



**EHESP**

---

**Inspection de l'Action Sanitaire et Sociale**

Promotion : **2012 – 2014**

Date du Jury : **Mars 2014**

---

**La réforme du 5 juillet 2011 relative aux  
soins psychiatriques sans consentement  
Conséquences sur les pratiques professionnelles  
au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon**

---

**Guillaume MOURET**

---

## Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier M. VALETTE, mon maître de stage au cours du stage d'observation et mon référent de mémoire ensuite. D'une part, il m'aura proposé de faire un choix entre deux sujets d'actualité intéressants pour un IASS. D'autre part, ce dernier m'aura laissé une grande autonomie en termes de stratégie adoptée pour la réalisation de cette étude, tout en m'apportant son soutien en cas de besoin.

Je remercie également tous les agents de la cellule juridique du DAG du Siège de l'ARS Languedoc-Roussillon. A ce titre, je remercie tout particulièrement Mme CAPO pour m'avoir associé à son travail ainsi qu'à plusieurs réunions utiles pour mon étude.

Je remercie en outre l'ensemble des personnes rencontrées au cours des différentes périodes de stage pour leur grande disponibilité, que cela soit au cours des réunions auxquelles j'ai été associé ou lors d'entretiens plus individualisés. Ces personnes ressources, en acceptant parfois à plusieurs reprises de répondre à mes questions, m'auront permis d'enrichir ma réflexion en vue de l'atteinte de mes objectifs.

Je tiens enfin à remercier les équipes de l'EHESP, avec d'une part la filière IASS et Mme COSSON pour leur suivi continu en vue de la bonne réalisation de ce mémoire professionnel, et d'autre part le binôme de lecture de mon projet mémoire pour tous les conseils et éléments de réflexion supplémentaires qu'ils m'auront apportés.

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ARS = Agence Régionale de Santé**

**CDHP = Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie**

**CDSP = Commission Départementale des Soins Psychiatriques**

**CH = Centre Hospitalier**

**CHS = Centre Hospitalier Spécialisé**

**CHU = Centre Hospitalier Universitaire**

**CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés**

**COMEX = Comité Exécutif**

**CORRUSS = Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales**

**CPOM = Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens**

**CRPA = Cercle de Réflexion et de Propositions d'Actions sur la psychiatrie**

**CSP = Code de la Santé Publique**

**DAG = Département des Affaires Générales**

**DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins**

**DGS = Direction Générale de la Santé**

**DSP = Direction de la Stratégie et de la Performance**

**DT = Délégation Territoriale**

**EHESP = Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique**

**IASS = Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale**

**IGAS = Inspection Générale des Affaires Sociales**

**IGSJ = Inspection Générale des Services Judiciaires**

**IPASS = Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale**

**JLD = Juge des Libertés et de la Détention**

**MNASM = Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale**

**OMS = Organisation Mondiale de la Santé**

**QPC = Question Prioritaire de Constitutionnalité**

**SAMU = Service d'Aide Médicale Urgente**

**SDIS = Service Départemental d'Incendie et de Secours**

**SPDRE = Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat**

**SPDT = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers**

**STARS = Simplification et Transformation des processus en ARS**

**SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation**

**UMD = Unité pour Malades Difficiles**

**USSAP = Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées**

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Titre 1 / Les changements importants apportés par la nouvelle loi .....</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre 1 / Le déroulé des procédures redéfinies par la réforme.....</b>	<b>7</b>
<b>Section 1 / L'introduction d'une période initiale d'observation après admission.....</b>	<b>7</b>
A / Les différentes modalités d'admission en soins sans consentement.....	7
B / La période d'observation et de soins initiale de 72 heures en SPDRE classique .....	9
<b>Section 2 / Les prises en charge possibles après cette période d'observation.....</b>	<b>10</b>
A / Le maintien de la mesure sous forme d'hospitalisation complète.....	10
B / Le maintien de la mesure sous une forme alternative : le programme de soins .....	11
<b>Section 3 / Le suivi des mesures, de leurs évolutions à leurs levées .....</b>	<b>13</b>
A / De l'évolution de la mesure de SPDRE dans le temps au prononcé de leur levée .....	13
1 / Les possibilités d'évolution de la forme de prise en charge du patient .....	13
2 / Les différentes hypothèses de levée de la mesure de soins sans consentement .....	14
B / La place centrale du JLD dans le contrôle/suivi des mesures dans le temps .....	15
<b>Chapitre 2 / La nouvelle place de l'ARS dans la gestion des SPDRE .....</b>	<b>17</b>
<b>Section 1 / Rôle général de l'ARS dans l'architecture territoriale de la réponse.....</b>	<b>17</b>
A / Les missions de l'ARS en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins .....	17
B / Les autres missions de l'ARS relatives à l'organisation territoriale en santé mentale .....	18
<b>Section 2 / Etat des lieux des pratiques des DT en ARS Languedoc-Roussillon.....</b>	<b>20</b>
A / Détermination du schéma-type des pratiques professionnelles des DT.....	20
1 / Présentation d'un schéma-type de gestion des SPDRE par les DT .....	20
2 / Présentation d'un schéma-type de gestion des SPDT par les DT .....	22
B / Quelques données statistiques sur l'activité en ARS Languedoc-Roussillon.....	23
<b>Section 3 / Les relations des DT avec l'extérieur dans la gestion des dossiers.....</b>	<b>24</b>
A / L'ARS, clef de voûte du dispositif au niveau des échanges avec les autres acteurs .....	24
B / Les impératifs de sécurité dans les échanges de données entre les acteurs .....	26

<b>Titre 2 / Les difficultés rencontrées et les perspectives d'avenir.....</b>	<b>27</b>
<b>Chapitre 1 / Les difficultés rencontrées au niveau des pratiques.....</b>	<b>27</b>
<b>Section 1 / Sur l'accueil de la réforme par les professionnels de l'ARS .....</b>	<b>27</b>
A / Une fonction d'accompagnement et de suivi de la réforme assurée par le Ministère .....	27
B / Les initiatives de l'ARS pour anticiper la mise en œuvre de la réforme .....	29
<b>Section 2 / Les difficultés toujours actuelles dans la gestion des dossiers .....</b>	<b>30</b>
A / Au niveau de la gestion des dossiers de SPDRE en interne .....	31
1 / Les difficultés rencontrées au titre de la complexité générale du dispositif.....	31
2 / Les difficultés d'ordre technique liées à l'utilisation du logiciel HOSPY .....	32
B / Au niveau de la gestion de SPDRE en lien avec les partenaires extérieurs .....	32
<b>Section 3 / De fortes disparités territoriales en ARS Languedoc-Roussillon .....</b>	<b>34</b>
A / Etat des lieux des disparités territoriales dans le traitement des dossiers .....	34
B / Des divergences dans les pratiques actuelles aux conséquences réelles.....	35
<b>Chapitre 2 / Les perspectives d'évolution et d'amélioration .....</b>	<b>37</b>
<b>Section 1 / Le processus STARS « soins psychiatrique sans consentement ».....</b>	<b>37</b>
A / Enjeux nationaux de la démarche et son déploiement régional sur la thématique .....	37
B / Les leviers d'harmonisation/sécurisation des pratiques dégagés dans le processus.....	39
<b>Section 2 / Les perspectives d'évolution actées par la loi du 27 septembre 2013 .....</b>	<b>41</b>
A / Les évolutions en deux temps distincts prévues par cette loi modificatrice.....	41
B / Regards croisés des agents de l'ARS sur ces évolutions présentes et à venir .....	42
<b>Section 3 / Les perspectives d'avenir envisageables à tous les niveaux.....</b>	<b>44</b>
A / De l'harmonisation des pratiques à leur centralisation/régionalisation à terme .....	44
1 / La dématérialisation, outil d'harmonisation puis de mutualisation des ressources .....	44
2 / La mutualisation des ressources, premier pas vers la centralisation des pratiques .....	46
B / Réflexions sur la place du préfet dans le dispositif des soins sans consentement.....	47
<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>51</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 1 / Répertoire des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 2 / Grille d'entretien brute, modulée selon les personnes rencontrées .....</b>	<b>III</b>

## Introduction

Au cours de mon premier stage au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Languedoc-Roussillon, mon maître de stage initial M. Valette, en sa qualité d'Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale (IPASS) et de responsable du département des affaires générales<sup>1</sup> (DAG) au siège de l'ARS du Languedoc-Roussillon, m'a proposé de faire un choix entre deux sujets de mémoire professionnel. Un premier sujet relatif aux conséquences sur les pratiques professionnelles en ARS Languedoc-Roussillon de la dernière grande loi relative aux soins psychiatriques sans consentement<sup>2</sup>. Un second sujet relatif à une étude sur la dématérialisation des informations et des données au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon.

Après une brève analyse des possibilités que m'offraient ces deux sujets j'ai décidé de retenir le premier pour deux raisons. D'une part la dématérialisation m'est apparue comme un sujet que j'allais pouvoir aborder également dans le cadre de mon travail sur le premier sujet, à travers les procédures relatives aux soins sans consentement. D'autre part et c'est là la raison principale, ce premier sujet a un intérêt certain pour mon exercice professionnel futur. En effet, la réalisation d'un mémoire professionnel sur ce sujet implique de rencontrer des professionnels de l'ARS mais aussi les partenaires extérieurs incontournables dans l'organisation territoriale de la réponse apportée dans le cadre des soins sans consentement tels que redéfinis par la loi du 5 juillet 2011. Et parmi les professionnels impliqués, on retrouve en première ligne les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) à différents niveaux. En atteste notamment la composition en inspecteurs de la cellule juridique du DAG au siège de l'ARS<sup>3</sup>, ou la composition des unités de soins de premiers de recours / hospitalisations sans consentement au niveau des délégations territoriales (DT) de l'ARS<sup>4</sup>, ou encore au niveau de la gestion des astreintes administratives.

S'intéresser au dispositif des soins sans consentement est complexe, c'est pourquoi il convient de revenir brièvement sur l'histoire de la santé mentale en France, tant dans son approche éthique que dans son approche procédurale, c'est-à-dire tant dans son approche relative à la considération de la personne elle-même que dans l'évolution des réponses apportées dans le temps par les pouvoirs publics.

---

<sup>1</sup> Ce service particulier traite des questions informatiques, logistiques et juridiques pour le compte du siège de l'ARS et de l'ensemble des Délégations Territoriales.

<sup>2</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>3</sup> Avec un IASS qui centralise, entre autres, tous les contentieux de la région relatifs aux soins sans consentement qui impliquent l'ARS Languedoc-Roussillon.

<sup>4</sup> Où les responsables de ces unités sont le plus souvent à ce jour des IASS, IPASS ou IASS hors-classe.

Selon la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale est « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». Découle de cette définition deux concepts de santé mentale<sup>5</sup> : la santé mentale « positive » faisant référence à cet état de bien-être et la santé mentale « négative » qui regroupe d'une part la détresse psychologique révélant un état de mal-être, une souffrance psychique, et d'autre part les troubles mentaux révélateurs d'une pathologie.

Historiquement, les représentations sociales en santé mentale ne cessent de garder une image négative, la personne atteinte de troubles mentaux étant le plus souvent associée à des comportements imprévisibles et violents. La prise en charge de cette catégorie de personnes reste un sujet délicat qui prend ci et là une ampleur médiatique lors de faits divers d'une particulière gravité<sup>6</sup>. Or, comme le met en évidence une étude récente<sup>7</sup>, « les représentations [influencent] sur les recours aux soins et les attitudes vis-à-vis des patients ».

Tout l'enjeu, aujourd'hui encore, est de concilier au mieux des préoccupations antinomiques avec d'un côté les impératifs de sécurité publique et de maintien de l'ordre public et d'un autre côté les impératifs de respect des libertés individuelles de la personne, au titre desquelles on peut noter principe de libre consentement aux soins.

La politique de santé mentale s'est institutionnalisée en France à partir du XIX<sup>ème</sup>. Ainsi, la loi du 30 juin 1838 dite loi « Esquirol » constitue la première grande loi relative à la santé mentale. Elle a pour objet de veiller tant à la sécurité du malade que de son entourage et par là, de la société. Cette loi vient donner le statut de malade aux aliénés mentaux. Les malades mentaux se voient alors identifiés comme des personnes à soigner. A ce titre, la loi de 1838 reconnaît que ces patients, en tant que personnes non conscientes de leurs troubles, doivent être internés dans des établissements spécialisés créés à cet effet par la loi, à hauteur d'un asile psychiatrique par département. L'hospitalisation des patients pouvait alors se faire selon deux modalités : le placement volontaire sur demande de la famille ou de proches et le placement d'office sur décision du préfet.

Il aura fallu attendre plus de 150 ans pour que le dispositif général inscrit dans la loi de 1838 soit modifiée. Pour autant, les pratiques ont évolué, et un changement de paradigme à commencer à s'opérer à compter de la fin de la seconde guerre mondiale.

---

<sup>5</sup> Définis dans le cadre de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale en 2006.

<sup>6</sup> En attestent pour l'époque récente les événements de Pau et de Grenoble.

<sup>7</sup> CARIA (A.), DEFROMONT (L.), ROELANDT (J.-L.), *Santé mentale : images et réalités – Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France*, in l'Information Psychiatrique, Vol. 79, n° 10, 2003, pages 887 à 894.



« L'évolution des pratiques liée à l'avènement de nouvelles thérapeutiques<sup>8</sup> ainsi que la mise en place de la sectorisation psychiatrique dans les années 60<sup>9</sup> ont favorisé les hospitalisations libres sans nécessité d'internement »<sup>10</sup>. En termes de prise en charge, le maintien de la personne malade dans son environnement social a pu en effet être recherché de manière de plus en plus fréquente en raison des progrès médicamenteux.

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation prend en compte de cette évolution. Trois types d'hospitalisations psychiatriques sont ainsi définis.

L'hospitalisation libre est inscrite comme procédure de droit commun, prenant acte de cette évolution progressive des pratiques précédemment évoquée. Les deux autres modalités d'hospitalisation sont des formes d'hospitalisation sous contrainte identifiées comme devant rester l'exception, se limitant donc aux cas où l'état de santé de la personne exige une telle prise en charge. Elles ne sont que la modernisation des procédures inscrites dans la loi de 1838. L'hospitalisation à la demande d'un tiers remplace le placement volontaire, où la demande est adressée par la famille ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. L'hospitalisation d'office remplace le placement d'office où la demande est prise par arrêté préfectoral lorsque l'ordre public est menacé. En outre est créée la Commission Départementale des Hospitalisations en Psychiatrie (CDHP). Cette instance vise à veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

L'article 4 de la loi du 27 juin 1990 prévoyait qu'une évaluation de la loi soit effectuée dans un délai de 5 ans maximum. Divers rapports successifs ont alors été émis, invitant tous à un toilettage de la loi de 1990. Le premier d'entre eux est le rapport n° 97087 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dit rapport « Strohl » de septembre 1997. Y est formulé un certain nombre de recommandations concernant notamment le renforcement des droits des patients. Ensuite, le rapport de mission ministériel « Piel-Roelandt » de juillet 2001<sup>11</sup> vient poser un certain nombre de recommandations allant dans le sens de celles inscrites dans le rapport « Strohl », insistant notamment sur la nécessité de renforcement de la place des usagers et des associations des familles de malades. Enfin, un rapport conjoint de l'IGAS et de l'Inspection Générale des Services

---

<sup>8</sup> Avec le développement des neuroleptiques et des antidépresseurs à compter des années 1950.

