SOINS PSYCHIATRIQUES AUX PERSONNES DÉTENUES 48

1) La loi prévoit les soins psychiatriques des détenus en UHSA mais que va-t-il se passer au 1er août dans les régions où il n'y a pas encore d'UHSA ? 48

2) L'un des points clés de la loi est l'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète. Quelles sont les alternatives possibles pour les personnes détenues ? 48

3) La période initiale de soins et d'observation de 72 heures est elle aussi réalisée dans le cas d'hospitalisations de personnes détenues ? 48

4) A partir de quel moment courent les délais de 24 heures et 72 heures ? 48

5) Qui peut rédiger le certificat initial ? 49

6) Le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) au bout de 15 jours et au bout de 6 mois s'applique-t-il aux personnes détenues ? 49

7) A partir de quel moment courent les délais de 15 jours et 6 mois ? 49

8) Qui rédige les certificats à établir pendant l'hospitalisation, et à quelle fréquence ? 49

9) Comment se déroule la levée de soins dans le cas d'hospitalisations psychiatriques sans consentement de personnes détenues ? 50

10) Un détenu peut-t-il bénéficier d'une sortie accompagné de moins de 12h ? 50

#### ◆ ETABLISSEMENTS DE SANTÉ 51

1) Les ARS ont-ils une date limite pour désigner, après avis du préfet, les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public ? 51

2) Quel est le DG ARS habilité à désigner les établissements chargés d'assurer les prises en charge sans consentement, lorsque des établissements accueillent des patients pour lesquels une HO est prise par un préfet d'un autre département que celui dans lequel l'établissement est implanté ? 51

3) Lorsqu'une mesure d'admission sous contrainte est décidée à partir d'un SAU (avec un premier certificat médical), faut-il qu'un accord médical et administratif de l'établissement accueillant le patient soit faxé à l'ARS ? (en plus d'un échange téléphonique pour accord oral du médecin.) Que se passe-t-il en cas de refus ?	52
4) Dans le cas d'une admission pour péril imminent mise en œuvre à partir d'un SAU avec un certificat médical du médecin du SAU et mise en œuvre dans le centre hospitalier de secteur, quel est le directeur d'hôpital, qui signe l'admission : celui du SAU ou celui du centre hospitalier de secteur ?	52
5) Les ARS ont ils une date limite pour désigner, après avis du préfet, les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public ?	52
<b>◆ COMMISSIONS DÉPARTEMENTALES DES SOINS PSYCHIATRIQUES</b>	<b>54</b>
1) En quoi les textes récents affectent-ils le fonctionnement des CDSP?	54
<b>◆ EXPERTISES</b>	<b>55</b>
1) Qui paye les expertises résultant de l'article L3213-5-1 (qui prévoit que le préfet peut à tout moment ordonner l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres III et IV) ?	55

## ◆ Sigles

---

Les sigles suivants seront utilisés dans le logiciel HOPSY.

En conséquence, nous vous proposons de les utiliser dans nos échanges

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

## ◆ Application des dispositions transitoires

---

### 1) *Quels patients faut-il recenser en priorité pour appliquer les dispositions transitoires ?*

#### Réponse :

1°) **Recenser tous les patients faisant l'objet d'une mesure d'HO ou d'HDT intervenue entre le 23 juillet et le 31 juillet 2011 et qui ne sont pas en sortie d'essai.**

#### Cas général

Pour ces patients, le juge des libertés et de la détention (JLD) devra statuer dans les 15 jours suivant le début de la mesure et la requête du préfet ou du directeur d'établissement devra être adressée au JLD au plus tard SIX jours avant.

Par exemple,

Pour un patient hospitalisé le 23 juillet, le JLD devra statuer au plus tard le 6 août. La requête doit donc lui parvenir au plus tard le **31 juillet 2011**.

Pour un patient hospitalisé le 31 juillet, le JLD devra statuer au plus tard le 14 août. La requête doit donc lui parvenir au plus tard le **8 août 2011**.

Cette requête doit notamment être accompagnée d'un avis conjoint de deux psychiatres.

Donc, auparavant, le directeur de l'établissement aura désigné deux psychiatres de l'établissement dont un seul participe à la prise en charge du patient pour donner un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète

Le directeur de l'établissement aura demandé au psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient d'indiquer les motifs médicaux s'opposant à son audition ou attestant que son état mental ne fait pas obstacle à la visioconférence

Ces psychiatres auront recueilli l'avis du patient sur la visioconférence et mentionné le cas échéant son opposition au recours à ce moyen

#### Cas particuliers

Pour les patients :

- qui sont en UMD ou qui y ont été pendant plus d'un an depuis moins de 10 ans,
- qui sont en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux ou qui y ont été depuis moins de 10 ans,

il faudra constituer un collège avant l'envoi de la requête. Il faut prévoir un délai de cinq jours (au maximum) pour convoquer le collège et obtenir son avis :

Par exemple,

Pour un patient hospitalisé le 23 juillet, le JLD devra statuer au plus tard le 6 août. La requête doit donc lui parvenir au plus tard le 31 juillet 2011. Le collège sera convoqué le 26 juillet et doit rendre son avis dans un délai maximal de cinq jours à compter de sa convocation. Le directeur de l'établissement peut prévoir dans sa convocation un délai plus court s'il le faut pour saisir le JLD dans les temps.

Pour un patient hospitalisé le 31 juillet, le JLD devra statuer au plus tard le 14 août. La requête doit donc lui parvenir au plus tard le 8 août 2011. Le collège sera convoqué le 3 août et doit rendre son avis dans un délai maximal de cinq jours à compter de sa convocation. Le directeur de l'établissement peut prévoir dans sa convocation un délai plus court s'il le faut pour saisir le JLD dans les temps

2°) **Recenser tous les patients qui ont été hospitalisés en HO ou en HDT avant le 23 juillet 2011 et qui auront 6 mois d'hospitalisation complète (sans sortie d'essai) le 1er août et les jours suivants**

#### Cas général

Pour cette catégorie de patients, le JLD devra statuer avant l'expiration de la plus prochaine des échéances successives de six mois faisant suite à son admission ou à une décision judiciaire : il faut prévoir la saisine du JLD au plus tard 6 jours avant.

Par exemple,

Pour un patient admis en hospitalisation le 1<sup>er</sup> février 2011, le JLD devra statuer au plus tard le 1er août 2011. Il devra donc être saisi au plus tard le 26 juillet 2011

Pour un patient admis en hospitalisation le 1<sup>er</sup> août 2010, le JLD devra statuer au plus tard le 1er août 2011. Il devra donc être saisi au plus tard le 26 juillet 2011

Cette requête doit notamment être accompagnée d'un avis conjoint de deux psychiatres.

Donc, auparavant, le directeur de l'établissement aura désigné deux psychiatres de l'établissement dont un seul participe à la prise en charge du patient pour donner un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète

Le directeur de l'établissement aura demandé au psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient d'indiquer les motifs médicaux s'opposant à son audition ou attestant que son état mental ne fait pas obstacle à la visioconférence

Ces psychiatres auront recueilli l'avis du patient sur la visioconférence et mentionné le cas échéant son opposition au recours à ce moyen

### **Cas particuliers**

Pour les patients :

- qui sont en UMD ou qui y ont été pendant plus d'un an depuis moins de 10 ans
- qui ont sont en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux ou qui y ont été depuis moins de 10 ans

Il faudra constituer un collège avant l'envoi de la requête. Il faut prévoir un délai de cinq jours (au maximum)

Par exemple,

Pour un patient admis en hospitalisation le 1<sup>er</sup> février 2011, le JLD devra statuer au plus tard le 1er août 2011. Il devra donc être saisi au plus tard le 26 juillet 2011. Le collège sera convoqué le 21 juillet et doit rendre son avis dans un délai maximal de cinq jours à compter de sa convocation. Le directeur de l'établissement peut prévoir dans sa convocation un délai plus court s'il le faut pour saisir le JLD dans les temps.

Pour un patient admis en hospitalisation le 1<sup>er</sup> aout 2010, le JLD devra statuer au plus tard le 1er aout 2011. Il devra donc être saisi au plus tard le 26 juillet 2011. Le collège sera convoqué le 21 juillet et doit rendre son avis dans un délai maximal de cinq jours à compter de sa convocation. Le directeur de l'établissement peut prévoir dans sa convocation un délai plus court s'il le faut pour saisir le JLD dans les temps.

## **2) Quelles pièces faut-il transmettre avec la requête pour le contrôle des hospitalisations complètes de plus de 15 jours et de plus de 6 mois ?**

**Réponse : les mêmes documents que pour les dispositions pérennes, à savoir :**

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

2°) Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté prévu à l'article L. 3213-1 et, le cas échéant, la copie de l'arrêté prévu à l'article L. 3213-2 ou le plus récent des arrêtés préfectoraux ayant maintenu la mesure de soins en application des articles L. 3213-4 ou L. 3213-5 ;

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

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

5°) Pour les patients :

- qui sont en UMD ou qui y ont été pendant plus d'un an depuis moins de 10 ans
- qui ont sont en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale en raison de troubles mentaux ou qui y ont été depuis moins de 10 ans, l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

6°) Pour les autres patients, l'avis conjoint de deux psychiatres

7°) Le cas échéant :

« a) L'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle ;

« b) L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant, selon le cas, les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition ou attestant que son état mental ne fait pas obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle.

**3) Concernant les admissions (en HO comme en HDT) prises entre le 23 et le 31 juillet, doit-il y avoir établissement du certificat de 6-8 jours au lieu du certificat de quinzaine ?**

**Réponse : Oui**

Si l'on appliquait la règle du certificat des 15 jours, ce certificat serait établi, pour les patients hospitalisés le 23 juillet 2011, entre le 3 et le 5 août 2011. A ces dates, la nouvelle loi sera entièrement applicable et se substituera aux dispositions actuelles ; en conséquence, la règle des 15 jours ne sera plus valable.

En revanche, la situation des personnes hospitalisées plus de 15 jours à partir d'une date comprise entre le 23 et le 31 juillet doit être examinée par le juge des libertés et de la détention (JLD). Il en résulte qu'il convient d'établir, pour pouvoir procéder à cette saisine, le certificat dit "des 8 jours". Pour les personnes hospitalisées le 23 juillet 2011, ce certificat devra donc être établi le 28, le 29 ou le 30 juillet 2011 au plus tard.

**4) Une personne actuellement en sortie d'essai d'HO mais irresponsable pénale doit-elle faire ou non l'objet de l'avis du collège à l'issue de la sortie d'essai pour pouvoir passer en soins ambulatoires ?**

**Réponse : Oui**

Dès lors qu'un programme de soins se substituera, après le 1<sup>er</sup> août 2011, à une autorisation de sortie d'essai, il conviendra d'appliquer la nouvelle loi dans son entier.

En conséquence, dès lors que les personnes concernées relèveront des dispositions relatives aux patients en UMD ou déclarés irresponsables pénalement, il faudra suivre la procédure spécifique, en l'occurrence, pour les sorties d'essai, transmettre au préfet un avis du collège.

En effet, aucune des dispositions transitoire n'aménage de dérogation à l'application de cette exigence.

**5) Dans le cadre du passage de sortie d'essai à soins ambulatoires, les 72 heures laissées au préfet pour prendre son arrêté sur la forme de prise en charge doivent-elles être comptées à l'issue de la sortie d'essai ou avant la fin de la sortie d'essai ?**

**Réponse : Avant la fin de la sortie d'essai.**

Le préfet disposant de 3 jours pour arrêter la forme de la prise en charge, il convient d'anticiper l'envoi de la proposition médicale et du programme de soins, en cas de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, afin d'éviter toute réhospitalisation inutile consécutive à une caducité de la mesure de sorties d'essai.

**6) Quelle sera la situation des personnes hospitalisées en HO ou en HDT jusqu'au 31 juillet et qui le 1er août seront toujours en hospitalisation complète ?**

**Réponse :**

Les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 s'appliquent à compter du 1er août 2011, sous la seule réserve des dispositions spéciales prévues dans les dispositions transitoires, soit l'article 18 de la loi.

Pour les personnes qui étaient en hospitalisation complète avant le 1er août, l'intervention de la loi ne modifie pas leur "statut" avant le 1<sup>er</sup> août 2011, date d'entrée en vigueur de la loi.

En conséquence, hormis les règles spécifiques concernant la saisine du JLD pour les hospitalisations complètes intervenues entre le 23 et 31 juillet 2011, ou pour certaines des hospitalisations intervenues antérieurement au 23 juillet 2011, les personnes hospitalisées en HO et en HDT demeureront régies par la loi du 27 juin 1990 jusqu'au 31 juillet 2011.

Ce n'est qu'à partir du 1er août 2011 que les personnes anciennement en HDT et en HO et qui ne seront pas en sortie d'essai à cette date devront être considérées comme étant prises en charge en application du 1<sup>o</sup> de l'article L. 3211-2-1 pour l'application des dispositions autres que celles que le contrôle automatique du JLD et que la suite de leur parcours de soins sera régi par les dispositions de la loi du 5 juillet.

Ainsi, dans l'hypothèse où cette HO ou cette HDT débiterait le 30 juillet 2011, il conviendra d'établir le certificat des soixante-douze heures au plus tard le 1er août 2011.

De même, les décisions de maintien postérieures au 1er août 2011 seront prises en conformité avec le nouveau dispositif, tout comme les recours exercés contre des mesures intervenues avant cette date qui devront suivre la nouvelle procédure.

**7) L'examen systématique par le collège des personnes en ex-HDT de plus de un an concernera-t-il également les personnes prises en charge avant le 1er août ?**

**Réponse : Oui**

Pour le calcul de cette échéance, il conviendra de considérer l'ensemble des ex-HDT en cours au 1er août et de faire procéder à l'évaluation de l'état mental du patient par le collège dès lors que cette mesure aura débuté (que le patient soit ou non en hospitalisation complète) depuis un an révolu.

Le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 3212-7 ne précisant pas dans quel délai doit intervenir cette évaluation mais le maintien des soins étant subordonné à la réalisation de cette évaluation, il est cohérent que cette dernière ait lieu avant l'établissement du certificat de maintien dans les soins qui doit être établi après la date anniversaire.

A titre d'exemple, l'évaluation par le collège de l'état mental d'une personne en HDT depuis le 1er août 2010, et dont le certificat mensuel de maintien devra être établi le 20 août, devra intervenir au plus tard à cette date.

**8) Concernant les patients qui sont en HO depuis plusieurs années, par exemple un patient en HO depuis 2010, et dont le dernier arrêté de maintien est intervenu le 24/06/2011 : quelle sera la date de saisine du JLD, au plus tard à l'échéance de la mesure HO ou systématiquement saisine fin juillet/début aout ?**

**Réponse :**

Il s'agit donc de patients dont la mesure d'hospitalisation est antérieure au 23 juillet 2011

Pour ces patients, ce sont les dispositions du b) du IV de l'article 18 de la loi du 5 juillet 2011 qui s'appliquent, à savoir :

Il faut calculer cette échéance de six mois en six mois à partir de la date initiale d'HO (et non du renouvellement de la mesure) en retenant la date la plus proche à partir du 1er août.

Par exemple, si la personne a été admise en HO le 22 décembre 2009, le JLD devra s'être prononcé le 22 décembre 2011 au plus tard (l'échéance précédente arriverait le 22 juin 2011, donc avant l'application de la loi. Dans ce cas, on retient l'échéance suivante).

Nous sommes encore dans les dispositions transitoires, en conséquence, le délai pour saisir le JLD est de 6 jours au plus tard avant l'échéance : il faut donc saisir le JLD au plus tard le 16 décembre 2011.

**9) Concernant les patients qui sont entrées en HO il y a quelques semaines, (1 mois ou 2 par exemple), la saisine doit elle intervenir au plus tard à l'échéance de la mesure HO (fin du 1er mois ou du 4ème mois) ou saisine fin juillet/début aout ?**

**Réponse :**

Dans ce cas également, le JLD doit pouvoir se prononcer dans les six mois suivants la décision initiale d'HO.

Par exemple, l'arrêté du préfet mettant le patient en HO (mesure initiale) a été pris le 1er juin 2011. Le JLD doit donc se prononcer au plus tard le 1er décembre. Nous sommes encore dans les dispositions transitoires, en conséquence, le délai pour saisir le JLD est de 6 jours au plus tard avant l'échéance : il faut donc saisir le JLD au plus tard le 25 novembre 2011.

**10)Concernant les patients pénalement irresponsables (L 3213-7), à quelle date la saisine doit elle intervenir ? Intervient-elle fin juillet/début août ou doit-on compter de 6 mois en 6 mois et saisir à la prochaine "échéance" ?**

**Réponse :**

Il faut compter de six mois en six mois à compter de la date initiale d'HO.

Là encore, s'agissant de l'application des dispositions transitoires, le délai pour saisir le JLD est de 6 jours au plus tard avant l'échéance.

**11)Pour les HO judiciaires (706-135 du CPP) même question**

**Réponse :**

Il faut compter de six mois en six mois à compter de la date initiale d'HO.

Là encore, s'agissant de l'application des dispositions transitoires, le délai pour saisir le JLD est de 6 jours au plus tard avant l'échéance.

**12)Concernant les patients qui ont fait un recours auprès du JLD (demande de sortie immédiate L 3211-12), la saisine du JLD pour le contrôle systématique intervient-elle au plus tard dans les six mois suivant la date de cette décision ?**

**Réponse : Oui**

Il s'agit alors de l'application non plus des dispositions transitoires mais des dispositions pérennes prévues à l'article L. 3212-12-1.

**13)Faut-il tenir compte des sorties d'essai pour la saisine du Juge des libertés et de la détention ?**

**Réponse :**

L'existence éventuelle de sorties de sorties d'essai ayant eu lieu antérieurement au 1er août et ayant pris fin à cette date ne sera pas comptabilisée pour la computation du ou des délais de 6 mois pour la saisine du JLD.

En revanche, la situation d'un patient bénéficiant d'une sortie d'essai au 1er aout sera assimilée à celle d'un patient faisant l'objet d'une mesure de soins ambulatoires et ne relevant pas, à ce titre du contrôle de plein droit exercé par le JLD.

## ◆ Période d'observation et de soins

---

**1) Si une personne admise à la demande d'un tiers n'a pas besoin d'une hospitalisation, doit-elle néanmoins rester 72h à l'hôpital ?**

**Réponse : Non**

A tout moment, le psychiatre peut présenter un certificat indiquant que cette mesure n'est plus nécessaire. Dans ce cas, comme aujourd'hui, le directeur prononce la sortie.

**2) Un malade peut-il être admis en soins ambulatoires dès le début de sa prise en charge ? Une forme de soins alternative à l'hospitalisation complète peut-elle être enclenchée dès l'admission ?**

**Réponse : Non**

Les personnes prises en charge librement peuvent, comme aujourd'hui, être suivies exclusivement en ambulatoire, c'est d'ailleurs la plupart du temps comme ça que ça se passe.

Pour les personnes qui traversent un moment plus difficile, elles doivent d'abord faire l'objet d'une période d'observation et de soins à l'hôpital.

Si le certificat établi dans les 24 premières heures, et celui établi dans les 72 premières heures, confirment qu'il y a besoin d'une mesure de soins imposée, alors le psychiatre définit, au plus tard à la 72ème heure, la forme de la prise en charge. C'est donc là qu'il peut enclencher un programme de soins (soins ambulatoires imposés).

Cette période d'observation et de soins à l'hôpital est utile car elle permet bien souvent à l'épisode de crise de passer ; il est aussi utile pour rechercher le consentement. Dans les deux cas, attendre 72h aura évité une hospitalisation sous contrainte

**3) Pour les HO : est-il possible de lever une décision préfectorale de soins psychiatriques (non précédée d'une mesure du maire) avant la fin de la période d'observation, notamment sur la base du certificat de 24 heures ?**

**Réponse : Oui**

L'article L. 3213-4 prévoit que le préfet "peut, tout moment, mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins (...) ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques."

**4) Si le certificat de 72 heures propose de maintenir une personne en hospitalisation complète, est-il obligatoire de prendre un arrêté préfectoral portant sur la prise en charge ?**

**Réponse : Oui**

L'article L. 3213-1-2 fait obligation au préfet de formaliser sa décision prise après réception du certificat des 72 heures.

## **5) La période d'observation et de soins débute-t-elle lors de l'arrivée à l'établissement psychiatrique (admission suite aux décisions) ou l'arrivée aux urgences (bulletin d'entrée des urgences) ?**

**Réponse :** Le début de la période d'observation et de soins s'apprécie A POSTERIORI, à savoir une fois que la mesure de soins psychiatrique est prise par le préfet ou par le directeur de l'établissement autorisé.

Tant que la mesure d'admission en soins n'est pas prise (c'est-à-dire tant que le directeur d'un ES autorisé n'a pas pris de mesure d'admission en soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou tant que le préfet n'a pas pris d'arrêté), le patient EST EN SOINS LIBRES.

Ce n'est que si ce temps passé aux urgences (par exemple) est effectivement suivi d'une mesure de soins du préfet ou du directeur de l'ES qu'il sera pris en compte pour déterminer les délais de saisine du JLD et établir les certificats.

**Le début de la prise en charge** coïncide avec la date et l'heure d'admission lorsque le patient est admis dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie et exerçant la mission de service public, sans passer préalablement par une unité de médecine d'urgence.

Lorsque le patient est admis dans une unité de médecine d'urgence, deux cas peuvent se produire :

- si le patient arrive aux urgences pour la prise en charge psychiatrique (cas par exemple d'un certificat médical déjà effectué) : le début de la prise en charge est l'heure d'admission aux urgences ;

- si le patient arrive aux urgences mais que la nécessité d'une prise en charge psychiatrique n'est avérée que secondairement : le début de la prise en charge est acté par le premier certificat du psychiatre, qui doit donc être horodaté.

Exemple 1 : Un patient arrive inconscient aux urgences le 3 août. Il se réveille et est vu par un psychiatre des urgences le 4 août.

Il est transféré dans l'établissement autorisé le 5 août et c'est forcément à cette date que le directeur dudit établissement prend sa décision d'admission en soins sur demande d'un tiers ou en soins en cas de péril imminent.

Pour autant, pour calculer les délais de saisine du JLD ou pour faire les certificats, on considérera a posteriori que la période d'observation a commencé **à partir de la prise en charge psychiatrique** aux urgences, c'est-à-dire le 4 août.

Exemple 2 : Un patient arrive aux urgences le 3 août et il y est vu par un médecin des urgences qui fait le certificat d'admission.

Le préfet prend l'arrêté le 4 août sur le fondement de ce certificat.

Il est transféré dans l'établissement autorisé le 6 août. Le certificat des 24 heures est fait par un psychiatre de l'établissement des urgences

Pour calculer les délais de saisine du JLD ou pour faire les certificats suivants, on considérera a posteriori que la période d'observation a commencé à partir de l'arrivée aux urgences c'est-à-dire le 3 août.

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

1°) Soit le ou les médecins n'ont pas pu d'établir les certificats initiaux requis pour entrer dans le dispositif (la décision du directeur de l'ES ou du préfet n'a donc pas encore pu intervenir) et dans ce cas, la mesure ne peut être prise et il faut attendre que le patient soit en état d'être examiné : il faut donc différer l'intervention de l'arrêté préfectoral ou de la décision du directeur de l'ES jusqu'à ce que ce ou ces certificats puissent être établis.

La période d'observation et de soins commencera à partir de la prise en charge psychiatrique (aux urgences ou dans l'établissement d'accueil)

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

Dans de tels cas, on ne peut à l'avance savoir si, en cas de contentieux, la mesure sera jugée régulière ou non, car comme pour toute situation particulière, la décision relèvera de l'appréciation souveraine des tribunaux.

**6) Quand concrètement débute la période de 72 heures ? À l'entrée aux urgences ou lors des décisions ( préfet ou directeur ) ?**

**Réponse :**

Si les décisions (du préfet ou du directeur) ont été prises après l'arrivée aux urgences : à partir de la prise en charge psychiatrique aux urgences

Si la décision du préfet (seulement) a été prise avant l'arrivée aux urgences : à partir de la décision du préfet.