<sup>9</sup> Avec la circulaire du 15 mars 1960 relative aux programmes d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

<sup>10</sup> VACHERON (M.-N.), LAQUEILLE (X.), « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », Laennec, 2012/1 Tome 60, p. 10-23.

<sup>11</sup> Intitulé « De la psychiatrie vers la santé mentale ».

Judiciaires (IGSJ) de mai 2005<sup>12</sup> invite à la modernisation des différentes procédures via un renforcement de la place du contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD).

En dehors de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelant solennellement le principe de libre consentement aux soins du patient, les différents rapports cités sont restés lettre morte jusqu'aux évènements de Pau<sup>13</sup>. Suite à cet évènement, le Ministre de la Santé de l'époque, Philippe DOUSTE-BLAZY, annonçait quelques mois plus tard un plan « Psychiatrie et santé mentale » pour la période 2005-2008. Puis, suite aux évènements de Grenoble<sup>14</sup>, le Président de la République Nicolas SARKOZY, lors de la visite d'un établissement psychiatrique à Antony (dans les Hauts-de-Seine) le 2 décembre 2008, prononça un discours invitant à réformer la loi du 27 juin 1990 en vue d'en renforcer ses aspects sécuritaires.

Un projet de réforme de la loi reprenant cette orientation souhaitée par le Président de la République a été soumis par le gouvernement à l'Assemblée nationale le 5 mai 2010<sup>15</sup>. Ce projet de loi a dû être rectifié à deux reprises pour tenir compte des exigences posées par le Conseil Constitutionnel dans ses décisions n° 2010-71 du 26 novembre 2010 et n° 2011-135/140 du 9 juin 2011 faisant suites à une question prioritaire de constitutionnalité (QPC). Par ces décisions, le Conseil Constitutionnel avait déclaré non conforme à la Constitution l'absence de saisine du juge judiciaire pour les hospitalisations sans consentement dépassant un délai de 15 jours, rappelant dès lors que l'autorité judiciaire, en tant que gardienne des libertés individuelles en vertu de l'article 66 de la Constitution, doit intervenir le plus tôt possible dans la procédure.

Le juge constitutionnel a imposé au législateur de tenir compte de ces exigences dans les plus brefs délais, tant et si bien que la nouvelle loi a été adoptée le 5 juillet 2011 sans que celle-ci ne fasse l'objet d'un contrôle de constitutionnalité a priori. Cela contribue à fragiliser cette nouvelle loi, notamment sur ses aspects novateurs, comme en attestent les nouvelles QPC<sup>16</sup> qui ont suivi depuis l'entrée en vigueur de la loi le 1<sup>er</sup> août 2011.

---

<sup>12</sup> LOPEZ (A.), YENI (I.), VALDES-BOULOUQUE (M.) et CASTOLDI (F.), *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, Rapport IGAS (n° 2004 064) et IGSJ (n° 11/05), mai 2005.

<sup>13</sup> Fais divers de décembre 2004 impliquant un patient schizophrène qui avait réussi à fuguer de l'hôpital psychiatrique de Pau où il était interné, après avoir tué une aide-soignante et une infirmière de l'établissement.

<sup>14</sup> Fais divers de novembre 2008 impliquant un malade mental s'étant échappé d'un hôpital psychiatrique à Grenoble et qui avait tué un étudiant.

<sup>15</sup> Projet de loi n° 2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>16</sup> Décisions du Conseil Constitutionnel n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011, n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011, ou encore n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012.

Des changements majeurs de terminologie découlent de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Ainsi, la notion d'hospitalisation sous contraintes a laissé place à celle de soins sans consentement, ce qui a pour conséquence notoire que le patient doit pouvoir bénéficier d'autres formes de prises en charge que l'hospitalisation complète, incluant donc des formes de prises en charge ambulatoires. Dans la même verve, la dénomination des procédures évolue : les hospitalisations à la demande d'un tiers sont remplacées par les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), tandis que les hospitalisations d'office sont remplacées par les procédures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE).

Outre ces changements terminologiques, les fondements de la loi de 1990 en termes de procédure restent globalement d'actualité. Les principaux changements apportés par la loi du 5 juillet 2011 résident dans le fait que les soins sans consentement peuvent se dérouler en ambulatoire ou même à domicile, mais aussi dans le fait que la prise en charge passe désormais par une période d'observation de 72 heures maximum, et enfin dans le fait que la procédure d'hospitalisation des patients doit être obligatoirement soumise au contrôle du JLD dans un délai de 15 jours maximum après l'admission du patient.

Ces préalables indispensables étant désormais posés, et en vue de répondre au mieux à la commande de mon maître de stage, la problématique peut être formulée de la manière suivante : quel bilan tirer de la mise en œuvre depuis deux ans désormais de la nouvelle législation sur les soins sans consentement au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon ? En d'autres termes, quelles sont les conséquences concrètes de la loi du 5 juillet 2011 en ARS Languedoc-Roussillon, tant en termes d'organisation administrative générale qu'au niveau des pratiques professionnelles ?

Il ressort de cette problématique générale deux hypothèses de travail principales qui correspondront aux deux grands titres majeurs constitutifs de ce mémoire professionnel.

Le premier axe de travail devra répondre à la question suivante : quels sont les changements induits par cette nouvelle législation ? Quid de l'organisation administrative des ARS ? En d'autres termes, ce premier axe de mes développements portera sur tous les changements apportés par la loi du 5 juillet 2011 concernant la procédure des SDPRE et sur un état des lieux des pratiques professionnelles en ARS Languedoc-Roussillon (Titre 1).

Le second axe de travail devra répondre à la question suivante : cette nouvelle réforme a-t-elle de véritables conséquences sur les pratiques professionnelles à l'échelle de la région Languedoc-Roussillon ? Quelles sont les difficultés rencontrées à ce jour et quelles peuvent être les évolutions souhaitables et les améliorations envisageables pour l'avenir en

vue de simplifier et de sécuriser les pratiques ? En d'autres termes, cette seconde partie aura pour objectif de mettre en évidence si cette réforme atteint réellement ses objectifs au niveau des pratiques professionnelles en ARS Languedoc-Roussillon (Titre 2).

Avant d'en venir aux développements, la dernière partie de cette introduction sera consacrée à l'exposé de la méthode adoptée pour tenter de répondre au mieux à ces hypothèses de travail. Niveau méthodologie donc, dans l'optique de recueillir toutes les données nécessaires à la réalisation de mon travail<sup>17</sup>, j'ai procédé en plusieurs étapes.

Dès mon premier passage à l'ARS au sein du DAG de l'ARS siège du Languedoc-Roussillon, j'ai pu participer en tant qu'observateur aux deux premières réunions d'un groupe de travail « processus soins psychiatriques sans consentement » s'inscrivant dans le cadre des démarches de simplification et transformation des processus en ARS (STARS). Cela m'aura permis d'établir un premier contact avec les agents de l'ARS concernés par les soins sans consentement et de recueillir leurs témoignages quant à leurs pratiques respectives.

C'est à la lumière de ces premiers constats que j'ai décidé, en accord avec mon maître de stage, de restreindre mon sujet de façon quasi-exclusive à la seule procédure d'admission en SPDRE, la gestion des dossiers d'admission SPDT n'impliquant les ARS que de manière secondaire. Par ailleurs, je ne traiterai pas dans ce mémoire des cas particuliers de personnes visées par la loi, à savoir les patients relevant des unités pour malades difficiles<sup>18</sup> (UMD) et de ceux ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale.

Ensuite, pendant la période de quelques mois précédant la première phase du stage d'exercice professionnel, mon objectif a été de m'imprégner du sujet, d'une part en étudiant tout le contexte historique général et législatif ayant abouti à cette réforme, et d'autre part en étudiant la loi du 5 juillet 2011 afin de mieux en comprendre son esprit général. Cet ensemble m'aura notamment permis de dresser le bilan historique précédent.

Enfin, au cours de mon stage d'exercice professionnel qui a pris fin en octobre, mon objectif aura été d'avoir un accès le plus complet possible aux travaux du groupe de travail sur la démarche STARS relatif au « processus soins psychiatriques sans consentement ». Partant de là, j'ai pris ou repris contact avec certains professionnels de l'ARS, avec, à titre principal, les personnes impliquées au niveau siège de l'ARS, de la DT de l'Hérault et enfin de la DT des Pyrénées-Orientales<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> A ce titre, le listing détaillé des documents mis à ma disposition et des personnes rencontrées apparaîtront respectivement dans la partie bibliographie et dans la partie consacrée aux annexes.

<sup>18</sup> Sachant, en outre, qu'il n'existe pas de telles unités au sein des hôpitaux psychiatriques de la région.

<sup>19</sup> En raison de la situation particulière de ce département dans le suivi des dossiers de soins sans consentement.

## **Titre 1 / Les changements importants apportés par la nouvelle loi**

Nous allons tout d'abord exposer la teneur des changements instaurés par la réforme en termes de procédures, sans nous intéresser à ce stade aux modifications apportées par la loi modificatrice du 27 septembre 2013 (chapitre 1). Le second chapitre nous permettra de mieux appréhender les objectifs pratiques de cette réforme, c'est-à-dire les conséquences normales qu'elle a impliquées sur le fonctionnement des services des ARS traitants de cette problématique aux enjeux forts en termes de sécurité des procédures (chapitre 2).

### **Chapitre 1 / Le déroulé des procédures redéfinies par la réforme**

Ce chapitre aura pour objet de permettre au lecteur d'identifier comment se déploie dans le temps une procédure de soins sans consentement dite de SPDRE. Ainsi, les prochains développements s'articuleront en trois points, correspondant aux trois étapes phares du dispositif en termes de chronologie, avec la mise en place d'une période initiale d'observation faisant directement suite à une demande d'admission (section 1), les différentes prises en charge qui peuvent découler de cette période initiale (section 2), et enfin les possibilités d'évolution des prises en charge dans le temps, jusqu'au possible levées de mesures (section 3).

#### **Section 1 / L'introduction d'une période initiale d'observation après admission**

Comme évoqué en introduction, nous nous intéresserons de manière quasi-exclusive à la procédure de soins sans consentement impliquant le représentant de l'Etat. Cependant, à titre de compréhension générale, il conviendra de revenir brièvement sur les autres modalités d'admission<sup>20</sup> (A). Ensuite, nous nous intéresserons aux tenants et aboutissants de la période d'observation de 72 heures nouvellement introduite par la loi, dans le cadre cette fois-ci spécifique des SPDRE classiques, procédure d'urgence incluse (B).

##### **A / Les différentes modalités d'admission en soins sans consentement**

Dans le cadre des admissions en SPDT ou en cas de péril imminent, l'article L. 3212-1 du Code de la Santé Publique (CSP) prévoit qu' « une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques (...) que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies : 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ; 2°

---

<sup>20</sup> Exclusion faite en revanche des cas particuliers, à savoir les patients en UMD et les irresponsables pénaux.

Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge [sous une autre forme que l'hospitalisation complète] ».

Selon la procédure normale d'admission en SPDT, l'intervention d'une tierce personne est nécessaire. Suite à cette demande, une décision d'admission peut être prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil. Cette décision passe au préalable par l'émission de deux certificats médicaux qui doivent être circonstanciés et dater de moins de quinze jours<sup>21</sup>. Ces deux certificats doivent être établis par deux médecins différents<sup>22</sup> dont un seul d'entre eux peut exercer dans l'établissement d'accueil.

Dans certaines situations, une procédure d'urgence peut être déclenchée. Inscrite à l'article L. 3212-3 du CSP, cette procédure autorise le directeur de l'établissement à prendre une décision d'admission au vu d'un seul certificat médical<sup>23</sup> « lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ».

Enfin, il est possible d'admettre une personne en soins psychiatriques en cas de péril imminent. C'est là une des innovations de la loi du 5 juillet 2011<sup>24</sup>. Cette nouvelle modalité d'admission a pour objet de répondre à une insuffisance du dispositif précédent, à savoir les difficultés parfois rencontrées pour trouver un tiers demandeur. Désormais, s'il est constaté d'une part « l'impossibilité d'obtenir une demande de soins par un tiers » et d'autre part un « péril imminent pour la santé de la personne », le directeur d'établissement peut prendre une décision d'admission en soins psychiatriques au vu d'un seul certificat médical<sup>25</sup>.

Concernant les admissions en SPDRE, les personnes susceptibles de faire l'objet d'une telle procédure sont les personnes, telles que définies à l'article L. 3213-1 du CSP, « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Dans le cadre de la procédure normale d'admission en SPDRE, les représentants de l'Etat territorialement compétents<sup>26</sup> peuvent prononcer une décision d'admission au vu d'un certificat médical circonstancié<sup>27</sup>. Le certificat médical vient donc en appui d'une décision, cette dernière devant être motivée et circonstanciée, c'est-à-dire qu'elle doit énoncer avec précision les circonstances faisant que l'admission en soins psychiatrique est nécessaire.

Par ailleurs, il existe une procédure d'urgence. Inscrite à l'article L. 32-13-2 du CSP, il est prévu qu' « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes », les maires ou les

---

<sup>21</sup> En vertu de l'article L. 3213-1 du Code de la Santé Publique.

<sup>22</sup> Médecins qui n'ont pas à ce stade de la procédure à avoir la qualité de médecins psychiatres.

<sup>23</sup> Certificat qui peut être établi par un médecin de l'établissement d'accueil.

<sup>24</sup> Dont le texte de référence est l'article L. 2131-1 II 2° du Code de la Santé Publique.

<sup>25</sup> Certificat qui doit obligatoirement être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

<sup>26</sup> A savoir le préfet de police à Paris et les préfets dans les autres départements.

<sup>27</sup> Certificat qui ne peut émaner que d'un médecin psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

commissaires de police à Paris peuvent prendre « toutes les mesures provisoires nécessaires<sup>28</sup> à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai ». Et en l'absence de décision du représentant de l'Etat dans un délai de 48 heures, ces mesures provisoires arrêtées deviennent caduques.