**7) Si le malade reste 48h dans un autre établissement, comment peut être réalisé le certificat médical de 24 heures par un psychiatre de l'établissement d'accueil ou le certificat médical de 72 heures ?**

**Réponse :**

Le certificat sera fait par un psychiatre de l'établissement des urgences (Cf. plus haut)

**8) Si les deux certificats (24h et 72h) confirment la nécessité d'hospitalisation, faut-il quand même prendre un nouvel arrêté ?**

**Réponse : Si.**

La loi impose au préfet de prendre un arrêté.

## ◆ Les certificats

---

### **1) Faut-il établir un certificat entre le 6ème et le 8ème jour pour les personnes qui auront été hospitalisées entre le 18 et le 22 juillet inclus ou faut-il établir le certificat de quinzaine après le 1er août ?**

#### **Réponse :**

Le certificat de quinzaine est prévu par la loi du 27 juin 1990 aux articles L. 3212-7 pour les HDT et à l'article L. 3213-3 pour les HO.

Ce certificat ne doit pas être établi le 15ème jour, mais :

- "dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours d'hospitalisation" pour les HDT
- et "dans les 15 jours" pour les HO.

En conséquence, ce certificat peut être valablement établi pour toutes les personnes hospitalisées en HO entre le 18 et le 22 juillet avant le 1er août 2011.

Pour les personnes hospitalisées en HDT jusqu'au 20 juillet inclus, le certificat de quinzaine peut également être établi (il peut l'être du 29 au 31 juillet pour les personnes hospitalisées le 18 juillet, le 30 ou le 31 juillet pour celles hospitalisées le 19 et le 31 juillet pour celles hospitalisées le 20).

Ce n'est que pour les personnes hospitalisées en HDT le 21 ou le 22 juillet que le certificat de quinzaine ne peut plus être établi, alors que la règle du certificat du 6ème au 8ème jour ne s'imposera pas encore. Dans ces conditions, la transition aboutirait à supprimer un certificat et à faire établir directement le premier certificat mensuel après le certificat des 24 heures sans certificat entre les deux, soit pour les personnes hospitalisées en HDT le 21 juillet, les 19,20 ou 21 août et pour les personnes hospitalisées en HDT le 22 juillet, les 20, 21 ou 22 août.

Cependant, même si cette règle ne s'impose pas, rien n'empêche un psychiatre de faire un troisième certificat autour du 1er août, pour ne pas risquer de léser ces patients si leur état permettait de lever la mesure de soins avant le certificat mensuel.

### **2) Concernant les admissions en HDT prises entre le 18 et le 25 juillet, doit-il y avoir établissement du certificat de 5-8 jours (puisqu'il n'a plus de certificat de quinzaine) à partir duquel calculer le délai pour établir le certificat mensuel**

#### **Réponse :**

Tout d'abord, le certificat doit être établi "après le cinquième jour" : ce certificat doit donc être établi le 6ème, 7ème ou 8ème jour à compter de l'admission.

Par ailleurs, pour les hospitalisations qui seront intervenues entre le 23 et le 31 juillet, il faut établir le certificat du 6ème au 8ème jour pour l'application des dispositions transitoires de la loi (article 18) qui prévoient que ces hospitalisations sont soumises au contrôle du JLD s'il s'agit d'hospitalisations complètes.

### **3) Que faire pour une mesure d'HO L 3213-6 commencée le 20/07/2011 qui deviendra caduque à défaut de confirmation le 4/08/2011 ? Doit-on demander un certificat pour confirmation (qui fait le certificat) ?**

#### **Réponse :**

L'actuel article L. 3213-6 précise que l'arrêté provisoire d'HO (suite à la transformation d'une mesure d'HDT) est caduc au terme d'une durée de 15 jours en l'absence de confirmation.

Mais la durée de validité de 15 jours est une durée maximale et rien n'empêche le préfet de prendre une mesure de confirmation à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi. Cette date pouvant être le 31 juillet.

Une autre solution consisterait, à partir du 1<sup>er</sup> août, à prendre un arrêté de confirmation en application du nouvel article L. 3213-6. Il s'agirait d'un arrêté pris sur le fondement des dispositions de l'article L. 3213-1

(certificat initial établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, période d'observation, durée de validité d'un mois...).

**4) L'article R 3213-3 indique que "les certificats et avis médicaux établis en application du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés. » Cela sous-entend-il que tous les certificats médicaux pour les soins sur décision préfectorale doivent être dactylographiés? Même les certificats médicaux demandant la mesure, ou le certificat des 24h ?**

**Réponse :** Oui

**5) Comment faire si les médecins libéraux généralistes refusent de dactylographier leurs certificats médicaux, notamment quand ils sont requis par les substituts pour aller aux commissariats et qu'ils réalisent les certificats médicaux sur leurs ordonnanciers ?**

**Réponse :**

Le médecin atteste dans son certificat manuscrit qu'il est dans l'impossibilité matérielle de satisfaire cette exigence

**6) Le préfet peut-il ou doit-il refuser de faire un arrêté si le certificat médical initial n'est pas dactylographié?**

**Réponse :** Oui

Il le peut, mais il lui faut tenir compte des circonstances qui peuvent expliquer le non respect de cette obligation formelle et des enjeux liés à la prise en charge du patient.

**7) A tout moment, un programme de soins peut être mis en place par décision du directeur sur la base d'un certificat médical qui évalue la justification de la mesure et modifie la forme de la prise en charge. La date de cette décision peut-elle ou doit-elle être prise en compte pour l'établissement du certificat mensuel ultérieur ?**

**Réponse :**

En application de l'article L.3211-11 du CSP, le psychiatre qui participe à la prise en charge du malade peut en effet, à tout moment, proposer, sur la base d'un certificat médical, la modification de cette prise en charge pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne.

Pour autant les certificats relatifs au mode de prise en charge, qui peuvent intervenir à tout moment, s'inscrivent dans le cadre plus général de la procédure de suivi des mesures, constitué par l'établissement des certificats mensuels. Les certificats relatifs au mode de prise en charge ne modifient donc pas la périodicité des certificats mensuels.

Il y a d'ailleurs tout lieu de penser que, dans un grand nombre de cas, les modifications relatives aux modalités de prise en charge (avec programme de soins) interviendront à l'occasion de l'établissement des certificats mensuels).

**8) Faut-il un certificat de huitaine après une réintégration d'un patient admis en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers, soit sans tiers en cas de péril imminent et à la demande du représentant de l'Etat ?**

**Réponse : Oui**

OUI car le directeur de l'établissement de santé doit alerter le JLD par l'intermédiaire d'un certificat dit de huitaine afin que le JLD puisse s'attendre, le cas échéant, à devoir se prononcer, dans un délai maximum de 15 jours, sur la situation d'une personne en soins psychiatriques, hospitalisée à temps complet.

**9) Doit-on compter la durée des certificats des 24heures et des 72 heures en heures ou en jours ?**

**Réponse :**

Le certificat dit des 24 heures peut être rédigé le jour même de l'admission ou le lendemain. S'agissant de la détermination des 24 heures et des 72 heures, le mode de calcul consiste à ajouter 24 heures maximales à l'heure d'admission, de sorte qu'on ne raisonne pas en jours mais en heures.

**10)Le certificat de huitaine établi après une réintégration remet-il en cause la périodicité des certificats mensuels ?**

**Réponse**

Le certificat de huitaine établi en cas de réintégration - évoqué dans la FAQ - a pour objet de permettre au directeur de l'établissement de santé d'alerter le JLD pour que ce dernier s'attende à avoir, le cas échéant, à examiner la situation d'une personne en soins psychiatriques hospitalisée à temps complet avant la fin de la quinzaine suivant la réadmission.

Pour autant, ce certificat ne remet pas en cause la périodicité des certificats mensuels calculée à partir de la décision initiale pour les SDRE et à partir de l'établissement du certificat de huitaine initial pour les SDDE.

## ◆ Hospitalisation complète (HC) et autre forme de prise en charge

---

1) *Quelle est la définition de l'hospitalisation complète (HC) continue (exemple du patient qui est sorti un week-end : à partir de quand est-il considéré en HC ? A partir de la mesure ou à partir de son retour de sortie d'essai ?)*

**Réponse :** [A partir de son retour en hospitalisation.](#)

L'hospitalisation complète signifie que le patient est pris en charge à temps complet dans l'établissement (c'est-à-dire 24 heures sur 24) et ne sort qu'en sortie de courte durée accompagnée.

◆ **Les sorties accompagnées de courte durée (Art. L 3211-11-1) :**

---

**1) *Le cadre juridique des audiences devant le JLD : une sortie de courte durée devra-t-elle être mise en place ?***

**Réponse :** Non

**2) *Dans le cadre des sorties de courte durée pour des personnes en hospitalisation complète, la sortie peut être accordée si la personne est exclusivement accompagnée par un membre de sa famille ou la personne de confiance ?***

**Réponse :** Oui

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

**3) *L'accord pour la sortie de courte durée lorsque la mesure est prise en application du chapitre III doit-il être formalisé par arrêté ? Ou bien la non-opposition formelle du représentant de l'Etat vaut-elle acceptation tacite de la sortie de courte durée ? En effet les nouveaux modèles d'arrêtés transmis ne prévoient pas ce cas de figure.***

**Réponse :**

La non-opposition vaut acceptation.

## ◆ L'examen somatique

---

### 1) *Qu'est ce qu'un examen somatique complet ?*

L'intention du législateur a été que cet examen somatique permette d'éviter un diagnostic de trouble mental erroné : il s'agit donc d'effectuer un examen qui permette d'écarter des causes somatiques aux manifestations qui ont conduit à préconiser des soins psychiatriques.

Par ailleurs, la HAS, dans ses « Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » d'avril 2005 a précisé les examens qui devaient être faits :

« Examen somatique

L'examen somatique doit être réalisé dès que possible. Celui-ci doit comporter au minimum la mesure des paramètres suivants :

- vigilance ;
- pression artérielle ;
- pouls ;
- température ;
- fréquence respiratoire ;
- glycémie capillaire.

En cas d'agitation, la mesure de la SpO2 (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible.

La moindre anomalie significative doit conduire à une exploration plus approfondie en milieu hospitalier. »

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation\\_sans\\_consentement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf)

### 2) *Afin de "prouver" que l'examen somatique a été réalisé, le médecin va annoter le dossier médical du patient mais que doit nous transmettre l'établissement : une attestation du médecin ?*

#### Réponse :

L'établissement n'a pas à adresser d'attestation. Il doit seulement pouvoir faire la preuve, si cela lui est demandé, que cet examen a eu lieu. En cela, la reproduction de la mention de cet examen dans le dossier médical du patient peut suffire.

## ◆ Soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

---

### 1) Comment définir la date d'admission en soins psychiatriques ?

#### Réponse :

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

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

### 2) L'article L3212-7 du CSP prévoit qu'un certificat médical est établi « après le 5ème jour et au plus tard le 8ème à compter de l'admission en soins psychiatriques ». Est-ce donc à partir du 5ème ou à partir du 6ème jour ?

#### Réponse :

Ce certificat doit être établi le 6ème, le 7ème ou le 8ème jour.

### 3) La notion de péril imminent est-elle toujours celle définie par la HAS ?

#### Réponse : Oui

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

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation\\_sans\\_consentement\\_rap.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf)

### 4) L'article L3212-1 II – 2° du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit une obligation d'information à la charge du directeur sauf difficultés particulières ; que devons-nous entendre par « difficultés particulières » ?

#### Réponse :

Essentiellement les situations où l'identité du patient reste inconnue, celles où il serait impossible d'identifier un proche ou un membre de la famille ou de savoir où le contacter (patient silencieux, absence de papiers, etc.). Cependant, tous les cas ne peuvent être envisagés ici, ce type de formule visant justement à permettre de faire face à des situations particulières et imprévisibles pour éviter d'imposer une formalité impossible à respecter.

### 5) L'article L3211-3 du CSP ne précise pas les modalités de l'information du patient; que devons-nous entendre par « les raisons qui les motivent » ?