## **B / La période d'observation et de soins initiale de 72 heures en SPDRE classique<sup>29</sup>**

Suite à une décision d'admission en SPDRE, la loi du 5 juillet 2011 crée un nouveau cadre initial pour les soins psychiatriques sans consentement : une période d'observation sous la forme d'une hospitalisation complète ne pouvant dépasser les 72 heures.

L'introduction de cette période d'observation n'est que la consécration d'une recommandation émise par l'IGAS et l'IGSJ dans leur rapport conjoint de 2005<sup>30</sup>, où il était considéré que « quelques jours de recul par rapport aux circonstances ayant conduit la personne à l'hôpital, peuvent en effet se révéler utiles pour étayer un diagnostic, engager une démarche thérapeutique, évaluer les réactions du patient après le début d'un traitement ou une mesure de contention ». Et selon Olivier DUPUY<sup>31</sup>, ce dispositif trouve sa justification dans le fait que « cette modalité de soins est la seule qui permette à la fois les soins intensifs et la surveillance médicale continue ».

En effet, cette période d'observation a cela d'intéressant qu'elle permet de traiter des situations de crise qui peuvent, dans certaines situations, ne pas justifier une hospitalisation complète sur la durée. Ainsi, dans l'esprit, cette période constitue un préalable à l'entrée en soins sans consentement, que ce soit par la suite l'hospitalisation complète ou une forme de prise en charge autre que l'hospitalisation complète.

Cette période, qualifiée de « période d'observation et de soins initiale »<sup>32</sup>, comprend un premier examen somatique et psychiatrique dans les 24 heures suivant l'admission de la personne dans un établissement de santé. Cet examen complet réalisé par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil donne lieu à l'émission d'un certificat médical dit de « 24 heures ». Enfin, il est procédé à un second examen dans les 72 heures suivant

---

<sup>28</sup> Ces mesures provisoires doivent être attestées au minimum par un avis médical. Le seul fondement sur la notoriété publique ayant été supprimé par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011.

<sup>29</sup> On entend par classique les procédures d'admission normales et d'urgence en SPDRE.

<sup>30</sup> Rapport n° 2005-064 par LOPEZ et YENI de l'IGAS et n°11/05 par VALDES-BOULOQUE et CASTOLDI de l'IGSJ, *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, mai 2005.

<sup>31</sup> DUPUY (O.), *Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – Analyse et proposition de modification*, note juridique, version 3, remise le 30 septembre 2012.

<sup>32</sup> A l'article L. 3211-2-2 du Code de la Santé Publique.

l'admission dont découle un autre certificat médical dit des « 72 heures », rédigé par le même médecin psychiatre ou par tout autre de l'établissement.

Désormais, il convient de s'intéresser aux modalités autorisant la poursuite des soins sans consentement au-delà de cette période d'observation et de soins initiale de 72 heures.

## **Section 2 / Les prises en charge possibles après cette période d'observation**

Concernant la poursuite des soins au-delà de la période des 72 heures d'observation<sup>33</sup>, plusieurs pistes peuvent être envisagées. Selon les situations qui se présentent dans les faits, la prise en charge peut alors relever soit de l'hospitalisation complète (A), soit d'une autre forme alternative de prise en charge prenant la forme d'un programme de soins, incluant des soins ambulatoires pouvant comporter des soins à domicile et/ou des séjours en établissements (B).

### **A / Le maintien de la mesure sous forme d'hospitalisation complète**

Lorsque les certificats médicaux établis respectivement dans les 24 heures puis dans les 72 heures suivant l'admission<sup>34</sup> mettent en évidence la nécessité de maintenir la mesure de soins psychiatrique entamée, un médecin psychiatre de l'établissement émet un avis motivé à l'attention du représentant de l'Etat pour lui suggérer la forme de la prise en charge qu'il estime être la plus pertinente. Cet avis motivé est transmis sans délai au représentant de l'Etat<sup>35</sup> qui dispose alors d'un délai franc de trois jours pour se prononcer.

Dans la situation où les deux certificats médicaux circonstanciés confirment la nécessité de poursuivre les soins au-delà de 72 heures, et qui plus est sous forme d'hospitalisation complète, la procédure classique d'admission en SPDRE suit son cours. Après le cinquième jour d'admission et au plus tard le huitième jour de celle-ci doit être pris un nouveau certificat médical dit de « huitaine ». Ce certificat a pour objet de vérifier si la forme de prise en charge demeure adaptée ou si au contraire sa forme doit évoluer. Ce certificat de « huitaine » est transmis sans délai au représentant de l'Etat et pour information à la Commission Départementale des Soins Psychiatriques<sup>36</sup> (CDSP) dont l'ARS assure le secrétariat en vertu de l'article R. 3223-7 du CSP.

---

<sup>33</sup> Si tant est que la poursuite des soins ait été reconnue nécessaire, sinon la mesure est levée.

<sup>34</sup> Ces deux certificats médicaux pouvant être établis par le même médecin psychiatre.

<sup>35</sup> Et, de manière concomitante, pour information à la CDSP.

<sup>36</sup> Qui remplace la CDHP depuis la mise en application de la loi du 5 juillet 2011.



Dans le cas où l'hospitalisation complète reste d'actualité avec ce nouveau certificat médical, le JLD doit obligatoirement être saisi par le représentant de l'Etat dans un délai de trois jours au moins avant l'expiration d'un délai de 15 jours suivant l'admission de la personne en soins psychiatriques sans consentement. Ce passage obligatoire devant un juge constitue une des innovations majeures apportées par la loi du 5 juillet 2011. Elle permet à la France de se mettre plus en conformité avec les exigences tant européennes que constitutionnelles.

Suite à cette étape centrale, un certificat ou avis médical est transmis sans délai à l'attention du représentant de l'Etat dans les trois jours du premier mois suivant l'admission<sup>37</sup>. C'est à partir de ce certificat ou avis que le représentant de l'Etat, pour donner suite à son arrêté initial d'admission, prend un arrêté de maintien de la mesure pour une durée de trois mois. Au-delà de cette durée, le représentant de l'Etat doit une nouvelle décision de maintien pour une durée maximale de six mois renouvelables. Il convient de noter qu'à tous les stades les arrêtés pris par le représentant de l'Etat sont portés à la connaissance de la personne par l'intermédiaire de l'équipe soignante de l'établissement l'accueillant.

Par nature, l'admission en SPDRE sous forme d'hospitalisation complète exclut toute forme d'autorisation de sortie. Cependant, dans des circonstances particulières prévues par l'article L. 3211-11-1 du CSP, à savoir « pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires », des sorties accompagnées par du personnel de l'établissement ne pouvant excéder 12 heures peuvent être prononcées par le directeur d'établissement. Cependant, même dans ce cadre le représentant de l'Etat conserve un droit de regard puisqu'il doit être informé par le directeur d'établissement que cette sortie est envisagée. Il peut d'ailleurs y mettre son veto dans un délai de 48 heures.

## **B / Le maintien de la mesure sous une forme alternative : le programme de soins**

En se basant sur les deux certificats médicaux rédigés au cours de la période initiale et invitant au maintien d'une mesure de soins, un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil peut se prononcer par avis motivé sur la forme de la prise en charge. A ce titre, il peut proposer le maintien d'une forme d'hospitalisation complète (comme envisagé précédemment), ou proposer une forme de prise en charge alternative. Cette possibilité de prise en charge autre qu'en hospitalisation complète fait partie des innovations introduites

---

<sup>37</sup> Un tel certificat/avis médical est ensuite établi au rythme d'un par mois, par un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil.

par la loi du 5 juillet 2011. Selon Marie-Christine Cabié<sup>38</sup>, le programme de soins est « destiné à régler la question des sorties d'essai qui proliféraient au cours de ces dernières années et qui détournaient la loi en imposant des soins ambulatoires sous contrainte pendant parfois des années ». Le programme de soins vise donc à éliminer une des dérives apparues dans la mise en pratique du dispositif antérieur.

Les formes de soins ambulatoires qui peuvent en découler sont diverses et se trouvent matérialisées, le cas échéant, sous forme d'un programme de soins ambulatoires. Ce programme de soins est dans tous les cas défini par un médecin psychiatre participant à la prise en charge de la personne au sein de l'établissement d'accueil au cours de la période d'observation et de soins initiale<sup>39</sup>.

Enumérés à l'article R. 3211-1 du CSP, les modes de prises en charge alternatif qui peuvent être définis dans le cadre d'un programme de soins sont au nombre de quatre. Ainsi, le programme de soins inclut le plus souvent une forme de soins ambulatoires. En outre, ces programmes peuvent comprendre des périodes de soins à domicile ou encore des périodes comprenant des hospitalisations partielles et temporaires dans un établissement psychiatrique. Enfin, le programme de soins peut inclure un traitement médicamenteux.

Peu importe la forme retenue par le médecin psychiatre, le programme de soins est obligatoirement porté à la connaissance au patient concerné au cours d'un entretien visant à recueillir de sa part son adhésion au programme défini. Ce programme de soins est ensuite joint à l'avis motivé du psychiatre qui est transmis sans délai au représentant de l'Etat et c'est dans le délai franc de trois jours précédemment évoqué que ce dernier se prononce tant sur le maintien de la mesure elle-même que sur la forme de maintien de celle-ci. L'ensemble doit alors être porté à la connaissance du patient par un membre de l'équipe soignante de l'établissement d'accueil.

Par l'intermédiaire du programme de soins un patient n'est pas donc soumis à une forme d'hospitalisation complète. A ce titre, cette nouvelle modalité de soins psychiatriques sans consentement ne peut d'une part pas être soumise au contrôle du JLD et d'autre part pas être limitée dans sa durée, le seul garde fou actuel restant l'adhésion du patient.

Les modalités de prise en charge des usagers admis en SPDRE classique étant définies, il convient désormais de s'intéresser à la question de l'évolution des mesures de soins ainsi que de la potentielle levée de celles-ci.

---

<sup>38</sup> CABIE (M.-C.), Réflexion d'une psychiatre sur la loi du 5 juillet 2011, in revue Pluriels – La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, La loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ?, n° 99-100, mars 2013, page 15.

<sup>39</sup> Il doit donc être établi dans les 72 heures suivant l'admission initiale du patient.

### **Section 3 / Le suivi des mesures, de leurs évolutions à leurs levées**

Concernant les suites données à ces mesures de soins psychiatriques sans consentement, celles-ci sont susceptibles d'évoluer dans le temps dans leur forme de prise en charge, voire à terme, d'être levées (A). Par ailleurs, dans le cadre du suivi et du contrôle de ces mesures de soins spécifiques dans le temps, il conviendra de souligner toute l'importance d'un acteur particulier en dehors du représentant de l'Etat : le JLD (B).

#### **A / De l'évolution de la mesure de SPDRE dans le temps au prononcé de leur levée**

La forme de la prise en charge du patient peut en effet évoluer dans le temps, à l'initiative de différents acteurs (1) et des décisions de levées de ces mesures de soins peuvent être prononcées par diverses autorités, voire d'office dans certaines situations (2).

##### **1 / Les possibilités d'évolution de la forme de prise en charge du patient**

Les mesures de soins psychiatriques sans consentement sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Chronologiquement, le premier moment où la mesure peut changer de forme est à la fin de la période d'observations et de soins initiale. En effet, comme déjà envisagé, le représentant de l'Etat peut, sur la base des certificats médicaux circonstanciés et de l'avis transmis par un médecin psychiatre, décider de la mise en place d'une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète. En vertu de l'article L. 3213-1 du CSP, le représentant de l'Etat dispose là d'une réelle faculté de décision « en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre ». Décidant ainsi de la poursuite des soins sous une forme alternative à l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat « joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre ».

De façon générale, le représentant de l'Etat, en tant que destinataire des certificats et avis médicaux émis tout au long de la mesure de soins en hospitalisation complète, peut décider à tout moment de modifier la forme de prise en charge.

Dans la même verve, le représentant de l'Etat peut être invité à modifier la forme de prise en charge du patient, sur la base d'un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin psychiatre de l'établissement d'accueil attestant que la forme de prise en charge en hospitalisation complète n'est plus nécessaire. Cette information doit être portée à la connaissance du représentant de l'Etat par le directeur de l'Etablissement, dans un délai maximum de 24 heures. Le représentant de l'Etat dispose alors d'un délai franc de trois jours

pour prendre sa décision<sup>40</sup>. Soit il accepte la levée de l'hospitalisation complète avec mise en place d'une autre forme de soins, soit il la refuse et en informe le directeur d'établissement qui demande qu'un deuxième avis soit émis par un autre psychiatre. Cet avis médical doit être rendu dans un délai de 72 heures. Si ce deuxième avis est conforme au premier, le représentant de l'Etat est dans l'obligation de suivre et doit prendre un arrêté en conséquence<sup>41</sup>. En revanche, lorsque les deux avis ne sont pas concordants, le représentant de l'Etat peut prononcer le maintien de la mesure d'hospitalisation complète et « il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le juge des libertés et de la détention afin que ce dernier statue à bref délai sur cette mesure »<sup>42</sup>.

Enfin, un dernier cas de figure concerne les situations où le JLD, qui peut être saisi à tout moment de la procédure, décide de prononcer la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète et en demande la transformation en un programme de soins.

## **2 / Les différentes hypothèses de levée de la mesure de soins sans consentement**

Les hypothèses pouvant induire une levée de la mesure de soins sont nombreuses. Une des premières situations de levée de mesure pouvant se rencontrer dans le temps est celle où une procédure d'admission d'urgence en SPDRE a été lancée par un maire ou les commissaires de police à Paris. En effet, dans ce cadre, comme le stipule l'article L. 3213-2 du CSP, « faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures ».

D'une manière générale, la fin de la mesure peut être prononcée lorsque le représentant de l'Etat ne prend pas les arrêtés lui incombant dans les délais impartis, que cela soit à la fin du premier mois suivant l'admission, ou dans les trois mois suivants, ou encore à la fin des périodes de six mois renouvelables suivantes.

Outre ces levées relevant d'une inaction ou d'une omission de la part du représentant de l'Etat, ce dernier peut décider de la levée d'une mesure de soins psychiatriques à tout moment, selon diverses situations. Cette initiative peut naître d'une sollicitation en ce sens de la part de la CDSP. Telle que précisé à l'article L. 3223-2 du CSP, cette commission est composée de deux psychiatres, d'un magistrat et de deux représentants d'associations agréées pour leur militance dans le secteur de la psychiatrie<sup>43</sup>.

---

<sup>40</sup> Ce délai peut être prorogé jusqu'à 14 jours en cas de demande par ce dernier d'une expertise supplémentaire.

<sup>41</sup> Alors que dans le régime antérieur le représentant de l'Etat pouvait avoir le dernier mot en cas de désaccord.

<sup>42</sup> Comme le prévoit l'article L. 3213-9-1 III alinéa 2 du Code de la Santé Publique.

<sup>43</sup> Un des médecins psychiatres et les deux représentants étant désignés par le représentant de l'Etat.