#### Réponse :

Il appartient aux établissements de santé de protocoliser, s'ils le jugent nécessaire, les modalités de délivrance de l'information au patient. L'idée du législateur a été que ces informations seraient données au patient au cours de ses entretiens avec son psychiatre ou avec un membre de l'équipe soignante. Cette information ne peut se borner à faire part au patient de la décision médicale le concernant mais des

considérations qui ont conduit à cette décision. Comme le veut le code de déontologie, cette information doit bien entendu tenir compte de l'intérêt du patient.

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

**Réponse :**

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

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

**7) Pourquoi la durée des soins ne figure-t-elle plus dans les décisions de maintien ?**

**Réponse :**

Le modèle de décision d'admission initiale par le directeur, mis en ligne sur le site du ministère dédié à la loi du 5 juillet dernier, ne prévoit aucune durée de prise en charge. Il en est de même pour les décisions de maintien. Par contre, ces modèles rappellent dans un article 2 que la décision du directeur peut-être modifiée à tout moment par décision du directeur ou levée de la mesure de soins psychiatriques par le préfet ou le JLD. Enfin, le site précité comporte un modèle de décision de maintien des soins psychiatriques pour un mois. Ce document, établi en application notamment de l'article L.3212-7, précise dans son considérant : « CONSIDERANT (reprise des termes du certificat) que dans ce certificat le docteur ... , psychiatre de l'établissement d'accueil, a conclu que l'évolution des troubles mentaux de M... permet la poursuite des soins psychiatriques pour une durée d'un mois Soit dans les mêmes conditions de prise en charge Soit sous une autre forme qu'en hospitalisation complète, définie par le programme de soins ci-joint ; Soit sous la forme d'une hospitalisation complète ».

Les documents mis en ligne se veulent une aide pour les directeurs d'établissements de santé mais leur utilisation n'est nullement obligatoire.

**8) Les décisions du directeur d'hôpital peuvent-elles faire l'objet d'une délégation de signature à un personnel hospitalier administratif ou soignant?**

**Réponse :**

L'article L. 6143-7 du code de la santé publique prévoit que le directeur d'un établissement public de santé «peut déléguer sa signature dans des conditions déterminées par décret ».

Les articles D.6143-33 à D.6143-35 du code précité indiquent que :

- « Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature ». (Article D6143-33) ;
- « Toute délégation doit mentionner :

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation ». (Article D6143-34)

« Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont

communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses. » (Article D6143-35)

**9) L'information de la famille prévue à l'article L3213-9 est-elle systématique, même si le patient ne souhaite pas que sa famille soit prévenue ?**

**Réponse :**

Il faut expliquer au patient que la loi oblige l'administration à informer la famille dans son intérêt même, en vue notamment de l'aider dans ses démarches ou la défense de ses droits. Ce n'est que si le patient, dûment informé, refuse tout de même de faire connaître le nom d'un membre de sa famille pouvant intervenir en sa faveur et qu'aucun membre de cette famille ne peut être avisé de la mesure de soins psychiatriques concernant ce patient, que les dispositions légales ne pourront être respectées.

**10) Si le patient refuse de donner le nom d'un membre de sa famille pour qu'il soit informé de sa situation et que l'établissement connaît un ou plusieurs membres de la famille du patient, doit-il transmettre l'information qu'il détient au préfet pour que la famille soit informée conformément à l'article L3213-9 ?**

**Réponse :**

L'article L. 3213-9 fait obligation au représentant de l'Etat d'aviser la famille de la personne. Cette obligation doit être respectée dès lors qu'une information sur l'identité et l'adresse d'un membre de la famille du patient est connue.

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

**11) Quels sont les médecins nécessaires pour les deux cas d'admission en urgence en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement de santé et pour l'application de l'article L. 3213-6 ?**

**Réponse :**

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

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

1°) Le préfet peut fonder sa décision sur un certificat médical ou sur un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil attestant que le patient répond aux critères requis pour une mesure de SDRE par l'article L. 3213-1 ;

2°) Les certificats des 24 heures et 72 heures doivent être établis par deux psychiatres distincts.

En conséquence, pour l'application de ces dispositions, deux psychiatres sont nécessaires, le psychiatre ayant établi le certificat initial pouvant également établir le certificat des 24 heures OU celui des 72 heures mais en aucun cas les deux.

**12) A partir de quelle date débute le délai pour établir le certificat mensuel dans la procédure de soins psychiatrique sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ?**

**Réponse :**

Le premier alinéa de l'article L. 3212-7 précise que *"Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. »*

Le second alinéa de cet article prévoit que *"au vu du certificat médical ou de l'avis médical mentionné au premier alinéa du présent article, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, les soins peuvent être maintenus par le directeur d'établissement pour des périodes maximales d'un mois renouvelables selon les modalités prévues au présent article ; le certificat est établi dans les trois derniers jours de la période en cause."*

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

## ◆ Mesures provisoires des maires

---

### 1) *La loi du 5 juillet a-t-elle changé les mesures provisoires des maires ?*

#### Réponse :

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

Cependant, par décision du 6 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a censuré l'article L. 3213-2 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 en tant qu'il permettait au maire, ou à Paris au commissaire de police, de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris de privation de liberté, à l'égard d'une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, sur le fondement "par défaut" de la seule "notoriété publique".

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

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

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

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

## ◆ Soins psychiatriques sur décision du préfet »

---

**1) Pour l'application de l'article L. 3213-1, de quels délais dispose le préfet pour rendre sa décision dans l'hypothèse notamment où la levée de la mesure est proposée par les médecins au cours ou à l'issue des 72 premières heures ?**

**Réponse :**

Le préfet doit impérativement prendre une décision sur la proposition de levée dans le délai de trois jours francs à compter de la réception du certificat médical.

**2) Comment se compte le délai de trois jours francs ?**

**Réponse :**

Si le préfet reçoit le certificat le jeudi (quelle que soit l'heure) il pourra rendre sa décision dès le lendemain mais il devra impérativement la prendre avant le dimanche 23h59.

**3) Pour l'application de l'article L. 3213-9-1, si le certificat des 24 h et celui des 72 heures sont établis par deux médecins différents et concluent tous les deux à la levée de la mesure, le préfet doit-il lever la mesure ?**

**Réponse :**

Oui, les conditions requises pour maintenir les soins sans consentement ne sont plus réunies.

**4) Quelle est la procédure concernant une sortie hors territoire pour une quinzaine de jours ?**

**Réponse :**

La nouvelle loi n'a rien modifié en ce qui concerne les sorties du territoire qu'elle ne régit pas davantage que la loi de 1990. Il n'existe donc pas de modèle d'arrêté spécifique

Le point est de savoir si le programme de soins permet à la personne d'aller et venir librement et si son respect n'est pas incompatible avec une sortie du territoire. Si tel est le cas, aucune formalité supplémentaire n'est nécessaire. Il serait toutefois de bonne administration d'en aviser le préfet s'il s'agit d'une mesure prise par ses soins.

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

**5) Un psychiatre demande la levée de la mesure pour un patient en HC, si le Préfet refuse cette mainlevée, quelle est la procédure ?**

**Réponse :**

- Le préfet en informe le directeur de l'établissement de santé qui demande l'avis d'un deuxième psychiatre rendu dans un délai maximal de 72 heures après la décision de refus du préfet.

- Si le 2ème avis médical confirme le premier, le préfet est tenu de suivre l'avis des deux psychiatres et de prendre l'arrêté de levée ou l'arrêté autorisant le programme de soins.

- si le 2ème avis est non conforme au premier, dans ce cas, c'est la procédure prévue à l'article L. 3213-5 qu'il convient d'appliquer (cet article ne s'applique que si le 1er certificat a proposé une sortie "sèche", c'est-à-dire une levée pure et simple de l'hospitalisation complète sans proposer un programme de soins)

**6) Le Préfet peut-il demander, en plus du 2ème avis de psychiatre, une expertise complémentaire, pour éclairer sa prise de décision.**

**Réponse :**

Cela dépend de la réponse du second psychiatre qui va conditionner la suite :

- Si le second avis médical confirme la levée, c'est l'article L. 3213-9-1 qui s'applique et le préfet doit lever immédiatement la mesure ; il ne peut différer sa décision dans l'attente d'une expertise.

- Si le second avis médical diffère du premier qui proposait une sortie sèche et ne confirme pas la levée, c'est l'article L. 3213-5 qui s'applique : le préfet doit répondre dans les trois jours francs mais il peut différer sa réponse de 14 jours au plus s'il demande une expertise.

En résumé, l'article L. 3213-5-1 s'applique dans le cas de la procédure prévue à l'article L. 3213-5 mais non dans celle prévue à l'article L. 3213-9-1

**7) La procédure est-elle la même quand il s'agit d'une demande de levée pour une personne en programme de soins ?**

**Réponse :**

Non, les articles L. 3213-5 et L. 32139-1 ne s'appliquent qu'aux situations d'hospitalisation complète.

Pour une personne en programme de soins X, si le préfet refuse la modification Y de ce programme que propose le psychiatre, le patient demeure pris en charge selon le programme de soins X. La procédure de recours prévue dans ce cas est celle de l'article L. 3211-12.

**8) En cas de désaccord entre le préfet et les psychiatres de l'établissement au sujet de la fin d'une mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète, le préfet peut-il malgré tout exiger que soit substituée à la mesure en hospitalisation complète, une mesure en ambulatoire ?**

**Réponse : NON**

L'application de l'article L. 3213-9-1 est la suivante :

Lorsque les deux psychiatres ont rendu un avis concordant, le préfet est tenu de prendre une mesure conforme à ces avis.

Deux situations peuvent se présenter :

1°) les deux avis concordants proposent la levée pure et simple de la mesure (sans prise en charge sous une autre forme que l'HC, soit une sortie "sèche") : le préfet doit lever la mesure de soins psychiatriques

2°) Les deux avis concordants proposent la prise en charge du patient sous une autre forme que l'HC, avec un programme de soins : le préfet autorise le programme de soins.

Ce point est exposé par ailleurs, dans les supports pédagogiques "8 points clés pour comprendre la réforme", à la diapositive n° 25.

**9) Les autorités (procureurs, maires...) doivent-elles être informées des décisions préfectorales portant sur la forme de prise en charge ou modifiant la forme de prise en charge ?**

**Réponse**

Partiellement.

Les procureurs et les maires sont avisés des admissions, maintiens et levées des mesures de soins psychiatriques prises par le préfet.

Le dernier alinéa de l'article L. 3213-9 du CSP précise en outre que le représentant de l'Etat informe également les autorités de toute décision de prise en charge du patient sous une autre forme que celle d'une hospitalisation complète.

**10) Les arrêtés préfectoraux (dont celui ayant ordonné l'hospitalisation dans le cas d'une levée) sont-ils communicables à la famille de la personne ou à leur conseil ?**

**Réponse :**

La décision de mainlevée d'hospitalisation est une mesure individuelle qui n'a à être notifiée qu'à l'intéressé de cette mesure, à moins que la loi n'en dispose autrement. En l'espèce, la loi prévoit seulement que le Préfet avise la famille, c'est-à-dire lui fasse connaître sa décision sans que pour autant, selon nous, il ait à communiquer l'arrêté qui formalise sa décision. Effectivement, le préfet est tenu d'aviser les personnes citées à l'article L.3213-9 mais il n'a pas à communiquer le document administratif sur lequel porte sa décision. Les décisions du préfet, en matière de soins psychiatriques sans consentement ne sont pas communicables à des tiers et cela pour deux motifs prévus par la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 : - elles contiennent des informations dont la communication pourrait porter atteinte à la vie privée des personnes intéressées (date de naissance par exemple), - elles font état d'un comportement dont la divulgation pourrait porter préjudice à l'intéressé.

**11) Quelles sont les règles applicables aux soins somatiques nécessités par des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ?**

**Réponse :**

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

Quelques principes généraux peuvent cependant être dégagés.

- Pour toutes les personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ou du directeur de l'établissement hospitalisées :

1. L'accès de ces malades aux soins somatiques doit être favorisé.

A cet égard, la loi du 4 mars 2002 codifiée relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise (article L. 1110-1 du code de la santé publique) que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne » et insiste sur la garantie de « l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé ».

2. Si la mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet ou du directeur de l'établissement est toujours justifiée, il est exclu de procéder à la levée de la mesure lors d'un transfert en hôpital général pour soins somatiques, le malade restant sous la surveillance de l'établissement pour ce qui est de la prise en charge psychiatrique.

- En outre, pour les personnes en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat :

1. Le préfet doit toujours être informé du transfert momentané d'un patient pour des soins somatiques dans un autre établissement de santé que celui où est mise en œuvre la mesure de soins psychiatriques.

2. Le préfet ne saurait s'opposer à des soins somatiques urgents ou nécessaires.

3. Aucune décision préfectorale n'est à prendre. L'établissement d'un arrêté préfectoral autorisant un programme de soins, au seul motif du transfert pour soins somatiques, est inopportun dans la mesure où la prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète s'effectue sans accompagnement de personnel, ce qui s'avèrerait particulièrement inapproprié dans le cas d'espèce.

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

Il revient à l'équipe de psychiatrie d'assurer la réalisation des soins psychiatriques ordonnés par le préfet et de veiller au respect des dispositions légales (établissement des certificats médicaux légaux périodiques, et, le cas échéant, transmission en temps utile au préfet du certificat ou de l'avis médical nécessaire à la prise d'un arrêté de maintien en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat). Par ailleurs, si le directeur général de l'agence régionale de santé autorise des établissements de santé à recevoir des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sur décision du préfet

ou du directeur de l'établissement, cette autorisation ne s'applique pas aux établissements de santé autorisés dans des disciplines MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) ou de soins de suite et de réadaptation. De sorte que la non-autorisation d'un établissement de santé à recevoir des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ne saurait faire obstacle à l'accueil d'un patient faisant l'objet d'une telle mesure aux fins d'y recevoir des soins somatiques.

Afin de mettre en œuvre la double prise en charge (somatique et psychiatrique) dans des conditions adaptées en termes de qualité des soins et de sécurité, il revient aux établissements de définir l'organisation la plus adaptée (lieux d'hospitalisation, compétence soignante auprès du patient...) tout au long des soins. Ces choix organisationnels seront clairement indiqués dans le dossier du patient et pourront faire l'objet d'un protocole écrit de prise en charge engageant les deux établissements.

**12) En cas de proposition psychiatrique de modification des modalités de prise en charge avec programme de soins, de quel délai dispose le préfet pour prendre sa décision sur la forme de prise en charge ?**

**Réponse**

Le préfet dispose de 3 jours francs pour prendre sa décision initiale sur la forme de prise en charge au terme des 72 heures (art. L. 3213-1, II). Par parallélisme des formes et en l'absence de toute écriture contraire, il y a tout lieu de considérer qu'il doit en être de même en cas de modification de la prise en charge.

Ainsi, il y aurait une homogénéité dans les pratiques, puisque les délais pour que le préfet décide d'une proposition de levée sont également de 3 jours francs (L. 3213-5).

**13) Pour une levée de SDRE suite au certificat de huitaine est ce que le préfet a également 3 jours francs pour prendre l'arrêté?**

**Réponse :**

Oui, en application de l'article L. 3213-5.

## ◆ Les patients séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD)

---

**1) Pour un patient qui a séjourné à plusieurs reprises en UMD durant les 10 dernières années, comment faut-il calculer le temps passé en UMD ? Est-ce que l'on doit prendre en compte le temps cumulé durant ces dix dernières années ou doit-il avoir effectué 1 année pleine ?**

### Réponse :

L'article R.3222-9 CSP précise que la mesure ne concerne que les patients qui ont été hospitalisés en continu pendant un an. Il n'y a donc pas lieu de cumuler la durée des différents séjours pour déterminer si le patient relève ou non des dispositions spécifiques.

**2) Qui s'occupe de la saisine du JLD si le patient est en UHSA ou en UMD (donc n'est plus sur notre département), l'UHSA ou l'UMD où il est actuellement hospitalisé ?**

### Réponse :

L'établissement compétent est celui où le patient est pris en charge au moment de la saisine. C'est le préfet du département où siège cet établissement qui saisit le JLD dans le cadre de la procédure de contrôle.

**3) Pour l'application des dispositions transitoires aux patients ayant été hospitalisés en UMD et aux patients actuellement en UMD, à compter du 01/08/2011, les arrêtés de maintien ne sont plus nécessaires. Dans le cas où nous ne mettons plus à la signature plus d'arrêté HO pour eux, il faut avertir le patient, quelle serait la forme?**

### Réponse :

La loi prévoit que les patients doivent être informés et pouvoir exprimer leur avis sur les décisions de maintien les concernant. Ceci suppose un entretien avec le médecin pour l'établissement des certificats de maintien, entretien dont la mention figure dans le dossier médical du patient.

L'information peut être délivrée au patient au cours de ces entretiens. Dans l'hypothèse où il s'agit d'informer le patient d'une décision du préfet contraire à l'avis du psychiatre, cette information peut lui être délivrée par toute personne de l'équipe pluridisciplinaire ou par tout moyen.

**4) Quelle date doit-on prendre en considération pour déterminer la durée de 10 ans au-delà de laquelle l'on ne tient plus compte du séjour en UMD, la date d'entrée ou la date de sortie de l'UMD ?**

### Réponse :

La date de sortie.

**5) La gestion des HO étant départementale, nous n'avons pas forcément l'historique d'un patient hospitalisé dans un autre département (ex HO en 2005 et UMD dans un autre département). Comment faire ?**

**Réponse :**

Seules peuvent être prises en considération les informations contenues dans le dossier médical du patient. A défaut d'éléments d'information dans ce dossier sur un séjour en UMD dans un autre département, l'établissement de santé ne peut évidemment pas informer le préfet.

**6) La durée de séjour nécessaire d'un an en UMD pour que l'avis du collège intervienne s'applique-t-elle aux patients faisant l'objet de soins psychiatriques en UMD en cours ?**

**Réponse : Non**

La durée d'un an ne concerne que les patients qui sont déjà sortis de l'UMD.

**7) Sous quelle forme doit être transmis l'avis du collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement (L 3211-9) ?**

**Réponse**

Ni la loi du 5 juillet dernier (article L.3211-9 CSP), ni le décret du 18 juillet (article R.3211-5 CSP) ne prévoient la forme de transmission de l'avis du collège au directeur d'établissement. L'article R.3211-5 précité indique simplement que cet avis est transmis « sans délai ». Les établissements peuvent donc choisir la forme de transmission mais ils doivent respecter les délais dans lesquels le collège doit rendre son avis (au maximum 5 jours à compter de la date de sa convocation - article R.3211-6) : dossier papier, transmission par télécopie sous réserve que l'accès aux télécopies soit encadré en interne.

**8) Le document doit-il être signé par les trois personnes et transmis avec le jour et l'heure de l'avis?**

**Réponse : Non**

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

**9) En ce qui concerne les cas évoqués au IV de l'article L. 3211-12-1 (le juge n'ayant pas statué dans les délais, il constate sans débat que la levée de l'hospitalisation est acquise), la mainlevée automatique de la mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète s'applique-t-elle aux personnes en soins psychiatriques ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou ayant séjourné en UMD dans les conditions définies par la loi, dès lors que pour ces personnes deux expertises psychiatriques sont requises pour la levée de la mesure ?**

**Réponse : Oui**

L'article L 3211-12-1 IV, qui pose le principe de main levée de la mesure d'hospitalisation en l'absence de décision du JLD dans les délais prescrits, ne fait pas de distinction selon la nature de la mesure.

Dès lors, il y a lieu de constater que cet article s'applique dans les mêmes termes aux personnes hospitalisées sans leur consentement, y compris celles ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en UMD.

Il en est de même en cas de saisine tardive du JLD non justifiée par des circonstances exceptionnelles à l'origine de cette saisine et ne permettant pas la tenue du débat dans un délai compatible avec les droits de la défense : dans ce cas le JLD doit constater la mainlevée sans se prononcer sur la nécessité de la mesure, quelle que soit le « parcours » de la personne concernée.

## ◆ **Contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) des hospitalisations complètes de plus de 15 jours ou de plus de 6 mois**

---

**1) Les patients en hospitalisation complète ayant fugué feront-ils l'objet de l'intervention systématique du JLD**

**Réponse : Oui**

Ces patients font l'objet d'une mesure privative de liberté. S'ils étaient retrouvés, ils seraient hospitalisés à temps complet. Dans ces conditions, leur situation doit être examinée par le JLD.

Les documents adressés au JLD devront faire état de la situation de fugue.

**2) S'agissant des patients déclarés irresponsables pénalement ou ayant séjournés en UMD avant le 23 juillet, la saisine du juge à 6 mois devra-t-elle s'accompagner de l'avis du collègue ?**

**Réponse : Oui**

**3) L'avis psychiatrique conjoint nécessaire au JLD peut-il être rédigé par le psychiatre qui a rédigé la proposition de prise en charge ?**

**Réponse : Oui**

**4) Quand débute la période des 15 jours pour le contrôle du JLD ? À l'arrivée à l'établissement psychiatrique ou aux urgences ? Il arrive qu'un malade soit hospitalisé plus de 10 jours suite à une tentative de suicide avec passage en réanimation et décision des médecins de prendre une mesure sur demande d'un tiers. Considère-t-on qu'il reste uniquement 5 jours pour passage devant le JLD ? Que faire alors si l'hospitalisation avant la décision d'ex HDT est déjà supérieure à 15 jours ?**

**Réponse :**

Tant que la mesure d'admission en soins n'est pas prise (c'est-à-dire tant que le directeur d'un ES autorisé n'a pas pris de mesure d'admission en soins sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou tant que le préfet n'a pas pris d'arrêt), le patient EST EN SOINS LIBRES. Il n'y a donc pas lieu de saisir le JLD si le temps passé aux urgences (par exemple) n'est pas effectivement suivi d'une mesure de soins du préfet ou du directeur de l'ES (et d'un transfert vers l'établissement psychiatrique) dans les 48 heures.

**5) Quelles mesures doivent donner lieu à la saisine du JLD avant l'expiration du délai de 6 mois (Art. L 3211-12-1 3°) ?**

**Réponse : Toutes.**

L'article L. 3211-12-1 précise que sont visées les hospitalisations de six mois suivant les décisions du JLD prises en application "du présent article", c'est à dire toutes les hospitalisations qui auront déjà fait l'objet du contrôle des 15 jours prévu aux 1° et 2° de l'article L. 3211-12-1.

Le JLD doit également être saisi à l'expiration du délai de 6 mois pour les mesures ayant fait l'objet d'une décision judiciaire :

- soit par application de l'article 706-135 du CPP (irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux conduisant à l'hospitalisation de la personne considérée)
- soit par application des articles L 3211-12 ou L 3213-5 (saisine de JLD aux fins d'ordonner la mainlevée de la mesure).

**6) *Lorsqu'un patient a changé de mode d'hospitalisation (demande de tiers en hospitalisation par le représentant de l'Etat ou inversement), quelle est la date de début de mesure à prendre en compte pour le passage devant le JLD avant la plus prochaine des échéances semestrielles ?***

**Réponse :**

Il faut tenir compte de la première mesure, soit de la date à compter de laquelle le patient fait l'objet d'une mesure privative de liberté.

**7) *Si un patient est en sortie non autorisée (fugue), faut-il faire les requêtes au JLD ? Si oui, les délais sont-ils applicables dans les mêmes conditions ?***

**Réponse :**

Oui. Ce sont les délais de droit commun qu'il convient d'appliquer.

En l'absence du patient, au lieu d'un certificat, le médecin pourra faire une attestation.

**8) *Outre les certificats (24H, 72 H et 8ème) la saisine doit comporter un avis conjoint***

**Réponse :**

Oui, la saisine du JLD doit comporter un avis conjoint de deux psychiatres dont un seul participe à la prise en charge du patient (article L. 3211-12-1, II), hormis les cas particuliers où l'avis du collègue est requis et se substitue alors à celui des deux psychiatres (pour les patients séjournant ou ayant séjourné pendant un an depuis moins de 10 ans dans une UMD ou patient étant ou ayant été en HO à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale et dont l'HO a pris fin depuis moins de 10 ans)

**9) *Pourquoi, lorsque le JLD prononce la mainlevée de l'hospitalisation complète en application de l'article L.3211-12-1 III, la mesure de soins psychiatrique est-elle levée ? Ne peut on considérer sauf mention expresse du JLD que la contrainte est maintenue mais sous sa forme ambulatoire (c'est-à-dire obligation de soins) ?***

**Réponse : Non**

Les articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 prévoient tous les deux que le JLD peut, au vu du dossier du patient, décider de différer de 24 heures l'effet de sa décision de lever la mesure pour qu'un programme de soins puisse être établi. Ceci implique qu'à défaut d'une telle décision, il est mis fin à la mesure de soins.