Par ailleurs, cette décision de mainlevée de la mesure peut se baser sur un certificat médical rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil, où le certificat atteste que la mesure de soins n'est plus nécessaire. Cependant, comme lorsque le psychiatre demande la fin de l'hospitalisation complète et sa transformation en programme de soins ambulatoires, une situation de désaccord peut se rencontrer. Le représentant de l'Etat, dans le délai imparti des trois jours francs qui lui sont accordés pour trancher suite à la transmission par le directeur d'établissement de l'avis médical dans les 24 heures suivants sont émission, peut en effet décider de ne pas accepter la proposition de levée de la mesure. Selon la même procédure, il en informe le directeur d'établissement qui demande alors qu'un deuxième examen soit réalisé par un autre médecin psychiatre, et ce, dans un délai maximum de 72 heures après que le représentant de l'Etat ait pris sa décision de refus.

Si le second examen médical confirme le premier, le représentant de l'Etat n'a d'autre choix que de suivre ces deux avis médicaux et doit prononcer un arrêté de levée de la mesure. En revanche, dans le cas où le second examen infirme le premier, le préfet peut décider de maintenir le patient en hospitalisation complète. De la même manière, le directeur d'établissement dûment informé se charge de saisir immédiatement le JLD afin que ce dernier tranche dans les plus brefs délais sur les suites à donner à la mesure.

Enfin, il convient de mentionner les situations de levées de mesure impliquant le JLD. Ainsi, outre le cas ci-dessus, le JLD, dans le cadre d'une mesure classique de contrôle ou suite à un recours formulé en ce sens, peut prononcer une décision de mainlevée de la mesure. A ce titre, la CDSP, en vertu de l'article L. 3223-1 du CSP, peut en effet saisir le JLD en vue de lui proposer d'ordonner la levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement d'une personne donnée.

Par ailleurs, il faut mentionner les situations où le JLD ne serait pas saisi dans les délais légaux. Dans une telle situation, il est prévu à l'article L. 3211-12-1 du CSP que le JLD « constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise ». Et pour finir, en plus des cas de carences d'intervention du représentant de l'Etat induisant une levée immédiate de la mesure, les carences d'intervention du JLD constituent également des motifs de sortie sèche du dispositif.

## **B / La place centrale du JLD dans le contrôle/suivi des mesures dans le temps**

Il convient de souligner que la saisine systématique du JLD dans toute procédure de maintien du patient en hospitalisation complète après la période initiale d'observation

constitue l'innovation principale de la loi du 5 juillet 2011. Selon Henri LECLERC<sup>44</sup>, l'introduction du contrôle du juge dans le dispositif constitue « une réforme capitale ». Pour rappel, cette introduction avait été rendue obligatoire par le Conseil constitutionnel dans sa décision QPC du 26 novembre 2010, considérant qu'une hospitalisation sans consentement ne pouvait être maintenue au-delà de quinze jours sans l'intervention d'un juge<sup>45</sup>. Ainsi, ce contrôle systématique par le JLD des mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète vise à renforcer les droits du patient.

Dans les faits, en vertu de l'article L. 3211-12-1 du CSP, « l'hospitalisation complète d'un patient ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention (...) ait statué sur la mesure ». Ce passage du patient devant le juge intervient rapidement après l'admission en SPDRE de ce dernier est obligatoire et se voit renouvelé dans le temps.

Ainsi, le JLD doit statuer quinze jours maximum après l'admission et maintien en hospitalisation complète du patient, sachant que la saisine de ce dernier doit être effectuée au plus tard douze jours après l'admission en SPDRE.

Par ailleurs, lorsqu'une décision modifie la forme de prise en charge du patient en vue de sa réintégration en hospitalisation complète, ce sont les mêmes délais que ceux précédemment évoqués qui doivent être respectés. Une telle situation se présente si le programme de soins ne permet plus la prise en charge du patient. Selon les dispositions de l'article L. 3211-11 du CSP, elle peut notamment être le résultat donné à une fugue du patient alors qu'il était sous le coup d'un programme de soins.

Enfin, en vue d'assurer un contrôle/suivi régulier de la mesure, le JLD doit être consulté tous les six mois, et donc être saisi en ce sens avant l'expiration de ce délai.

Toujours en vertu de l'article L. 3211-12-1 du CSP, le JLD se prononce lors de l'audience soit en faveur du maintien de la mesure de soins en hospitalisation complète, soit en faveur d'une mainlevée de cette mesure. Cette mainlevée peut prendre effet immédiatement ou « dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi ».

Ces éléments généraux sur les SPDRE étant en place, nous allons désormais pouvoir envisager qu'elle est l'implication réelle des ARS dans le dispositif, et donc traiter des conséquences induites par la nouvelle loi sur les pratiques professionnelles en ARS Languedoc-Roussillon, principalement concernant la gestion des SPDRE.

---

<sup>44</sup> Leclerc (H.), *La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou*, in *Journal français de psychiatrie*, 2010/3 n° 38, p. 22-24

<sup>45</sup> Et plus précisément du juge judiciaire en vertu de l'article 66 de la Constitution faisant de ce dernier le gardien des libertés individuelles.

## **Chapitre 2 / La nouvelle place de l'ARS dans la gestion des SPDRE**

Dans le présent chapitre, l'objectif sera principalement de mettre en évidence la place de l'ARS dans le dispositif des SPDRE, selon les différents niveaux d'intervention lui incombant, que ce soit au niveau du siège et des DT. A ce titre, le rôle de l'ARS Languedoc-Roussillon sera apprécié en trois temps. Tout d'abord, nous traiterons de l'organisation territoriale des réponses relevant du Directeur Général de l'ARS (section 1). Ensuite, nous allons nous focaliser sur les pratiques professionnelles des DT en ARS Languedoc-Roussillon concernant le suivi des dossiers des patients admis en soins psychiatriques (section 2). Enfin, nous appréhenderons les relations étroites qu'entretient l'ARS avec certains acteurs clés du dispositif (section 3).

### **Section 1 / Rôle général de l'ARS dans l'architecture territoriale de la réponse**

Dans cette première section nous allons nous intéresser en deux temps au rôle général joué par l'ARS dans l'organisation territoriale de la réponse apportée en santé mentale. Ainsi, il conviendra d'abord de s'intéresser aux missions de l'ARS au titre de l'organisation territoriale de l'offre de soins en santé mentale, missions découlant de la sectorisation psychiatrique (A). Ensuite, nous traiterons de la place de l'ARS dans l'organisation territoriale de la réponse sous un angle plus transversal (B).

#### **A / Les missions de l'ARS en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins**

Comme évoqué succinctement en introduction, la circulaire du 15 mars 1960 relative aux programmes d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales constitue le texte originel de la mise en place de la sectorisation psychiatrique en France. Ensuite, les lois du 25 juillet 1985<sup>46</sup> et du 31 décembre 1985<sup>47</sup> ont respectivement contribuées à donner un statut juridique à la sectorisation psychiatrique et à intégrer les secteurs psychiatriques dans la carte sanitaire générale.

La sectorisation psychiatrique se définit comme l'organisation administrative relative à la santé mentale et à la répartition des structures de soins correspondantes. Cette organisation procède donc d'un découpage territorial. Dans les faits, ce découpage se matérialise au niveau de la répartition géographique des établissements hospitaliers

---

<sup>46</sup> Loi n° 1985-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

<sup>47</sup> Loi n° 1985-1468 relative à la sectorisation psychiatrique

impliqués dans la lutte contre les maladies par l'association de structures infra-hospitalières comme extra-hospitalières sur un territoire de santé donné.

L'organisation territoriale de l'offre de soins est ainsi organisée depuis la nouvelle loi du 5 juillet de la manière suivante : « pour chaque territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie<sup>48</sup> chargés d'assurer la mission de service public »<sup>49</sup>. La mission de service public évoquée ici est celle mentionnée à l'article L. 6112-1 11° du CSP, à savoir « la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ». Ces établissements désignés pour assurer cette mission doivent en conséquence être en capacité de répondre à toutes les formes de prises en charge possibles dans le cadre des mesures de soins sans consentement.

En outre, toujours à l'article L. 3222-1 du CSP, « la zone géographique dans laquelle l'établissement de santé exerce cette mission de service public est précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (...) » signé avec l'ARS. Enfin, le projet d'établissement doit détailler « les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission et les modalités de coordination avec la sectorisation psychiatrique ».

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, les établissements publics de santé prenant en charge les patients n'ont pas évolué ces dernières années dans les départements. La loi du 5 juillet 2011 n'a d'ailleurs pas remis en cause cette sectorisation psychiatrique. Cependant le siège de l'ARS envisage de revoir la carte établie concernant les secteurs de psychiatrie. Cette démarche s'inscrit dans un mouvement général initié aujourd'hui de refonte des secteurs, impliquant de revoir les découpages et sans doute d'en regrouper certains entre eux en fonction des activités pratiquées car certains secteurs sont actuellement totalement surdimensionnés par rapport à d'autres.

## **B / Les autres missions de l'ARS relatives à l'organisation territoriale en santé mentale**

Les missions d'organisations territoriales incombant à l'ARS dans le cadre de la santé mentale ne se limitent pas à la seule mission de désignation des établissements spécialisés compétents pour accueillir les patients en concordance avec la sectorisation psychiatrique.

Ainsi, au titre de l'article L. 3222-1-1 A du CSP, l'ARS est impliqué dans l'organisation territoriale des dispositifs de réponse aux urgences d'ordre psychiatriques « en relation avec les services d'aide médicale urgente (SAMU), les services départementaux d'incendie et de

---

<sup>48</sup> Ces établissements de santé spécialisés peuvent être publics comme privés.

<sup>49</sup> Comme le stipule l'article L. 3222-1 du Code de la Santé Publique



secours (SDIS), les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements [de santé], les groupements de psychiatres libéraux ». L'organisation administrative d'un tel dispositif a pour objet de permettre à la personne d'avoir accès en toutes circonstances aux soins d'urgence dont elle a besoin. Ce dispositif comprend également l'organisation des modalités de transport de la personne vers un établissement.

Concernant l'organisation des transports, la situation en ARS Languedoc-Roussillon est assez semblable d'une DT à un autre. Dans les départements de l'Aude, de la Lozère et du Gard, c'est le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) qui est mobilisé à titre principal. C'est également le cas pour Béziers dans le département de l'Hérault, tandis que sur Montpellier il est plus fait appel au SAMU, aux pompiers, voire à des transporteurs privés. Concernant les Pyrénées-Orientales, la DT a présenté récemment une proposition de refonte de la carte des transporteurs<sup>50</sup> au Comité des transporteurs départementaux.

Dans un tout autre registre, la nouvelle loi invite l'ARS, entre autres acteurs, à s'investir dans le suivi et la réinsertion des personnes qui font l'objet d'une mesure de programme de soins. A ce titre, l'article L. 3222-1-2 du CSP prévoit que le directeur d'établissement signe des conventions avec le représentant de l'Etat, les collectivités territoriales compétentes sur le territoire de santé d'espèce, et le Directeur Général de l'ARS.

En outre, comme le stipule l'article L. 3221-4-1 du CSP, « l'agence régionale de santé veille à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement des familles et des aidants des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques menées par les établissements de santé (...) et par les associations (...) agréées ».

Enfin, les périodes d'astreinte constituent une problématique transversale qui implique des efforts importants de la part de l'ARS en termes d'organisation interne tant au niveau du siège que des DT. Plusieurs situations nécessitant l'intervention de l'astreinte administrative peuvent se présenter. Pour les problématiques liées au vendredi soir et aux jours fériés, on retrouve les situations d'admission en SPDRE faisant suite à une procédure d'urgence, ou encore les situations de levée de mesures. D'autres situations doivent pour leur part être traitées sans délai, comme les admissions les admissions en SPDRE normales, ou encore les situations de réintégration en hospitalisation complète d'une personne faisant l'objet d'un programme de soins. Enfin, l'ARS peut avoir à gérer en périodes d'astreinte comprenant un pont l'émission de l'arrêté décidant de la forme de prise en charge après la période d'observation initiale de 72 heures.

---

<sup>50</sup> Un accord avec les services de police a notamment été signé en vue d'une intervention en cas de besoin concernant les situations de pré-admission en SPDRE.

La place générale de l'ARS dans l'organisation territoriale des réponses apportées en santé mentale au sens large étant abordée, ce sont les pratiques professionnelles dans la gestion des dossiers au niveau des DT de l'ARS qui vont nous intéresser désormais.

## **Section 2 / Etat des lieux des pratiques des DT en ARS Languedoc-Roussillon**

L'objectif principal sera de dresser un état des lieux complet des pratiques des DT de l'ARS Languedoc-Roussillon concernant la gestion des dossiers relatifs aux soins psychiatriques sans consentement<sup>51</sup> pour le compte du représentant de l'Etat<sup>52</sup> à titre principal (A). Ce retour sur la manière dont les DT traitent les dossiers relatifs aux soins psychiatriques sans consentement nous invitera ensuite à faire un bilan statistique général sur ces pratiques depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 (B).

### **A / Détermination du schéma-type des pratiques professionnelles des DT**

L'invitation faite aux agents des DT à témoigner de leurs pratiques respectives dans la gestion des dossiers au sein du groupe de travail STARS « processus soins psychiatriques sans consentement » aura permis de dégager au cours des deux premières séances<sup>53</sup> un fil conducteur de ce qui est attendu des DT en général au niveau de la gestion des dossiers. Une cartographie en quatre points a ainsi été réalisée pour les procédures d'admissions en SPDRE (1), et en trois points pour celles d'admission en SPDT (2).

#### **1 / Présentation d'un schéma-type de gestion des SPDRE par les DT**

La première étape de la procédure au niveau des DT est la réception de la demande, que cela soit par fax ou par mail crypté. Le fait générateur relève des deux hypothèses de procédures de SPDRE classiques<sup>54</sup>, selon que la procédure normale ou d'urgence ait été enclenchée. Dans le premier cas, il y a réception par les DT en un ou deux envois du certificat médical circonstancié d'admission et du certificat médical dit des 24 heures confirmant ou non la nécessité de maintenir la mesure. Dans le second cas, les DT réceptionnent, toujours en un ou deux envois, le certificat médical accompagnant l'arrêté de

---

<sup>51</sup> A ce titre, la principale source de mes prochains développements est constituée par les travaux récupérés et témoignages recueillis auprès des membres du groupe de travail « processus soins psychiatriques sans consentement » s'inscrivant dans le cadre des démarches STARS.

<sup>52</sup> C'est-à-dire les préfets de départements au sein de la région Languedoc-Roussillon.

<sup>53</sup> Auxquelles mon référent de mémoire m'aura permis de participer dans leur intégralité courant novembre 2012.