**10) *L'article L. 3211-12-1 s'applique-t-il à la situation d'un patient qui sort deux jours toutes les deux semaines ou quelques heures au cours des six mois***

**Réponse :**

Le principe qui guide la compréhension de la loi est celui de la liberté d'aller et venir.

En conséquence, dès lors que le patient ne dispose pas de cette liberté pendant 15 jours en continu ou six mois en continu, le contrôle du JLD s'exerce.  
Dès lors que ces périodes (15 jours et six mois) sont interrompues, quelle que soit la durée de cette interruption (quelques heures ou quelques jours), ce contrôle ne s'exerce plus.

**11) Un patient peut-il refuser d'être entendu par le JLD dans le cadre du contrôle systématique des hospitalisations complètes de plus de 15 jours ?**

**Réponse :**

Oui

Le patient peut refuser de comparaître devant le JLD et qu'il peut dans ce cas, comme d'ailleurs s'il décide de comparaître, décider d'être ou non représenté par un avocat

Ce n'est que lorsque le patient n'est pas auditionné pour des raisons médicales (ce n'est pas lui qui l'a décidé) qu'il est obligatoirement représenté par un avocat de son choix ou un avocat commis d'office

**12) Un tiers qui a fait la demande de soins est-il obligé d'être entendu par le JLD dans le cadre du contrôle systématique des hospitalisations complètes de plus de 15 jours ou de 6 mois ?**

**Réponse :**

Le tiers n'est pas tenu de comparaître, même s'il est convoqué par le JLD

**13) L'identité du tiers qui a sollicité l'hospitalisation du patient peut-elle être révélée lorsqu'une demande de mainlevée de mesure est sollicitée.**

**Réponse :**

Deux cas doivent être envisagés dans une telle hypothèse :

- Soit c'est le tiers qui a demandé l'hospitalisation qui en demande la mainlevée : dans cette hypothèse, il n'existe aucun doute. En effet, en vertu de l'article R. 3211-8 1°, la requête mentionne l'identité du demandeur et est, en vertu de l'article R. 3211-10 1°, communiquée par le greffe au malade.

- Soit c'est une autre personne que le tiers qui a sollicité l'hospitalisation qui demande la mainlevée : dans ce cas là, il n'est pas obligé que la requête mentionne l'identité de ce tiers, dès lors que cela n'est pas prescrit par l'article R. 3211-8.

En revanche, l'article R. 3211-1 1° prévoit que le directeur de l'établissement doit communiquer au tribunal le nom du tiers qui a sollicité la mesure d'hospitalisation. Cet élément est consultable par le patient en vertu de l'article R. 3211-12 al. 8.

La question qui pourrait se poser est de savoir si un tel document fait partie du dossier médical et rentrerait dans la liste des exceptions de non communication prévues à l'article L.1111-7 du CSP. La réponse est négative pour trois motifs.

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

Enfin et en troisième lieu, il apparaît fondamental que le patient puisse avoir communication de l'identité du tiers dans le cadre d'un examen équitable de sa situation : pour pouvoir se défendre, il faut qu'il ait tous les éléments, notamment le nom du tiers qui a sollicité l'hospitalisation, par exemple pour contester la qualité à agir de ce tiers dans le cadre de l'article L 3212-111.

**14)Le préfet doit-il être présent à l'audience ou peut-il faire ses observations par écrit ?**

**Réponse : Oui**

Il découle de l'article R. 3211-15 du code de la santé publique que, dans le cadre du contrôle des mesures de soins psychiatriques par le JLD, les personnes appelées peuvent présenter leurs observations par écrit.

Ne pèse donc sur l'administration aucune obligation de présence aux audiences.

Toutefois, il faut préciser que dans le cadre des procédures de mainlevée des mesures de soins psychiatriques, comme dans toutes les procédures juridictionnelles enfermées dans des délais courts, l'administration a tout intérêt à être présente à l'audience pour défendre sa position. Le déroulement de l'audience peut en effet être déterminant. Le choix consistant à privilégier de manière systématique les observations écrites, s'il peut se comprendre d'un point de vue pratique, est donc le plus risqué.

**15)Le principe d'une audition "publique" n'entre-t-il pas en contradiction avec le secret médical?**

**Réponse :**

La loi ne déroge pas au principe de la publicité de la justice qui fait partie des principes fondamentaux du droit processuel européen et interne.

En revanche, le juge a la possibilité (c'est l'article L. 3211-12-2 qui le permet, réservant expressément l'application de l'article 11-1 de la loi 72-626 du 5 juillet 1972 de tenir les débats en chambre du conseil, c'est à dire hors la présence du public, lorsque les parties le demandent ou s'il doit résulter de la publicité une atteinte à la vie privée. L'impératif de protection de l'intimité du patient et les données médicales le concernant peut ainsi être respecté.

**16)Peut-on reprendre un arrêté préfectoral d'hospitalisation complète pour les personnes présentant un danger lié à leurs troubles mentaux lorsque le JLD a levé la mesure sans statuer au fond ?**

**Réponse :**

Si des faits nouveaux interviennent, une nouvelle mesure d'HC peut en effet être légalement envisagée sans faire encourir au préfet le reproche de ne pas respecter une décision de justice.

Dans l'hypothèse où l'état du patient est au contraire stationnaire, l'article L.3211-12-5 permet en effet d'envisager un programme de soins, sans préjudice toutefois de la possibilité pour les parties de demander au procureur de la République de faire appel avec demande d'effet suspensif. L'alinéa 3 de l'article L.3211-12-4 permet en effet de faire appel d'une décision du JLD qui ordonne ou constate la mainlevée en raison d'une saisine tardive.

**17)Le principe de la mainlevée sans débat résultant du dépassement de délai (IV de l'art. L 3111-12-1) s'applique-t-il pour les patients relevant de l'article L3213-7(donc sans double expertise) ?**

**Réponse :**

L'article L 3211-12-1 IV, qui pose le principe de main levée de la mesure d'hospitalisation en l'absence de décision du JLD dans les délais prescrits, ne fait pas de distinction selon la nature de la mesure.

Dès lors, il y a lieu de constater que cet article s'applique dans les mêmes termes aux personnes hospitalisées sans leur consentement, y compris celles ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en UMD.

Il en est de même en cas de saisine tardive du JLD non justifiée par des circonstances exceptionnelles à l'origine de cette saisine et ne permettant pas la tenue du débat dans un délai compatible avec les droits de la défense : dans ce cas le JLD doit constater la mainlevée sans se prononcer sur la nécessité de la mesure, quelle que soit le « parcours » de la personne concernée.

### **18)A qui incombe la charge de faire appel à un avocat commis d'office ?**

#### **Réponse**

L'article R. 3211-13 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du décret du 18 juillet 2011, prévoit que la personne hospitalisée, lorsqu'elle est avisée de l'audience, est également avisée par le greffe de son droit de demander la désignation d'un avocat d'office (soit parce qu'elle souhaite être assistée ou représentée, soit parce qu'elle doit être représentée dans le cas où des motifs médicaux s'opposent à son audition). Il appartient alors à la personne de faire cette demande soit directement au greffe soit par l'intermédiaire du directeur d'établissement, la désignation étant dans tous les cas faite par le bâtonnier à la demande de la juridiction et non par le directeur d'établissement.

Une fois la désignation opérée, elle est transmise au bureau d'aide juridictionnelle (BAJ) qui apprécie si la personne peut bénéficier de cette aide, auquel cas les frais d'avocat incombent à l'Etat. Les ressources sont une condition principale d'octroi de cette aide mais les BAJ ont la possibilité de passer outre si la situation de la personne apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige.

### **19)Quelle autorité saisit le JLD et transmet les pièces ?**

#### **Réponse**

La charge de l'envoi des pièces au JLD diffère selon que l'on est dans le cas d'un recours (art. L. 3212) ou dans le cas du contrôle de plein droit exercé par le JLD (art. L. 3211-12-1).

Dans le premier cas (recours), la charge de l'envoi des pièces incombe au directeur de l'établissement de santé (art. R. 3211-11 du code de la santé publique).

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

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

### **20)Lors de la présentation du patient au JLD, un infirmier désigné pour l'accompagner a été questionné par le JLD et l'avocat du patient lors de l'audience. Est-il obligé de répondre ?**

#### **Réponse**

En l'absence de dispositions spéciales du code de la santé publique en la matière, c'est aux règles du code de procédure civile, applicables par défaut, qu'il convient de se référer.

Une personne présente à l'audience sans être partie, tel un cadre de santé accompagnateur, est considéré comme un tiers à la procédure. Or les déclarations orales faites par les tiers constituent des mesures d'instruction que le juge peut ordonner d'office ou à la demande des parties. Il est donc permis à un JLD d'interroger un cadre de santé, d'office ou à la demande d'un avocat, et éventuellement de laisser l'avocat lui poser directement des questions. En revanche, un cadre de santé pourrait refuser de répondre aux questions d'un avocat qui n'aurait pas été autorisé par le juge à les poser.

Un cadre de santé dont les déclarations seraient requises par un juge est en principe tenu d'apporter son concours. S'il oppose, pour s'y soustraire, un risque de compromettre la relation thérapeutique avec son patient, il appartiendra alors au juge d'apprécier si cela constitue un motif légitime (au regard par exemple du risque d'atteinte à l'intimité de la vie privée du patient) et le cas échéant, de dispenser la personne de répondre. A défaut, les tiers qui sans motif légitime refusent de prêter leur concours peuvent être condamnés à une amende civile d'un maximum de 3000 euros.

### **21)Lorsqu'un patient a fugué et a fait l'objet d'un arrêté de réintégration, le JLD doit être saisi dans les délais "habituels" même si le patient est toujours en**

***fugue. Faut-il saisir le JLD à nouveau le patient est physiquement réintégré à l'hôpital suite à sa fugue ?***

**Réponse**

Dès lors qu'on a considéré le patient en fugue comme un patient hospitalisé pour saisir le juge, il n'y a pas lieu de prévoir de ressaisir le JLD au seul motif que le patient est retrouvé et réintégré.

## ◆ Programme de soins

---

### 1) *Qu'est-ce que le programme de soins*

#### Réponse :

La personne malade qui n'est pas encore en mesure de se soigner librement pourra désormais être soignée non seulement à l'hôpital, mais aussi à l'extérieur. Si la personne ne suit pas correctement ces soins et que son état de santé se dégrade, elle pourra être réhospitalisée, sans passer par l'ensemble des étapes d'une admission classique (de la même manière que les réintégrations après rupture de sortie d'essai). Le programme de soin est un document qui définira ces soins imposés à l'extérieur de l'hôpital. Le psychiatre aura clairement expliqué à la personne ce qui lui est imposé, et qu'elle doit suivre, dans l'intérêt de son état de santé.

### 2) *Qu'y a-t-il dans le programme de soins ?*

#### Réponse :

Le programme de soins doit indiquer le type de soins, les lieux et la périodicité de ces soins.

Le programme indique si la prise en charge du patient inclut une hospitalisation à temps partiel (dans ce cas il indique laquelle : hôpital de jour, de nuit, de semaine), une hospitalisation à domicile, des consultations ou des activités thérapeutiques.

Il indique la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés.

Il mentionne les lieux où se déroulent ces prises en charge, y compris lorsqu'ils sont dispensés dans le lieu de vie habituel du patient.

### 3) *Le programme de soins doit-il faire mention des troubles du patient ?*

#### Réponse : Non

Le programme de soins ne peut en aucun cas comporter des indications sur la nature des troubles mentaux dont souffre le patient ni sur leurs manifestations, des observations cliniques, la mention ou des résultats d'examens complémentaires.