<sup>54</sup> Sachant que les DT réceptionnent également les ordonnances judiciaires pour les patients relevant de l'article L. 3213-7 du CSP ou de l'article L. 706-135 du Code de procédure pénale.

mesures provisoires du maire et le certificat médical établi dans les 24 heures suivant l'admission et confirmant ou non la mesure.

Une fois le dossier complet réceptionné, les DT évaluent si le certificat initial est suffisamment motivé ou non. Elles se chargent de contacter l'établissement d'accueil si tel n'était pas le cas. Ensuite, un dossier est créé dans le logiciel prévu à cet effet : le logiciel HOPSY. Dans l'esprit, ce logiciel vise à être une aide pour les DT dans la gestion des délais. Dans les faits, ce logiciel spécifique permet d'enregistrer les dossiers et l'ensemble des actes en découlant<sup>55</sup>.

Une fois cet enregistrement dans HOPSY effectué, la deuxième étape consiste en la rédaction de l'arrêté préfectoral, en sa validation par le préfet de département et enfin en la réception en retour de cet arrêté par les DT une fois qu'il a été signé par le préfet.

Dans le détail, les arrêtés rédigés par les agents des DT doivent permettre de respecter les exigences de l'article L. 3213-1 du CSP : « les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire ». En outre, une lettre d'information pour le procureur et les maires ainsi qu'une notification pour l'usager concerné par la mesure et pour ses proches sont éditées. Une fois l'arrêté prêt, un parapheur est envoyé à la préfecture selon diverses modalités en fonction des DT<sup>56</sup>. Une fois signé par le préfet, l'original de l'arrêté est récupéré avec un récépissé d'envoi par fax ou mail crypté et accompagné des pièces jointes à la signature. L'arrêté préfectoral est ensuite transmis pour information à l'établissement d'accueil.

Ensuite, la troisième étape réside dans le suivi du dossier, suivi impliquant le traitement des pièces complémentaires au dossier envoyées en fonction des exigences législatives et réglementaires prévues par le CSP. Les dossiers sont mis à jour en conséquence dans le logiciel HOSPY. Deux situations sont ici à différencier : les situations de suivi de dossier nécessitant la rédaction d'un arrêté et les situations de suivi de dossier n'impliquant pas l'émission d'un arrêté supplémentaire.

Concernant le suivi du dossier avec arrêté, on retrouve chronologiquement le traitement du certificat des 72 heures invitant à un maintien de la mesure, qu'elle soit sous forme d'hospitalisation complète ou ambulatoire. Vient ensuite le traitement du certificat de maintien à trois mois puis du certificat de maintien après six mois, renouvelés ensuite tous les six mois en tant que de besoin. Par ailleurs, on retrouve toute une série de traitement de cas particuliers possibles au cours de la procédure SPDRE correspondant à des modifications dans la prise en charge de la personne. A ce titre, on identifie toutes les

---

<sup>55</sup> Ainsi, il permet notamment dans le cadre des SPDRE d'assurer la gestion des arrêtés préfectoraux.

<sup>56</sup> Soit par vagemestre, soit par l'agent de la DT, soit par mail crypté.

transformations d'une mesure dans le temps dont peut faire objet une personne, jusqu'à la levée de celle-ci, mais aussi les modifications impliquant un transfert de la personne, soit en intra-départemental, soit vers un autre département.

Enfin, la quatrième étape correspond à l'archivage du dossier. Elle intervient dès lors qu'un arrêté en vue de la levée de la mesure a été pris ou que la personne a fait l'objet d'un transfert vers un autre établissement du département ou dans un autre département. Dans ce cadre, un enregistrement de clôture du dossier est effectué dans HOPSY et un archivage sous forme de dossier papier est effectué.

## **2 / Présentation d'un schéma-type de gestion des SPDT par les DT**

Dans le cadre de la gestion des SPDT les DT n'ont pas à établir d'arrêtés préfectoraux. On dénombrera ainsi trois étapes et non quatre dans l'exposé de ce schéma-type. C'est là la raison principale pour laquelle la gestion des dossiers de SPDT nécessite une implication moins active de la part des agents des DT comparé à ce qui est attendu dans le cadre de la gestion des SPDRE.

La réception de la demande est la première étape incombant à l'ARS niveau gestion des dossiers de SPDT. Le fait générateur de la demande est une décision d'admission émanant du directeur d'établissement. Cette décision est accompagnée des deux certificats médicaux initiaux d'admission<sup>57</sup> et du certificat établi dans les 24 heures suivant l'admission de la personne décidant du maintien de la mesure. Ce sont ces trois pièces qui sont réceptionnées par les DT de l'ARS<sup>58</sup>. Dans leur travail de vérification des pièces, les DT peuvent décider de prendre contact avec le directeur d'établissement à l'initiative de la procédure pour lui signifier en cas de besoin qu'un certificat est à corriger. Une fois le dossier reconnu complet par les DT, ce dernier est enregistré dans le logiciel HOPSY<sup>59</sup>.

La seconde étape concerne le suivi du dossier. Ce suivi se résume à la mise à jour du dossier dans HOPSY au fur et à mesure que les pièces complémentaires au dossier sont adressées tous les mois à l'attention des DT. Ainsi, les agents dans les DT de l'ARS Languedoc-Roussillon sont chargés de saisir dans le logiciel HOPSY les certificats de « huitaine », puis les certificats mensuels jusqu'à la décision de mainlevée. Sont aussi intégrés les questions de transfert de la personne. Par ailleurs, en cas de fugue d'un patient,

---

<sup>57</sup> Ou d'un seul si la procédure d'urgence ou la procédure d'admission en cas de péril imminent sont activées.

<sup>58</sup> Par fax, par courrier, ou par mail crypté.

<sup>59</sup> Et dans les Pyrénées-Orientales le procureur et le préfet sont informés de la décision d'admission.

les DT sont chargées d'alerter le Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

Enfin, la troisième et dernière étape réside dans l'archivage du dossier. Cette étape a pour évènement déclencheur une décision de transformation du mode de prise en charge de la personne ou de levée accompagnée du certificat correspondant<sup>60</sup>. Pour terminer cette étape, et à l'instar de ce qui se fait en SPDRE, un enregistrement de clôture du dossier est effectué dans HOPSY et un archivage sous forme de dossier papier est effectué par l'agent de la DT en charge des dossiers de SPDT.

## **B / Quelques données statistiques sur l'activité en ARS Languedoc-Roussillon**

Du fait de la procédure d'enregistrement des dossiers dans le logiciel HOPSY, un bilan du nombre de dossiers traités par an peut être facilement réalisé. Ainsi, d'après les informations récoltées auprès des DT pour l'année 2011, le nombre total de dossiers traités<sup>61</sup> s'élève à plus de 3.000 par an. En termes de ratio, il convient de noter que la part des dossiers SPDRE par rapport au volume total des dossiers traités en 2011 représente près d'un dossier sur cinq à traiter<sup>62</sup>.

Toutefois, le nombre de dossiers traités par les DT est très variable d'une DT à une autre. Alors que le département de la Lozère est le département avec l'activité la plus faible, avec moins de 100 dossiers répertoriés au niveau des SPDT et tout juste 20 en SPDRE, le département de l'Hérault enregistre des taux d'activité qui sont plus de dix fois supérieurs, avec plus de 1.100 dossiers traités au titre des SPDT et plus de 200 au titre des SPDRE. Concernant les autres DT, on peut constater d'une part que la volumétrie dans les DT du Gard et des Pyrénées-Orientales sont assez similaires avec plus de 500 dossiers traités niveau SPDT et plus de 100 niveau SPDRE et d'autre part que l'activité dans l'Aude est inférieure à ces deux DT tout en étant largement supérieure au taux d'activité constaté en Lozère, avec près de 300 dossiers de SPDT et plus de 80 dossiers de SPDRE gérés.

Par ailleurs, quelques données statistiques peuvent être tirées de l'analyse de la main courante lors des périodes d'astreintes. D'après les informations recueillies par l'équipe du projet « processus soins psychiatriques sans consentement », 29 situations relevant de ce cadre ont dû être traitées lors de ces périodes entre février 2011 et novembre 2012<sup>63</sup>.

---

<sup>60</sup> Et accompagnées, en outre, de la demande du tiers à l'initiative de la mesure de soins psychiatriques.

<sup>61</sup> Dossiers de SPDT et de SPDRE confondus, pour un total exact de 3.146 dossiers.

<sup>62</sup> Plus précisément, ce ratio oscille entre 16 % et 22 % selon les DT, pour une moyenne régionale égale à 18 %.

<sup>63</sup> Ce qui représente 12 % des sollicitations lors des périodes d'astreinte.

Près de la moitié des situations rencontrés étaient relatives à l'admission d'un patient en soins psychiatriques, allant de la simple information ou demande de renseignements auprès de l'ARS jusqu'à la demande de rédaction d'un arrêté pour le compte du préfet. Par ailleurs, un quart des appels concernaient des demandes de renseignement sur la conduite à tenir dans des situations autres tandis qu'un cinquième de ces appels concernaient le traitement des situations de fugues<sup>64</sup>. Les 10 % des appels restants étaient relatifs à des sollicitations sur la levée des mesures, allant de la simple demande de renseignement à la demande d'avis de l'ARS sur l'opportunité d'une telle mesure.

Il ressort de cette section que l'ARS joue un rôle majeur dans les réponses apportées au titre des soins psychiatriques sans consentement. Il apparaît d'ailleurs dans le cadre de la gestion de ces dossiers que les relations de l'ARS avec d'autres partenaires sont nombreuses. Ce sont ces relations particulières avec l'ensemble des acteurs concernés que nous allons désormais approfondir.

### **Section 3 / Les relations des DT avec l'extérieur dans la gestion des dossiers**

Dans les pratiques relatives aux soins psychiatriques sans consentement, et tout particulièrement au niveau des SPDRE, il convient de noter que l'ARS constitue véritablement la clef de voûte du dispositif au niveau des échanges de données avec les différents acteurs extérieurs impliqués dans le processus (A). Ces échanges étant relatifs à des données sensibles, il nous faudra nous intéresser aux impératifs de sécurité que ces derniers doivent respecter, ainsi qu'à leurs modalités concrètes (B).

#### **A / L'ARS, clef de voûte du dispositif au niveau des échanges avec les autres acteurs**

Le nombre d'établissements de santé spécialisés impliqués en première ligne varie en fonction des départements. Ainsi, ce sont trois centres hospitaliers qui sont concernés dans l'Hérault<sup>65</sup> et dans le Gard<sup>66</sup>, alors qu'un seul établissement spécialisé n'est à recenser dans l'Aude<sup>67</sup>, la Lozère<sup>68</sup> et Pyrénées-Orientales<sup>69</sup>. En outre, en raison des

---

<sup>64</sup> Allant également de la simple information ou demande de renseignements auprès de l'ARS jusqu'à la demande de rédaction d'un arrêté pour le compte du préfet de département.

<sup>65</sup> Avec le centre hospitalier (CH) La Colombière de Montpellier, le Centre de soins psychothérapeutiques Camille Claudel de Béziers et le CH Saint-Clair de Sète.

<sup>66</sup> Avec le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Le Mas Careiron d'Uzès, le CH Alès-Cévennes comprenant un pôle psychiatrie et le CH universitaire (CHU) Carêmeau à Nîmes.

<sup>67</sup> Etablissement géré par l'Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées (USSAP).

<sup>68</sup> Avec le CH François-Tosquelles situé dans la commune de Saint-Alban-sur-Limagnole.

<sup>69</sup> Avec le CHS Léon-Jean Grégory de Thuir.

situations impliquant des transferts de personnes, l'ARS Languedoc-Roussillon a des contacts avec des établissements situés en dehors de la région.

Les échanges avec les établissements de santé spécialisés de la région s'articulent principalement autour de la réception des demandes dans le cadre des SPDT et des différentes informations que l'ARS notifie à ces établissements dans le cadre des SPDRE. Selon Mme GRELLIER<sup>70</sup>, il est important que l'ARS entretienne de bonnes relations avec les psychiatres des établissements sachant que l'ARS peut être amenée à les contacter pour les inviter à corriger les certificats tant sur la forme que sur le fond.

Concernant les relations de l'ARS avec les préfectures, les DT opèrent un contrôle sur le contenu des pièces remises à et par l'autorité préfectorale. Cet ensemble induit de nombreux échanges de documents entre ces deux acteurs institutionnels pour la bonne gestion<sup>71</sup> de chaque dossier. Les modalités de coopération, prévues à l'article L. 1435-2 du CSP, ont été fixées au sein d'un protocole signé entre les deux parties en 2010.

Il est à noter que dans les Pyrénées-Orientales la préfecture de département a délégué la gestion de ces dossiers à la sous-préfecture de département<sup>72</sup>. Par ailleurs il convient de souligner le rôle joué par la cellule juridique dépendant du DAG au niveau du siège de l'ARS. En son sein, Mme CAPO est une IASS qui apporte son appui juridique aux DT et qui traite, en lien avec les services préfectoraux, des contentieux juridiques relatifs aux SPDRE. Enfin, dans le cadre de la procédure d'urgence impliquant les maires, Mme GRELLIER m'a informé sur le fait que de réelles relations sont établies avec les grandes municipalités car elles sont les plus sollicitées, alors qu'avec les petites communes l'apprentissage se fait plus au cas par cas.

Au niveau des relations s'inscrivant au niveau de la gestion des astreintes, le cadre est de suivant : les DT proposent, notifient, rédigent les actes pour le compte des préfectures tous les jours en semaine jusqu'à 17h00. Après ces horaires là, et les weekends et jours fériés, ce sont les services préfectoraux qui doivent s'organiser pour prendre le relais<sup>73</sup>.

Enfin, concernant les relations de l'ARS avec les services de justice, les échanges de données semblent se passer correctement dans la région<sup>74</sup>. Les services de la justice, des greffiers au JLD sont plutôt reconnus comme coopératifs à ce jour par les agents des DT.

---

<sup>70</sup> Inspecteur Hors Classe de l'Action Sanitaire et Sociale, responsable de l'unité de soins de premiers recours au sein du pôle Offre de Soins et Autonomie à la DT de l'Hérault.

<sup>71</sup> De la gestion normale au traitement d'évènements ponctuels tels que les fugues et les transferts de personnes.

<sup>72</sup> Nous envisagerons les conséquences que cela emporte ultérieurement.

<sup>73</sup> Ainsi, sur ces périodes, c'est la préfecture qui va appeler le cadre d'astreinte de l'ARS en retour.

<sup>74</sup> Même si, comme nous y reviendrons, la signature d'un protocole d'accord entre l'ARS et les services de justice en faveur de la mise en place de la dématérialisation des échanges à l'échelle régionale n'a pas eu lieu.

## **B / Les impératifs de sécurité dans les échanges de données entre les acteurs**

Comme évoqué précédemment, les relations qu'entretient l'ARS avec ces différents acteurs impliquent de nombreux échanges de données. Or, les données en questions dans le cadre des soins sans consentement sont des données à caractère personnel : ce sont des données sensibles qu'il convient de protéger. A ce titre, la Direction Générale de la Santé (DGS) a élaboré le 11 août 2011 un document relatif à la « protection des échanges documentaires, dans le cadre des mesures de soins sans consentement »<sup>75</sup>.

La DGS rappelle que les certificats médicaux issus de la procédure de soins sans consentement relèvent des articles L. 1110-4 et R. 1110-1 du CSP car ils contiennent « des informations concernant la venue à la connaissance du professionnel de santé », informations qui, par nature, sont couvertes par le secret médical. Enonçant une série de mesures de protection à appliquer aux différents modes de transmissions des documents<sup>76</sup> entre les acteurs institutionnels, la DGS considère en outre que « l'usage de documents numériques et de transmissions électroniques s'avère particulièrement utile pour fluidifier la mise en œuvre des procédures de soins psychiatriques sans consentement ».

Au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon le département des Pyrénées-Orientales constitue le premier département à s'être engagé dans la dématérialisation des échanges avec les autres acteurs institutionnels. Pour rappel, cette DT a comme interlocuteur préfectoral la sous-préfecture. Or, au vu de la complexification des échanges de documents papiers, la sous-préfecture a demandé à ce que les échanges de documents soient dématérialisés<sup>77</sup>. Ainsi, les échanges de données ne se font plus que par mails cryptés sur des adresses dont le mot de passe de cryptage est géré et modifié tous les deux mois par le JLD. Plus de deux ans plus tard après cette expérimentation rendue nécessaire dans les Pyrénées-Orientales, les autres DT s'engagent à leur tour progressivement dans la voie de la dématérialisation des échanges de données.

Alors que dans ce présent titre nous venons de traiter des changements apportés par la loi du 5 juillet 2011 concernant le dispositif des soins sans consentement et des conséquences induites pour les pratiques professionnelles en ARS, le titre suivant consistera en la mise en exergue tant des difficultés globalement rencontrées par l'ARS Languedoc-Roussillon que des perspectives d'évolution et d'amélioration qui peuvent être envisagées.

---

<sup>75</sup> Document consultable sur le site Ministère des Affaires sociales et de la Santé, dans la rubrique consacrée à la réforme de la loi relative aux soins psychiatriques.

<sup>76</sup> Avec les cas de transmission de documents papier par voie postale ou par fax, ou de documents numériques par courrier électronique.

<sup>77</sup> Que cela soit entre ARS et sous-préfecture, entre établissements et ARS et entre sous-préfecture et JLD.



## **Titre 2 / Les difficultés rencontrées et les perspectives d'avenir**

Ce second titre aura pour objectif de mettre en évidence tant les difficultés rencontrées au niveau des pratiques professionnelles que les perspectives d'amélioration de du dispositif des soins psychiatriques sans consentement. Ainsi, dans un premier temps nous procéderons à une mise en lumière de l'ensemble des difficultés rencontrées par l'ARS Languedoc-Roussillon depuis que la réforme est entrée en vigueur (chapitre 1). Eu égard à l'état des lieux de ces difficultés, il conviendra d'envisager dans un second temps les perspectives d'évolution et d'amélioration du dispositif, et ce tant d'un point de vue général que d'un point de vue des pratiques au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon (chapitre 2).

### **Chapitre 1 / Les difficultés rencontrées au niveau des pratiques**

L'état des lieux complet qui sera présenté au sujet des difficultés rencontrées par l'ARS Languedoc-Roussillon au niveau des pratiques professionnelles sera centré sur celles relatives aux SPDRE. Nous traiterons tout d'abord des difficultés liées à l'accueil de la nouvelle loi par les professionnels de l'ARS (section 1). Ensuite, nous nous focaliserons sur les difficultés encore rencontrées à ce jour par les DT au niveau de la gestion des dossiers (section 2). Enfin, nous constaterons que les disparités territoriales au niveau des pratiques des DT sont également à l'origine d'incertitudes non négligeables (section 3).

#### **Section 1 / Sur l'accueil de la réforme par les professionnels de l'ARS**

Dans cette section, nous soulignerons le rôle important joué par le Ministère<sup>78</sup> dans l'accompagnement des acteurs de la psychiatrie au cours des semaines qui ont précédées l'entrée en vigueur de la réforme des soins psychiatriques sans consentement (A). Ensuite, nous soulignerons qu'en parallèle l'ARS Languedoc-Roussillon a lancé diverses démarches de sa propre initiative pour limiter au mieux les difficultés à compter du 1<sup>er</sup> août 2011, et ce, en y associant autant que possible l'ensemble des acteurs concernés (B).

##### **A / Une fonction d'accompagnement et de suivi de la réforme assurée par le Ministère**

Dans l'optique de la mise en application des modifications procédurales apportées par la nouvelle loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins

---

<sup>78</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé à l'époque et dont l'appellation est désormais Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a contribué à la création d'une rubrique spécialement dédiée à cette réforme sur le site du Ministère des affaires sociales et de la Santé. Cette rubrique, intitulée « réforme de la loi relative aux soins psychiatriques », a été mise en ligne dès juillet 2011<sup>79</sup> et témoigne de la volonté du Ministère d'aider les acteurs dans l'application de la réforme.

Au titre de cette rubrique sont répertoriés divers types d'informations et de documents classés en huit sous-rubriques. Parmi ces sous-rubriques on notera l'existence d'une sous-rubrique dédiée à la mise en œuvre du dispositif. Il convient de mentionner qu'un diaporama a été réalisé par le Ministère de la Santé et présenté aux acteurs de la psychiatrie le 6 juillet 2011 dernier<sup>80</sup>. Ce diaporama s'organise en deux parties distinctes dont l'ensemble a eu pour objet de guider les acteurs de la psychiatrie dont les ARS vers la mise en œuvre alors imminente de la nouvelle loi sur les soins psychiatriques sans consentement. Une première partie était relative au calendrier de mise en œuvre de la loi tandis qu'une seconde partie traitait des outils de mise en œuvre de celle-ci.

Au titre de la présentation du calendrier de la loi, la présentation se concentre sur les dispositions transitoires et sur les impératifs à prendre en compte au cours des quelques semaines précédents l'entrée en vigueur de la loi, alors prévue pour le 1<sup>er</sup> août 2011. Ces préparatifs concernaient la nécessité à venir pour les acteurs de la psychiatrie de transformer les sorties d'essai en programmes de soins, de recenser les patients qui seront hospitalisés depuis plus de six mois à compter du 1<sup>er</sup> août 2011, de prévoir la saisine obligatoire du JLD pour des mesures de soins psychiatriques intervenant entre le 23 juillet et le 31 juillet 2011, et enfin de recenser et anticiper le traitement des cas particuliers prévus par la loi<sup>81</sup>. Enfin, au niveau réglementaire, deux décrets portant respectivement sur les droits<sup>82</sup> et sur la procédure devant le JLD<sup>83</sup> ont été élaborés courant juillet. En outre, trois circulaires ont été établies au cours de l'été 2011, avec une première relative à la présentation de la loi et du décret relatif à la procédure judiciaire<sup>84</sup>, une seconde à adresser

---

<sup>79</sup> Et actualisé plusieurs fois depuis, la dernière actualisation du dossier datant de février 2013.

<sup>80</sup> Soit le jour même de la publication de la nouvelle loi au Journal Officiel de la République Française.

<sup>81</sup> A savoir, pour rappel, les patients hospitalisés en UMD et les patients qualifiés d'irresponsables pénaux par décision de justice.

<sup>82</sup> Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatrique.

<sup>83</sup> Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>84</sup> Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques

par les ARS pour information aux établissements de santé spécialisés en psychiatrie<sup>85</sup> et une dernière circulaire adressée aux préfets de région et de département et aux ARS<sup>86</sup>.

Au titre des outils de mise en œuvre de la loi, il convient de noter qu'ils sont nombreux. La rubrique internet sur la réforme répertorie des fiches de procédure sur les points-clés de changement apportées par la réforme. Par ailleurs, une sous-rubrique sur les documents-modèles dont ceux relatifs aux modèles d'arrêtés a été créée avant l'entrée en vigueur de la loi. Par ailleurs encore, une fiche pratique sur l'utilisation du logiciel HOPSY et un tableau d'aide au calcul des délais de saisine du JLD ont été mis à la disposition des agents concernés dans les ARS<sup>87</sup>. En outre, une foire aux questions très détaillée sur la réforme a été mise en place au niveau du Ministère et une adresse mail a été créée<sup>88</sup> pour permettre aux acteurs de la psychiatrie de faire part de leurs questions sur la réforme.

## **B / Les initiatives de l'ARS pour anticiper la mise en œuvre de la réforme**

Cette réforme des soins psychiatriques sans consentement adoptée très rapidement, le 5 juillet 2011, et entrée en vigueur dans la foulée, le 1<sup>er</sup> août 2011, s'est faite à une période non propice puisqu'une partie des agents de l'ARS et des personnels des autres institutions se trouvaient classiquement en congés. Alors que d'une façon générale un manque de formation sur la réforme peut être souligné<sup>89</sup> malgré les efforts consentis par le Ministère, aucun reproche ne peut être fait concernant le niveau d'implication des acteurs concernés par la mise en œuvre de la réforme. Ceci est d'ailleurs souligné dans un rapport d'information relatif à la mise en œuvre de la loi<sup>90</sup>, dressant la « chronique d'une catastrophe évitée » notamment du fait de cette bonne mobilisation des acteurs, jugée « exemplaire ».

Comme le souligne Mme GRELLIER, il convient de rendre hommage au Ministère de la Santé pour sa vigilance et son accompagnement auprès des ARS à travers les foires aux questions qui ont fait l'objet de nombreuses mises à jour au fur et à mesure des remontées de questions par les ARS, dont les DT. Ce soutien important apporté aux ARS détient donc une part indéniable dans la limitation des cafouillages.

---

<sup>85</sup> Circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

<sup>86</sup> Circulaire du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

<sup>87</sup> Voir en ce sens la sous-rubrique « Information à l'attention des personnes des agences régionales de santé (ARS) utilisant le logiciel HOPSY (gestion des arrêtés préfectoraux).

<sup>88</sup> Cette adresse de contact est la suivante : [lopsy2011\[@\]sante.gouv.fr](mailto:lopsy2011[@]sante.gouv.fr).

<sup>89</sup> Ceci s'expliquant notamment du fait des délais restreints dans lesquelles celle-ci est intervenue.

<sup>90</sup> Blisko (S.), Lefrand (G.), *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*, Assemblée nationale, n° 4402, 22 février 2012.

En parallèle, le niveau d'anticipation de la loi par l'ARS Languedoc-Roussillon est également à noter. Ainsi, des démarches d'anticipation même de la réforme avaient été engagées, plus au niveau des DT que du siège d'ailleurs. En attestent les démarches amorcées par la DT de l'Hérault dès le début de l'année 2011<sup>91</sup>, prenant ainsi acte que les procédures existantes allaient devoir être modifiées pour se conformer aux exigences que le Conseil constitutionnel a posées dans sa décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010.

Dans les faits, beaucoup de travaux ont été ainsi mis en place dès le projet de loi<sup>92</sup>. La DT de l'Hérault a organisé de nombreuses réunions avec les établissements de santé spécialisés concernés par la réforme<sup>93</sup>. Lors de ces différentes rencontres avec les établissements, un point d'étape sur les avancées était réalisé à chaque fois, notamment en termes de sensibilisation des personnels, en vue d'anticiper au mieux l'accueil de la réforme pendant cette période délicate que fût l'été 2011. Par ailleurs, toujours dans cette logique, la DT de l'Hérault a entrepris un travail d'association des services préfectoraux, et dans une moindre mesure des services de la justice.

Ces démarches d'anticipation au sein du département de l'Hérault ont été entreprises dans les autres départements, mais selon toute vraisemblance de façon moins structurée. En outre, en termes de démarches d'anticipation de la loi au niveau régional, il convient de noter qu'une seule réunion en amont de la réforme a été organisée par le siège de l'ARS dans le courant du mois de juillet 2011. Le siège est donc resté en retrait dans ces démarches. Et alors que l'ensemble des établissements de santé spécialisés ont été conviés à cette réunion, il peut paraître surprenant que les DT n'y aient pas été associées.

Dans l'ensemble, il ressort de cette section que des efforts importants à tous les niveaux ont été mis en œuvre pour limiter au mieux les conséquences de l'arrivée de la loi nouvelle. Cependant, et c'est ce que nous allons constater désormais, de nombreuses difficultés existent encore à ce jour au niveau des pratiques professionnelles<sup>94</sup>.

## **Section 2 / Les difficultés toujours actuelles dans la gestion des dossiers**

Nous traiterons à titre principal des difficultés rencontrées par les DT de l'ARS dans la gestion des dossiers de SPDRE. La mise en évidence de ces difficultés se fera sous deux angles d'analyse complémentaires mais distincts, avec en premier lieu les difficultés

---

<sup>91</sup> Soit plus de six mois avant l'adoption/entrée en vigueur de la réforme.

<sup>92</sup> Comprenant des travaux de refonte des documents et d'anticipation de refonte des procédures.

<sup>93</sup> A titre principal avec les responsables de la psychiatrie, c'est-à-dire les médecins psychiatres et les directeurs d'établissements, et dans une moindre mesure avec les personnes administratifs de ces établissements.

<sup>94</sup> Et dont certaines trouvent leur origine dans ce manque de formation initiale à l'arrivée de la réforme.

rencontrées par les DT dans leur gestion interne des dossiers (A) et en second lieu les difficultés rencontrés par les DT en raison des difficultés qu'éprouvent les partenaires extérieurs dans le traitement de ces dossiers complexes (B).

## **A / Au niveau de la gestion des dossiers de SPDRE en interne**

D'après les retours d'expérience des agents des DT sur leurs pratiques dans le cadre du projet STARS relatif au « processus soins psychiatriques sans consentement », des difficultés sont rencontrées à plusieurs niveaux par les équipes en charge des dossiers. Les problématiques liées à la complexité générale du dispositif et à la gestion des délais des procédures reviennent souvent (1). Des limites d'ordre technique sont aussi fréquemment soulevées par les DT au titre de l'utilisation du logiciel HOPSY (2).

### **1 / Les difficultés rencontrées au titre de la complexité générale du dispositif**

Au titre de la complexité des procédures, les agents des DT n'hésitent pas à rappeler que le nouveau dispositif nécessite le respect de nombreuses échéances. Par ailleurs, ils considèrent que certaines tâches prennent beaucoup de temps sans véritable valeur ajoutée à ce jour. En outre, comme m'en a témoigné Mme YZON<sup>95</sup>, l'introduction de la saisine obligatoire du juge implique également plus de travail pour les agents des DT car dans le cadre des SPDRE il leur faut préparer les requêtes<sup>96</sup> portant saisine du JLD. Enfin, une carence importante soulevée concerne l'absence d'information sur les dossiers en cours et sur les situations atypiques hors champ d'intervention pour l'astreinte administrative.