### 4) *Le programme de soins doit-il faire mention des médicaments que doit prendre le patient ?*

#### Réponse : Non

Le programme de soins peut seulement faire état du fait qu'un traitement est prescrit pour les troubles psychiatriques. Le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée ne peuvent être indiqués dans le programme de soins. Ces éléments figurent dans l'ordonnance rédigée par le médecin.

### 5) *Un programme de soins peut-il prévoir des visites à domicile ?*

#### Réponse : Oui

Le programme de soins peut prévoir tous les types de soins utilisés en psychiatrie (CMP, CATTP, VAD, HAD, AFT, ...).

**6) Qui établit et qui peut modifier le programme de soins ?**

**Réponse :**

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

**7) Le préfet peut-il décider de modifier le programme de soins ?**

**Réponse : Non**

Le préfet n'est pas habilité à modifier un programme de soins.

Par contre, il peut, dans son arrêté, maintenir les conditions de prise en charge du patient, alors qu'un médecin propose de les modifier.

**8) Le préfet peut-il décider de réhospitaliser une personne sous programme de soins ?**

**Réponse : Oui**

A tout moment, en présence d'une personne atteinte de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le préfet peut ordonner l'admission en soins psychiatriques, dans les conditions habituelles (un médecin doit confirmer que cette mesure est nécessaire).

Les personnes sous programme de soin ne sont bien entendu pas exemptées. Si un patient sous programme de soin présente un tel trouble, le préfet est fondé à la faire hospitaliser.

**9) Un programme de soins pourra-t-il être établi par un médecin libéral ?**

**Réponse : Non**

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

**10) Pourquoi le dispositif de sortie d'essai est-il supprimé ?**

**Réponse :**

Il n'est plus utile du fait du système de programme de soins.

**11) Quel mode d'hospitalisation doit-on retenir pour une personne en HO en hospitalisation complète :- qui bénéficiait auparavant d'une sortie d'essai non accompagnée d'une après midi/semaine ?- qui se rendait dans un CATTP non accompagné une après-midi/semaine ?**

**Réponse :**

Dès lors qu'une personne bénéficiait d'une sortie d'essai, c'est-à-dire qu'elle sortait non accompagnée de l'hôpital, même pour une durée très brève (en l'occurrence une après-midi par semaine), elle relèvera de la deuxième forme de prise en charge, à savoir d'une autre forme de prise en charge que l'hospitalisation complète qui s'appuiera sur un programme de soins.

**12) Forme du programme de soins : le programme de soins doit il être dactylographié ou peut il être manuscrit ?**

**Réponse:**

L'article R. 3213-3 du code de la santé publique prévoit que les certificats et avis médicaux, établis en application du chapitre relatif à l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, sont dactylographiés.

Sauf impossibilité, le programme de soins remis au préfet et au patient doit répondre aux mêmes exigences et être dactylographié.

**13) Une personne en hospitalisation complète peut-elle être autorisée à sortir dans le parc de l'établissement d'accueil (parc non fermé). Si oui, doit elle être accompagnée par le personnel soignant ou membre de sa famille ou personne de confiance ?**

**Réponse :**

Cette question n'est pas nouvelle et n'est donc pas liée à l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011.

Les permissions de sortir dans le parc de l'hôpital sont des décisions, à visée thérapeutique, prises par le médecin qui suit le patient et qui peut prévoir l'intervention du personnel soignant.

**14) Comment est pris en charge un patient qui sort deux jours toutes les deux semaines ? Ou quelques heures ?**

**Réponse :**

Le principe qui guide la compréhension de la loi est celui de la liberté d'aller et venir.

En conséquence, dès lors que le patient ne dispose pas de cette liberté pendant 15 jours en continu ou six mois en continu, le contrôle du JLD s'exerce.

Dès lors que ces périodes (15 jours et six mois) sont interrompues, quelle que soit la durée de cette interruption (quelques heures ou quelques jours), ce contrôle ne s'exerce plus.

C'est pourquoi dès lors que le patient sort seul de l'établissement de santé, quelle que soit la durée de cette absence, un programme de soins doit être établi.

S'agissant des patients pris en charge plusieurs jours d'affilée 24 heures sur 24 dans l'établissement de santé, deux cas de figure peuvent se rencontrer :

- Soit ces absences sont programmées et répétitives, par exemple une sortie de week-end toutes les 2 semaines pendant deux mois, et dans ce cas, le médecin établit un programme de soins pour deux mois dans lequel il précise que le patient sera pris en charge à temps complet dans l'établissement de santé de telle date à telle date avec un séjour dans sa famille ou à son domicile à partir du (il précise les dates et l'adresse) et réintégration dans l'établissement de santé le X (il précise les dates). Dans le certificat médical accompagnant le programme de soins, il insère sa proposition de prise en charge en la motivant.

- Soit cette absence est exceptionnelle soit elle est répétée mais sans que ces sorties soient programmées. Dans ce cas, pour chacune de ces sorties, le médecin établit un programme de soins comportant l'adresse du lieu où se rend la personne, l'heure de départ de l'établissement de santé et l'heure de retour et, le cas échéant, l'existence du traitement médicamenteux et précise qu'à l'issue de cette sortie, le patient sera à nouveau pris en charge au titre du 1° de l'article L. 3211-2-1. Le médecin motivera sa proposition. Le patient sera donc à nouveau en hospitalisation complète à partir de son retour à l'hôpital. Pour la saisine du JLD, le décompte du délai de 15 jours ou de six mois repartira à compter de la date de ce retour.

**15) En cas de non respect du programme de soins, le préfet doit-il en être informé ?**

**Réponse :**

La loi du 5 juillet 2011 ne prévoit pas de signalement systématique au préfet de l'inobservance par le patient de son programme de soins.

Si le psychiatre considère que cette inobservance ne permet plus de dispenser les soins nécessaires à son état, il doit, en application de l'article L. 3211-11-1 créé par la loi du 5 juillet 2011, prendre un certificat médical circonstancié proposant la réhospitalisation complète du patient et l'adresser au directeur de

l'établissement qui en saisit le préfet. Cette disposition vise notamment le cas où le patient pris en charge dans le cadre d'un programme de soins, sous une autre forme que l'hospitalisation complète, ne se rend pas aux rendez vous en CMP, CATTP ou autres prévus par ce programme. Dans ce cas, s'il estime qu'une hospitalisation complète est nécessaire au vu de la dégradation de l'état mental du patient, constatée ou prévisible, le médecin doit établir un certificat préconisant le retour en hospitalisation complète.

Dans l'hypothèse où le médecin estime que ni l'importance des manquements au programme de soins ni leur impact sur la santé du patient ne justifient pas un retour en HC, il peut cependant considérer qu'une modification de ce programme est nécessaire. Si cette modification est substantielle, le représentant de l'Etat en est informé afin de lui permettre, le cas échéant, de prendre un nouvel arrêté.

Dans tous les cas, il appartient au médecin de justifier sa proposition au vu des motifs qui lui paraissent déterminants.

**16) Les patients en hospitalisation complète qui participent à un séjour thérapeutique d'une semaine, accompagnés par des soignants du CHS dans un établissement d'un autre département doivent-ils faire l'objet d'un programme de soins ?**

**Réponse : Non**

Le principe d'un séjour thérapeutique dans un autre établissement a priori non mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé publique n'est pas prévu au 1° du I de l'article L.3211-2-1 qui définit la prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

Mais le principe qui guide la compréhension de la loi du 5 juillet dernier est celui de la liberté d'aller et de venir dont dispose ou non le malade.

En l'espèce, le patient reste sous la surveillance constante des soignants du CHS comme dans le cadre d'une hospitalisation complète.

En outre, aucun programme de soins n'a été établi et les délais pour recueillir l'avis du JLD n'ont pas été interrompus.

De plus, si le patient est considéré comme demeurant en hospitalisation complète au CHS, cet établissement doit en être totalement responsable durant le séjour thérapeutique dans l'autre établissement ainsi que pendant les trajets entre les deux établissements.

**17) S'agissant d'un patient pris en charge en hospitalisation complète qui est accompagné par une équipe soignante pour passer un jour par semaine dans un autre établissement (un hôpital de jour) puis pour réintégrer l'hôpital le soir, faut-il prévoir un programme de soins ?**

**Réponse :**

Il est possible de considérer que ce patient demeure en hospitalisation complète. En effet, le principe qui guide la compréhension de la loi du 5 juillet dernier est celui de la liberté d'aller et de venir dont dispose ou non le malade. En l'espèce, le patient reste sous la surveillance constante des soignants de l'établissement mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé publique comme dans le cadre d'une hospitalisation complète. En outre, cet établissement en est totalement responsable pendant son séjour à l'hôpital de jour ainsi que durant les trajets entre les deux sites.

**18) Dans le cadre d'un programme de soins, le patient peut-il être pris en charge, dans un hôpital de jour (pour des soins spécifiques) par un autre établissement que celui d'accueil, cet établissement n'étant par ailleurs pas autorisé à accueillir les patients sous contrainte ?**

**Réponse**

Dans le cadre d'un programme de soins établi pour une personne faisant l'objet de soins psychiatriques (article L.3211-2-1 2° du code de la santé publique), une partie des soins peut être réalisée dans un autre établissement que celui prenant en charge le patient. Mais l'établissement prenant en charge le patient reste responsable de ce dernier et doit signer avec l'autre établissement de santé une convention dans le cadre de son contrat d'objectifs et de moyens.

**19) Un patient en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat peut-il dans le cadre de son programme de soins, être pris en charge dans un EPHAD ?**

**Réponse**

Dans le cadre d'un programme de soins établi pour une personne faisant l'objet de soins psychiatriques (article L.3211-2-1 2° du code de la santé publique), une partie des soins peut être réalisée dans un autre établissement que celui prenant en charge le patient. Mais l'établissement prenant en charge le patient reste responsable de ce dernier et doit signer avec l'autre établissement de santé une convention dans le cadre de son contrat d'objectifs et de moyens. Une telle convention n'est pas nécessaire si l'EHPAD dépend de l'établissement de santé qui prend en charge le malade.

## ◆ Soins psychiatriques aux personnes détenues

---

### **1) La loi prévoit les soins psychiatriques des détenus en UHSA mais que va-t-il se passer au 1er août dans les régions où il n'y a pas encore d'UHSA ?**

#### **Réponse : Statu quo**

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu en son article 48 que « Dans l'attente de la prise en charge par les unités hospitalières spécialement aménagées mentionnées à l'article L. 3214-1 du code de la santé publique, l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux continue d'être assurée par un service médico-psychologique régional ou un établissement de santé (...) » qui peut recevoir des personnes en soins sans consentement.

### **2) L'un des points clés de la loi est l'accès aux formes alternatives à l'hospitalisation complète. Quelles sont les alternatives possibles pour les personnes détenues ?**

#### **Réponse :**

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

### **3) La période initiale de soins et d'observation de 72 heures est elle aussi réalisée dans le cas d'hospitalisations de personnes détenues ?**

#### **Réponse : Oui.**

L'examen somatique doit donc être réalisé, les établissements de santé autorisés en psychiatrie et les UHSA doivent le prévoir, sachant que cet examen peut être effectué par un psychiatre.

Lors de cette période initiale un certificat doit être réalisé au cours des 24 premières heures par le psychiatre de l'établissement de santé accueillant le patient confirmant la mesure d'hospitalisation sans consentement.

Un deuxième certificat doit être réalisé dans les 72 heures afin d'attester le maintien de la mesure.

Ces deux certificats peuvent être réalisés par le même médecin.

### **4) A partir de quel moment courent les délais de 24 heures et 72 heures ?**

#### **Réponse :**

Lorsqu'une personne détenue est hospitalisée sans consentement, les délais courent à partir de la prise de l'arrêté d'hospitalisation d'office par le préfet.

Dans le cas où le patient passe par l'unité de médecine d'urgence (par exemple), et que l'arrêté d'hospitalisation sans consentement n'a pas encore été pris par le préfet, alors, conformément à ce que prévoit l'article L.3211-2-3 de la loi :

- la date de début de prise en charge psychiatrique détermine le début de la période d'observation et de soins initiale. C'est donc le certificat initial qui détermine le début de la prise en charge. Un médecin des urgences peut, si besoin, rédiger le certificat initial.