La gestion des dossiers de SPDRE au sein des ARS relève d'un niveau de responsabilité élevé, du fait aussi de la rédaction des arrêtés pour le compte du préfet de département. Cette gestion implique en outre que quelqu'un se trouve toujours sur le poste relatif aux dossiers de soins sans consentement, tout le temps. C'est donc un poste sensible aux contraintes horaires fortes. Dès lors, les périodes de congés des agents titulaires constituent des périodes délicates à appréhender pour les DT.

Par ailleurs, il a été constaté par Mme YZON que les agents qui sont intégrés sur ces postes n'y restent pas longtemps. Mais pour l'époque la plus récente, ceux qui traitent de ces dossiers dans la région sont des agents expérimentés qui ont fait le choix de traiter de

---

<sup>95</sup> Personne qui gère les dossiers de SPDRE au sein de la cellule hospitalisation sans consentement du pôle Offre de soins et Autonomie de la DT de l'Hérault

<sup>96</sup> Requête comprenant une reprise du dossier du patient, un historique de la situation du patient et de tous les documents en attestant (les certificats médicaux circonstanciés et les arrêtés préfectoraux).

ces dossiers, ce qui explique que la situation actuelle niveau gestion reste satisfaisante. Cependant, la situation risque de rapidement se dégrader en raison du départ prochain à la retraite de la plupart de ces agents administratifs des DT de l'ARS Languedoc-Roussillon.

## **2 / Les difficultés d'ordre technique liées à l'utilisation du logiciel HOPSY**

Bien que la mise en place du logiciel HOPSY ait significativement amélioré le travail des agents des DT au quotidien, cet outil présente un certain nombre de limites notamment liées à la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. En effet, alors que la DGS annonçait<sup>97</sup> qu'« une refonte du système d'information HOPSY » était en préparation et que sa mise en œuvre était « envisagée à l'horizon 2012, sur la base d'un cahier des charges finalisé à l'automne 2011 », ce logiciel n'a été que très partiellement mis à jour dans les faits.

Depuis l'entrée en vigueur de la réforme, certaines situations ne peuvent être traitées. Les sorties accompagnées ainsi que les programmes de soins ne peuvent en effet pas être enregistrés sur HOPSY<sup>98</sup>. En outre, le logiciel ne prend pas en compte les échéances liées à la saisine du JLD, ce qui a conduit les DT à définir un document sur Excel<sup>99</sup> fort peu pratique puisqu'il nécessite d'être réactualisé manuellement tous les jours. Par ailleurs encore, les agents des DT constatent que l'information sur la date de la fugue est perdue lorsqu'une réintégration du patient en hospitalisation complète suite à une fugue est enregistrée.

L'application HOPSY présente également des limites intrinsèques, c'est-à-dire des limites ne découlant pas de l'entrée en action de la réforme de 2011. En termes de statistiques, des écarts ont été observés par les agents entre les données provenant du logiciel et celles provenant des établissements. Les DT de l'ARS Languedoc-Roussillon ont alors le plus souvent défini, par précaution, leur propre outil statistique. En outre, un problème de sécurité juridique est posé car les dossiers non actifs et datant de plus de trois ans ne semblent pas être supprimés des bases de données, ce qui est non conforme aux exigences de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

## **B / Au niveau de la gestion de SPDRE en lien avec les partenaires extérieurs**

De prime abord, il ressort de l'analyse préliminaire d'un sondage en ligne envoyé aux agents des DT concernés par le groupe de travail du projet STARS « processus soins

---

<sup>97</sup> Dans son document du 11 août 2011 relatif à la « protection des échanges documentaires, dans le cadre des mesures de soins sans consentement » consultable sur le site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

<sup>98</sup> Et au titre des SPDT, les situations de péril imminent ne peuvent pas non plus être traitées.

<sup>99</sup> Ou à reprendre et à s'approprier celui établi par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

psychiatriques sans consentement » que les relations avec les parties prenantes extérieures sont d'un niveau relativement satisfaisant dans leur ensemble. Malgré cela, il n'en demeure pas moins que les acteurs que sont les établissements de santé spécialisés, les services préfectoraux et de la justice rencontrent des difficultés dans leurs pratiques quotidiennes qui peuvent entraîner des difficultés pour les agents de l'ARS dans leur suivi actif des dossiers.

Comme le concède Mme GRELLIER, si le Ministère a certes été très présent auprès des ARS au moment de la mise en œuvre imminente de la réforme, cet accompagnement a sans doute été moins fort concernant les établissements de santé. Selon elle, ce sont les personnels administratifs des établissements qui ont le plus souffert de la réforme car les procédures nouvelles sont globalement plus chronophages<sup>100</sup>. Ainsi, il y a beaucoup plus de démarches administratives à gérer pour les équipes des établissements. Et malgré les efforts consentis par ces équipes pour s'adapter, des cas de saisines tardives du JLD ont dû être constatées au niveau des dossiers de SPDT, emportant dès lors automatiquement la caducité de la procédure. Et dans le cadre des SPDRE, il n'est pas rare que les agents des DT demandent aux médecins de reprendre leurs certificats médicaux. C'est donc principalement l'ARS qui a accompagné les équipes des établissements après coup.

Concernant les relations avec les JLD, ces derniers n'ont pas forcément été spécifiquement formés à traiter de ces mesures. Cela pourrait expliquer pourquoi il ressort de l'état des lieux des pratiques des agents des DT en ARS Languedoc-Roussillon que les exigences des JLD concernant les documents devant leur être transmis au moment de la saisine sont variables. Par ailleurs, un travail initié avec la Cour d'Appel de Montpellier en vue de la dématérialisation des saisines du JLD et des échanges de pièces aurait dû aboutir à la signature d'un protocole d'accord. En son absence, les modalités d'échanges entre ces deux institutions n'ont pas pu être simplifiées dès le départ.

Concernant les relations entre les agents des DT et les services préfectoraux, elles sont plutôt satisfaisantes à ce jour car les agents ont des contacts bien établis avec les préfetures. Et dans l'ensemble, les documents qui doivent être retournés à l'attention de l'ARS le sont rapidement. Cependant, Mme GRELLIER regrette que l'ARS Languedoc-Roussillon n'ait pas fait l'effort de se rapprocher un peu plus encore des services préfectoraux pour les inciter à sensibiliser les maires sur la nouvelle réforme.

Par ailleurs, il existe un point de tension non résolu à ce jour : celui des difficultés rencontrées par la DT des Pyrénées-Orientales. La préfecture du département est très

---

<sup>100</sup> En raison tant des situations envisageables, du grand nombre de certificats médicaux possibles, que des délais fixés pour les contrôles médicaux et judiciaires.

exigeante envers les agents de la DT au niveau du formalisme attendu, pouvant aller au-delà des exigences posées par la loi du 5 juillet 2011. Par ailleurs, l'expérience prolongée de dématérialisation dans ce département n'a pas forcément simplifié le travail des agents de la DT. Elle conduit même à des manipulations complexes et répétées notamment au niveau de la gestion des clés de cryptage, voire à des doublons puisque la préfecture exige que la DT soit en possession de l'ensemble des dossiers en version papier<sup>101</sup>. Ces difficultés sont telles que les agents de cette DT, dont M. DAFOUR en tête<sup>102</sup>, ont exprimé récemment leur volonté de sortir de la dématérialisation.

En sus de ces difficultés diverses rencontrées, il nous reste à traiter des divergences dans les pratiques professionnelles d'une DT à une autre car celles-ci, prises sous l'angle de la sécurisation des procédures, peuvent induire dans certains cas des problèmes importants.

### **Section 3 / De fortes disparités territoriales en ARS Languedoc-Roussillon**

Grâce aux témoignages des agents des DT sur leurs pratiques professionnelles, nous dresserons un aperçu des disparités territoriales dans ces pratiques (A). Ensuite, nous mettrons en évidence que ces disparités, dont nous aurons montré l'étendue, dénotent d'un manque réel d'harmonisation et de sécurisation dans les pratiques actuelles, ce qui n'est pas sans conséquences préoccupantes, d'un point de vue juridique notamment (B).

#### **A / Etat des lieux des disparités territoriales dans le traitement des dossiers**

Lors de ces deux premières séances du groupe de travail « processus soins psychiatriques sans consentement » auxquelles mon référent de mémoire, M. VALETTE, m'a permis d'être associé, j'ai pu participer à l'élaboration d'un tableau de synthèse relatif aux pratiques professionnelles des agents, DT par DT. Cette mise en commun aura permis aux agents des différentes DT de constater de l'ampleur des divergences dans le traitement des dossiers d'une DT à une autre, et ce, à tous les stades de la procédure<sup>103</sup>. En effet, c'est une trentaine de situations de variabilité dans les pratiques qui ont pu être recensées<sup>104</sup>.

---

<sup>101</sup> Dossiers de SPDRE comme de SPDT, depuis leur création jusqu'à leur archivage. Cela nécessite des agents qu'ils impriment au fur et à mesure les pièces à joindre au dossier papier.

<sup>102</sup> IASS responsable des fonctions supports et de l'unité « Soins de premier recours – Hospitalisation sous contraintes » à la DT des Pyrénées-Orientales.

<sup>103</sup> Depuis la réception des dossiers, en passant par les étapes de rédaction/validation des arrêtés auprès de la préfecture, du suivi dans le temps des dossiers, jusqu'à l'archivage de ces derniers.

<sup>104</sup> Dans un souci de clarté des propos, seule la gestion des dossiers les plus sensibles pour les ARS, ceux de SPDRE, et les disparités les plus significatives, celles étant sources de difficultés, seront présentées ci-après.



Au niveau de la réception des dossiers, nous avons déjà évoqué que les modalités diffèrent d'une DT à une autre, selon que les pièces sont reçues par fax<sup>105</sup> ou par mail crypté. Par ailleurs, la qualité des certificats initiaux transmis par les établissements n'est pas vérifiée par les agents dans les DT du Gard et de la Lozère.

Concernant l'étape de rédaction de l'arrêté, de sa validation et de son renvoi aux agents des DT, des divergences apparaissent dès le stade de la rédaction des arrêtés. Dans certains cas un arrêté motivé est effectivement rédigé, mais le certificat servant d'appui à la décision n'est pas forcément associé. Et pour la DT de l'Aude, l'arrêté transmis aux services de préfecture comprend le certificat mais n'est pas motivé. Les modalités de transmission à la signature du Préfet de département varient également entre DT, allant du portage du parapheur par l'agent ou par vagemestre à la transmission par voie mail crypté.

Au niveau du suivi du dossier, il faut distinguer entre le suivi avec et sans prise d'arrêté. Dans le premier cas, au niveau de la notification pour la personne faisant l'objet de la mesure et de l'information du procureur, du maire et de la famille, il est constaté d'une part que toutes les DT ne fonctionnent pas par envoi d'un accusé de réception au patient, comme dans le Gard et l'Hérault, et d'autre part que seules les DT de l'Aude et de Pyrénées-Orientales informent les familles. Dans le second cas, concernant la transmission de la saisine au JLD avec les documents associés, soit les services de préfecture s'en occupent directement<sup>106</sup>, soit les agents des DT par voie de fax.

Enfin, au stade de l'archivage, le stockage des dossiers<sup>107</sup> a lieu soit dans un bureau fermé, soit dans un bureau ouvert avec ou sans armoire fermée. En outre, il a été constaté que le temps de conservation des dossiers n'est pas homogène entre les différentes DT.

## **B / Des divergences dans les pratiques actuelles aux conséquences réelles**

Avant toute chose, il convient de noter que les différences de pratiques citées précédemment s'expliquent en partie du fait des degrés d'exigences variables de la part des services de préfecture et des JLD. Ces disparités territoriales sont également le fait des pratiques des agents des DT, notamment du fait des adaptations trouvées pour pallier les limites du logiciel HOPSY pour le traitement des dossiers. Toutes les disparités territoriales, peu importe leur origine, ne sont obligatoirement synonymes de difficultés. Elles peuvent correspondre à des adaptations ponctuelles des DT en fonction des contextes.

Néanmoins, certaines d'entre elles dénotent d'un manque d'harmonisation au niveau des pratiques professionnelles actuelles. Ce manque peut avoir sur certains points des

---

<sup>105</sup> Dans le bureau de l'agent, voire dans un lieu autre, comme dans les DT du Gard et de la Lozère.

<sup>106</sup> Ce qui est le cas dans les départements du Gard et des Pyrénées-Orientales.

<sup>107</sup> Qu'ils soient en cours ou que leur clôture ait été enregistrée.

conséquences néfastes, notamment en termes de sécurité juridique des pratiques telles qu'elles sont appliquées à ce jour. C'est ce qui a été mis en évidence par la cellule juridique du DAG du siège de l'ARS Languedoc-Roussillon, sous l'impulsion de Mme CAPO.

Au niveau de la réception des dossiers, celle-ci s'inquiète concernant les modalités de réception dans les cas où le fax accusant réception des dossiers n'est pas situé dans leur bureau, impliquant de la part de l'agent de s'y déplacer plusieurs fois dans la journée. Un problème de confidentialité est ici posé. Le fait de vérifier ou non la qualité des certificats relève plus d'une collaboration spontanée ou non des agents des DT sans pour autant être imposé au niveau réglementaire.

Au niveau de la rédaction de l'arrêté et des échanges avec les préfetures, plus précisément concernant la motivation de l'arrêté, une décision du Tribunal Administratif de Montpellier du 10 novembre 2011 précise que l'autorité doit « indiquer dans sa décision les éléments de droits et de fait qui justifient cette mesures », ajoutant qu' « elle peut satisfaire cette exigence en se référant au certificat médical circonstancié, à condition de s'en approprier le contenu et de joindre ce certificat ». Certaines pratiques actuelles peuvent donc potentiellement conduire à des contentieux juridiques. Par ailleurs, le fait que dans la plupart des cas le parapher soit adressé en main propre pose non pas des risques contentieux plus des risques de pertes de dossier ainsi que des problèmes de confidentialité.

Au niveau du suivi des dossiers, la problématique principale est à noter concernant le suivi avec arrêté. En premier lieu, la décision doit être notifiée à l'intéressé en joignant à l'arrêté préfectoral le certificat médical à l'origine de la levée. Cette notification est une décision d'information qui est susceptible de recours, c'est pourquoi le fait que certaines DT ne l'envoient pas avec accusé de réception peut poser problème<sup>108</sup>. En second lieu, le fait que trois DT sur cinq ne portent pas cette information à l'attention des familles contrevient aux exigences d'information posées par l'article L. 3213-9 du CSP.