- un transfert dans un établissement de santé habilité à le traiter sur le plan psychiatrique doit être organisé

- dans un délai de 48 heures

- selon les modalités prévues par convention (article L.3211-2-3). Une personne détenue est accompagnée par le personnel hospitalier et escortée par le personnel pénitentiaire (article R.3214-22)

## **5) Qui peut rédiger le certificat initial ?**

L'article L.3214-3 précise que « le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil », or la structure sanitaire se trouvant en milieu pénitentiaire peut être rattaché à cet établissement d'accueil. Peut-on alors juridiquement distinguer l'unité qui est dans les locaux des établissements pénitentiaires de l'établissement d'accueil ?

### **Réponse :**

Non, l'unité de consultations et de soins ambulatoires et le service médico-psychologique régional ne sont pas des entités juridiques autonomes mais des structures internes d'un établissement de santé (cf. articles L.6146-1 du code de la santé publique et D.368 du code de procédure pénale). De ce fait, le psychiatre de l'UCSA ou du SMPR ne peut rédiger le certificat médical permettant au préfet de prononcer par arrêté l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète une personne détenue (article L.3214-3 CSP), ce psychiatre doit, en revanche, être consulté lors de la saisine du JLD à J15 et au bout de 6 mois (voir question suivante).

Concernant le certificat médical, et conformément à la décision n°321506 du Conseil d'État prononcée le 9 juin 2010, « s'il ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, il peut être établi par un **médecin non psychiatre de cet établissement** ou par un médecin extérieur à l'établissement, qu'il soit ou non psychiatre ».

## **6) Le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) au bout de 15 jours et au bout de 6 mois s'applique t il aux personnes détenues ?**

### **Réponse :**

Oui, comme le confirme les articles L.3211-12-1 et L.3214-2.

Dans tous les cas d'hospitalisations sans consentement de personnes détenues, la saisine du JLD est accompagnée d'un avis de deux psychiatres :

- Le psychiatre de l'établissement de santé où se déroule l'hospitalisation
- Le psychiatre de l'établissement pénitentiaire d'origine du patient.

Cet avis conjoint est donc rédigé dans un délai de 15 jours à compter de l'admission et avant l'expiration d'un délai de 6 mois.

## **7) A partir de quel moment courent les délais de 15 jours et 6 mois ?**

### **Réponse :**

Lorsqu'une personne détenue est hospitalisée en application de l'article D.398 du Code de procédure pénale (qui est la seule forme d'hospitalisation sans consentement possible pour les personnes détenues), le délai court à partir l'admission prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié, établi au préalable par un médecin autre qu'un psychiatre exerçant dans l'établissement de santé d'accueil.

Tant que la mesure d'admission en soins n'est pas prise, le patient EST EN SOINS LIBRES, il n'y a donc pas lieu de saisir le JLD.

## **8) Qui rédige les certificats à établir pendant l'hospitalisation, et à quelle fréquence ?**

### **Réponse :**

Les différents certificats doivent être rédigés par le **seul** psychiatre de l'établissement d'accueil sur le rythme suivant :

- 1°) Dans les 24 h suivant l'admission
- 2°) Dans les 72 h suivant l'admission
- 3°) Le 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup> ou 8<sup>ème</sup> jour suivant l'admission
- 4°) Puis dans le mois qui suit la décision d'admission
- 5°) Puis tous les mois

## **9) Comment se déroule la levée de soins dans le cas d'hospitalisations psychiatriques sans consentement de personnes détenues ?**

### **Réponse :**

Le droit commun s'applique aux personnes détenues comme pour tout autre patient :

- Le préfet décide de suivre la proposition médicale :

Arrêté préfectoral mettant fin aux soins psychiatriques sur proposition d'un psychiatre de l'établissement d'accueil (pouvant être présentée à tout moment)

- Le préfet décide de ne pas suivre la proposition du psychiatre de l'établissement pour que la mesure de soins soit levée

(Cf. Article L-3213-9-1)

Il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci devra rendre un avis au plus tard 72 heures après la décision ci-dessus du préfet.

Compte tenu des délais accordés à ce second psychiatre pour rendre son avis, il semble préférable que celui-ci soit un psychiatre de l'établissement de santé, psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient. Ce psychiatre pourra, s'il le souhaite, consulter son collègue de l'établissement pénitentiaire.

Si le deuxième avis confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet ordonne la levée de la mesure de soins psychiatriques.

Si le deuxième avis ne confirme pas la proposition du psychiatre traitant, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète.

Si le deuxième avis ne confirme pas la proposition du psychiatre traitant et que le préfet ne lève pas la mesure, il en informe le directeur de l'établissement qui saisit sans délai le juge des libertés et de la détention.

Si la personne détenue hospitalisée séjourne ou a séjourné en UMD ou a été hospitalisée à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale

Le directeur de l'établissement de santé convoque un collège de soignants. Ce collège doit être composé :

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

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

## **10) Un détenu peut-il bénéficier d'une sortie accompagnée de moins de 12h ?**

### **Réponse : Non**

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

## ◆ Etablissements de santé

---

### **1) Les ARS ont ils une date limite pour désigner, après avis du préfet, les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public ?**

#### **Réponse :**

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

La problématique est donc la suivante :

L'article a été modifié par l'ordonnance afin de faire un lien direct avec le régime juridique des missions de service public (MSP), et s'articule donc entièrement avec lui. Cependant, dans l'attente d'une publication du SROS-PRS, le régime des MSP (article L.6112-2) ne s'applique pas, nonobstant la réalité juridique desdites missions. En conséquence, les établissements déjà habilités à recevoir des patients sans consentement (sous l'égide d'un régime antérieur : ancien article L.3223-1) continuent d'exercer cette mission dans le cadre de leurs habilitations. Aucun nouvel arrêté d'avis n'est alors exigé (sauf si, malgré l'absence de publication du SROS-PRS, le DG d'ARS souhaite désigner un nouvel établissement).

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

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

En conséquence, il n'y a aucune contrainte à publier les arrêtés préfectoraux portant avis (et non plus habilitation), avant le 1<sup>er</sup> aout 2011. La seule contrainte temporelle à respecter est une publication de l'arrêté préalable à toute signature des prochains CPOM, seul acte juridique portant octroi d'une MSP.

### **2) Quel est le DG ARS habilité à désigner les établissements chargés d'assurer les prises en charge sans consentement, lorsque des établissements accueillent des patients pour lesquels une HO est prise par un préfet d'un autre département que celui dans lequel l'établissement est implanté ?**

#### **Réponse :**

Le DGARS compétent pour désigner les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public de prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement est le DGARS de la région où se situent ces établissements (les missions de service public sont attribuées par les DGARS en fonction des besoins de la population appréciés par le SROS –art L.6112-2 CSP). Le préfet compétent pour donner son avis au DGARS est celui du département d'implantation de l'établissement ayant reçu la mission de service public ; l'article L.3222-1 ne permet aucune autre interprétation. Par contre, l'arrêté admettant le patient en soins psychiatriques est pris par le préfet du département où se trouve le malade (cet arrêté précise l'établissement qui prend en charge le malade), et le préfet du département où se trouve l'établissement d'accueil est destinataire des certificats médicaux des 24 et 72 premières heures (art L.3213-1 3 derniers alinéas).

**3) Lorsqu'une mesure d'admission sous contrainte est décidée à partir d'un SAU (avec un premier certificat médical), faut-il qu'un accord médical et administratif de l'établissement accueillant le patient soit faxé à l'ARS ? (en plus d'un échange téléphonique pour accord oral du médecin.) Que se passe-t-il en cas de refus ?**

**Réponse**

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

Par conséquent, l'établissement siège de l'unité de médecine d'urgence prend en charge le patient aux urgences mais ne procède pas à l'admission, sauf s'il est habilité pour cela.

L'établissement autorisé en psychiatrie et exerçant la MSP ne peut refuser d'admettre un patient en soins sans consentement, un acte formel n'a pas à être établi (accord médical et administratif), ce qui n'est pas exclusif d'une organisation entre établissements et d'échanges préalables entre le service des urgences et l'établissement autorisé en psychiatrie concernant le transfert du patient.

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

**4) Dans le cas d'une admission pour péril imminent mise en œuvre à partir d'un SAU avec un certificat médical du médecin du SAU et mise en œuvre dans le centre hospitalier de secteur, quel est le directeur d'hôpital, qui signe l'admission : celui du SAU ou celui du centre hospitalier de secteur ?**

**Réponse**

Le fait que le certificat de péril imminent soit établi dans l'établissement siège des urgences (qui, dans le cas de figure envisagé, n'est pas celui qui va admettre le patient) ne modifie en rien les règles d'admission. Le certificat médical ne vaut pas admission, celle-ci sera faite par le directeur de l'établissement - autorisé en psychiatrie et exerçant la MSP - qui va assurer la prise en charge du patient.

Le passage aux urgences a une incidence non pas sur les règles d'admission du patient mais sur le calcul du délai de saisine du juge des libertés, le temps passé aux urgences est compté dans la période d'observation de 72 h et par conséquent entre dans le délai de saisine.

*Exemple :*

Entrée aux urgences le 1 août à 12h

Transfert et admission dans l'établissement autorisé en psychiatrie le 2 août à 14 h

L'admission en soins sans consentement est le 2 août par le directeur de l'établissement autorisé en psychiatrie, mais la période d'observation débute le 1<sup>er</sup> août à 12h et le calcul du délai de saisine du juge se fait à ces date et heure.

**5) Les ARS ont ils une date limite pour désigner, après avis du préfet, les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer la mission de service public ?**

**Réponse :**

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

La problématique est donc la suivante :

L'article a été modifié par l'ordonnance afin de faire un lien direct avec le régime juridique des missions de service public (MSP), et s'articule donc entièrement avec lui. Cependant, dans l'attente d'une publication du SROS-PRS, le régime des MSP (article L.6112-2) ne s'applique pas, nonobstant la réalité juridique desdites missions. En conséquence, les établissements déjà habilités à recevoir des patients sans consentement (sous l'égide d'un régime antérieur : ancien article L.3223-1) continuent d'exercer cette mission dans le cadre de leurs habilitations. Aucun nouvel arrêté d'avis n'est alors exigé (sauf si, malgré l'absence de publication du SROS-PRS, le DG d'ARS souhaite désigner un nouvel établissement).

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

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

En conséquence, il n'y a aucune contrainte à publier les arrêtés préfectoraux portant avis (et non plus habilitation), avant le 1<sup>er</sup> août 2011. La seule contrainte temporelle à respecter est une publication de l'arrêté préalable à toute signature des prochains CPOM, seul acte juridique portant octroi d'une MSP.

## ◆ Commissions départementales des soins psychiatriques

---

### 1) *En quoi les textes récents affectent-ils le fonctionnement des CDSP?*

#### Réponse :

La loi du 5 juillet 2011 prévoit que la CDSP examine obligatoirement la situation des personnes dont les soins psychiatriques se prolongent au-delà d'un an et celle des personnes dont l'admission a été prononcée par le directeur en l'absence de tiers. Le décret du 18 juillet 2011 précise les modalités d'application de cette dernière disposition et prévoit que la commission examine la situation de ces personnes admises en l'absence de tiers "avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de cette admission, puis au moins une fois tous les six mois".

## ◆ Expertises

---

### **1) Qui paye les expertises résultant de l'article L3213-5-1 (qui prévoit que le préfet peut à tout moment ordonner l'expertise psychiatrique des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres III et IV) ?**

#### **Réponse :**

La réponse à votre question figure dans l'instruction DGS/MC4 n° 2011/666 du 11 février 2011 relative au rôle des Agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office.

S'agissant de la rémunération des experts psychiatriques requis par les préfets, cette instruction précise :

*"Jusqu'à présent, le coût des expertises sollicitées par le préfet, incluant les frais de transport, était pris en charge par les DDASS.*

*Il vous (ARS) appartient donc désormais d'acquitter la rémunération des experts psychiatres sollicités par les préfets pour la levée des hospitalisations d'office (HO) des personnes internées à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale (articles L. 3213-8 du CSP) ou en cas de contre-expertise demandée par les préfets pour toute mesure concernant une hospitalisation d'office (levée de la mesure, autorisation d'une sortie d'essai, etc.)."*

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