Enfin, au niveau de l'archivage des dossiers, la problématique posée est de protéger au mieux la confidentialité des données sensibles qu'ils contiennent. Ainsi, l'archivage actuel des dossiers au sein de la DT de l'Hérault a lieu dans des locaux peu appropriés puisque se faisant dans un bureau ouvert sans armoire fermée prévue à cet effet.

Alors que nous venons de dresser un état des lieux des divers niveaux de difficultés rencontrées par les DT de l'ARS Languedoc-Roussillon pour leur traitement quotidien des dossiers de soins psychiatriques sans consentement, nous allons désormais nous intéresser aux perspectives réelles d'évolution et d'amélioration des pratiques et donc du dispositif.

---

<sup>108</sup> Dans tous les cas où serait demandée une preuve de l'information du patient.

## **Chapitre 2 / Les perspectives d'évolution et d'amélioration**

Ce dernier chapitre nous permettra de nous intéresser aux perspectives d'évolution et d'amélioration des procédures relatives aux soins psychiatriques sans consentement, qu'elles soient d'ores et déjà envisagées et actées ou à recommander. Ainsi, nous traiterons tout d'abord des perspectives d'amélioration des pratiques pour les agents des DT en ARS Languedoc-Roussillon<sup>109</sup> (section 1). Ensuite, nous traiterons des perspectives d'évolution générale du dispositif inscrites dans la loi du 27 septembre 2013 portant modification de celle du 5 juillet 2011<sup>110</sup> (section 2). Enfin, nous émettrons deux recommandations majeures sur l'avenir du dispositif tant d'un point de vue général que particulier (section 3).

### **Section 1 / Le processus STARS « soins psychiatrique sans consentement »**

Alors que la démarche STARS a été souvent évoquée dans mes développements précédents<sup>111</sup>, il convient désormais de présenter plus précisément les enjeux de celle-ci. Ainsi, nous aborderons dans un premier temps les origines de la mise en place de cette démarche en ARS Languedoc-Roussillon et les objectifs affichés au lancement de celle-ci (A). Et dans un second temps, nous nous intéresserons aux leviers d'amélioration dégagés dans le cadre de cette conduite de projet encadrée au niveau national (B).

#### **A / Enjeux nationaux de la démarche et son déploiement régional sur la thématique**

Après une phase de cadrage national de la démarche au sein de trois ARS pilotes<sup>112</sup> en février 2012 et une phase pilote qui s'est déroulée d'avril à juillet 2012 au sein de ces trois ARS, le projet STARS est entré dans une phase de déploiement à l'échelle de l'ensemble des ARS, de juillet 2012 à décembre 2013. Cette démarche part des constats répétés selon lesquels d'une part les missions accomplies par les agents sont parfois complexes et/ou chronophages de par le fait que celles-ci impliquent la mobilisation de nombreux acteurs à l'échelle de l'ARS et/ou en lien avec des partenaires extérieurs, et d'autre part que les pratiques au titre de la réalisation des missions ne sont pas toujours homogènes, entre ARS ou entre DT d'une même ARS.

---

<sup>109</sup> A titre principal des perspectives d'harmonisation et de simplification des pratiques professionnelles dégagées par le groupe projet de la démarche STARS « processus soins psychiatriques sans consentement ».

<sup>110</sup> Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

<sup>111</sup> En raison notamment des nombreux retours sur les pratiques professionnelles auxquels j'aurai pu assister lors des deux premières séances et qui m'auront été fort utiles dans la réalisation de mon travail.

<sup>112</sup> A savoir, l'ARS du Nord-Pas-de-Calais, l'ARS de Poitou-Charentes et l'ARS du Centre.

Les objectifs généraux inscrits dans cette démarche d'amélioration des processus sont au nombre de trois. Est recherchée l'amélioration de la qualité<sup>113</sup>, la maîtrise de la charge de travail<sup>114</sup> et l'amélioration générale des conditions de travail des agents<sup>115</sup>. La finalité de ces travaux portés par le Secrétariat Général des Ministères des Affaires sociales est de faire remonter au niveau national les besoins d'harmonisation et de simplification des pratiques professionnelles au sein des ARS.

Au niveau de la méthodologie et du plan de travail adoptée en ARS Languedoc-Roussillon, une réflexion approfondie au sujet de la mise en place de cette démarche s'est d'abord tenue au sein du Comité Exécutif<sup>116</sup> (COMEX) de l'ARS. Dans le cadre de ce COMEX, une présélection des processus à mettre au travail a été effectuée en juillet 2012 avant une validation définitive des thématiques retenues en septembre 2012. Parmi les trois processus choisis prioritairement on retrouve le « processus soins psychiatriques sans consentement ». Ce sujet a été retenu notamment parce que les réunions organisées au moment de la mise en œuvre imminente de la réforme avaient mis en évidence que les pratiques professionnelles sur la question au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon présentaient des différences importantes nécessitant dès lors leur harmonisation.

Toutes les personnes ressources concernés par l'application des dispositions de la réforme issue de la loi du 5 juillet 2011, c'est-à-dire les agents des DT et la cellule juridique du DAG au niveau du siège de l'ARS, ont été réunies dans le cadre de ce processus. En termes de gouvernance, celle-ci aura été assurée par un représentant du COMEX, un représentant du Secrétariat Général des Ministères des Affaires sociales, un des agents des DT désigné comme pilote du processus, et enfin un référent régional désigné au sein de la Direction de la stratégie et de la performance (DSP) du siège de l'ARS.

En termes de calendrier, le processus s'est articulé autour de quatre phases réparties sur une période de 12 semaines. La première étape était relative à la réalisation d'un état des lieux partagé des pratiques professionnelles des agents dans les différentes DT<sup>117</sup>. Cette phase aura permis de repérer les difficultés rencontrées et de mesurer des divergences de pratiques d'une DT à une autre. La seconde étape aura consisté en la définition de solutions pratiques pour répondre à ces difficultés identifiées. La troisième étape a eu pour objectif de

---

<sup>113</sup> Notamment de la qualité des relations de l'ARS avec ses partenaires extérieurs, ou encore la recherche d'homogénéisation des services sur tout le territoire.

<sup>114</sup> Et notamment en vue de la réduction de leurs charges de travail.

<sup>115</sup> Ce qui passe notamment par l'élaboration d'outils ayant pour finalité de simplifier le travail des agents.

<sup>116</sup> Organe de direction majeur des ARS, dont les membres en ARS Languedoc-Roussillon sont le Directeur général de l'ARS, le Directeur général adjoint, et les directeurs des trois directions métiers du siège de l'ARS.

<sup>117</sup> Pour rappel, c'est à cette étape que j'ai pu être associé au cours du mois de novembre 2012.

tester les solutions établies sur quatre semaines, tandis que la dernière étape a eu pour enjeu de contrôler que ces solutions étaient mises en œuvre sur la durée par les agents.

Ce processus aura été le cadre d'un important travail pédagogique et collaboratif entre agents des DT aux pratiques professionnelles différentes, voire totalement divergentes car s'inscrivant dans des contextes territoriaux différents. Par rapport aux objectifs généraux précédemment invoqués, la démarche engagée ici présente en outre certains objectifs spécifiques au titre desquels on peut noter la recherche d'une meilleure garantie de la sécurité juridique dans le traitement de ces dossiers sensibles par l'ARS.

## **B / Les leviers d'harmonisation/sécurisation des pratiques dégagés dans le processus**

Cet état des lieux partagé constatant de la variabilité des pratiques à l'échelle des DT aura permis à la cellule juridique de l'ARS de souligner les carences profondes en termes de sécurité juridique des procédures en place, ce qui entraîne des risques contentieux certains. Ce diagnostic a confirmé les nécessités d'amélioration des pratiques et justifie donc le choix fait par l'ARS Languedoc-Roussillon d'avoir mis cette thématique au travail.

Les séances de travail qui ont suivi cette phase de diagnostic régional ont permis de dégager quatre leviers principaux. Pour chacun de ces leviers un plan d'actions a été élaboré, placé sous la responsabilité d'un ou plusieurs membres du groupe de travail et accompagné d'un échéancier précis afin d'apprécier des avancées réelles dans le temps.

Le premier levier est relatif à l'homogénéisation et à la simplification des procédures. La mise en action de ce levier passe, à titre principal, par l'amélioration des relations de l'ARS avec ses partenaires extérieurs. Concernant les établissements, une note d'information a été rédigée afin de leur rappeler les éléments devant figurer dans les certificats médicaux circonstanciés. Par ailleurs, pour des raisons organisationnelles, l'ARS souhaite pour l'avenir que la transmission des certificats initiaux et des 24 heures se fasse en un seul envoi. Concernant les maires, prenant acte des manques répétés de références dans leurs envois, le groupe de travail a opté pour la rédaction de modèles-types d'arrêtés et de certificats à mettre à leur disposition. Concernant les services de préfecture, le souhait principal des agents des DT concerne la suppression des fiches d'aide à la décision.

Le second levier identifié est relatif à l'étude des possibilités de dématérialisation de plusieurs étapes du processus. Comme nous l'avons déjà évoqué, les DT s'engagent progressivement dans la voie de la dématérialisation des procédures, plus précisément au niveau de la gestion des SPDT. Dans les faits, une phase de test a d'abord été enclenchée

dans le département de l'Hérault<sup>118</sup> avant d'envisager son extension aux autres DT. Cette phase de test et sa généralisation en cours ont donné satisfaction aux agents. Par ailleurs, concernant la DT des Pyrénées-Orientales où la dématérialisation avait été rendue nécessaire, un objectif plus spécifique vise à privilégier la dématérialisation complète dans le cadre des SPDT et donc à supprimer les doublons en version papier.

Il convient d'ajouter au sujet de la dématérialisation que les services informatiques du DAG du Siège de l'ARS ont été sollicités pour envisager des perspectives d'amélioration des modalités de dématérialisation des pratiques, et ce tant sur les modalités de sécurisation et de fluidification des échanges<sup>119</sup> que sur les modalités de stockage sécurisé des documents numériques. Sans entrer dans le détail technique des réponses apportées par ces services, on peut tout de même noter que les différentes hypothèses envisagées nécessiteront dans tous les cas des demandes d'autorisation auprès de la CNIL.

Le troisième levier est relatif à la gestion des périodes d'astreinte, avec la recherche d'une meilleure coordination des astreintes en lien avec les partenaires extérieurs. L'enjeu est ici de mieux anticiper les situations pouvant se présenter, impliquant dès lors que des formations soient mises en place tant auprès des cadres d'astreintes de ARS que de ceux des services de préfecture<sup>120</sup> et des établissements de santé.

Le dernier levier concerne les remontées des besoins au niveau national par l'intermédiaire de la personne présente pour le compte du Secrétariat Général du Ministère. A ce titre, l'axe principalement retenu concerne la nécessité de mise à jour du logiciel HOSPY. D'après ce qui a été relevé par les agents de l'ARS, l'actualisation de cet outil devra comprendre la modification de certains considérants des arrêtés générés par l'application, ou encore l'inclusion de l'ensemble des éléments manquants évoqués dans le chapitre précédent. Par ailleurs et enfin, peut être citée la demande faite au Ministère d'actualiser son fichier de suivi des saisines du JLD pour le rendre plus facilement exploitable par les agents.

Lors d'une visioconférence entre le siège et les DT qui a eu lieu le 7 octobre 2013, il a été décidé que le processus STARS serait relancé pour aborder la dimension de mutualisation des ressources, notamment sous l'angle de la dématérialisation. Cette réunion de cadrage faisait suite à la loi du 27 septembre 2013, pour faire le point sur les modifications qu'elle apporte, et auxquelles nous allons nous intéresser désormais.

---

<sup>118</sup> Avec le CH Saint-Clair de Sète à partir de mars 2013 et avec le Centre de soins psychothérapeutiques Camille Claudel de Béziers à partir d'août 2013, et à l'exception à ce jour (jusqu'en fin octobre en tout cas) du CH La Colombière de Montpellier.

<sup>119</sup> Concernant notamment la sécurisation au niveau des adresses mails utilisées par les agents.

<sup>120</sup> Ou, pour rappel, de la sous-préfecture dans le cas des Pyrénées-Orientales.

## **Section 2 / Les perspectives d'évolution actées par la loi du 27 septembre 2013**

Dans cette section relative à la loi modificatrice du 27 septembre 2013, nous présenterons les dispositions modificatrices majeures qu'elle contient par rapport au dispositif tel que réformé jusqu'alors par la loi du 5 juillet 2011 (A). Ensuite, nous apporterons une appréciation globale sur ces changements, notamment au regard des discussions qui se sont tenues lors de la visioconférence du 7 octobre 2013 (B).

### **A / Les évolutions en deux temps distincts prévues par cette loi modificatrice**

La loi du 27 septembre 2013 portant modification de certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 intervient donc après un peu plus de deux ans d'application de la réforme. Dans les faits, cette loi a dû être adoptée par le législateur afin de tenir compte des exigences posées par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 20 avril 2012 faisant suite à une QPC initiée par le Cercle de réflexion et de propositions d'actions sur la psychiatrie (CRPA)<sup>121</sup>. En effet, le Conseil constitutionnel avait décidé de censurer certaines dispositions du CSP relatives aux cas particuliers prévus par la loi du 5 juillet 2011<sup>122</sup>, et de laisser au législateur jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2013 pour apporter les modifications nécessaires.

Par cette loi du 27 septembre 2013, le législateur ne s'est pas contenté de répondre aux seules exigences constitutionnelles qui lui étaient imposées<sup>123</sup> puisqu'il a apporté une série de modifications au dispositif en place depuis la réforme de 2011, notamment en termes de droits des personnes et de simplification du dispositif actuel. Alors que certaines des modifications retenues ont été d'application immédiate au 30 septembre 2013, d'autres ont vu leur application différée dans le temps<sup>124</sup>.

Au titre des dispositions d'application immédiate, on notera la suppression du certificat de « huitaine » et de l'avis conjoint correspondant, le tout remplacé par le seul avis d'un médecin psychiatrie<sup>125</sup>. Par ailleurs, est introduit à l'article L. 3211-1-1 du CSP, en plus des sorties accompagnées de courte durée, un dispositif de « sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures ». Autrement dit, ce sont les sorties d'essai supprimées par la loi du 5 juillet 2011 qui sont réintroduites dans cette loi modificatrice. L'esprit de ces sorties évolue positivement pour les personnes faisant l'objet d'une mesure

---

<sup>121</sup> Dont j'avais pu rencontrer le président de cette association en mai 2013, M. BITTON, dans le cadre du module interprofessionnel réalisée à l'EHESP.

<sup>122</sup> Pour rappel, les patients en UMD ou reconnus irresponsables pénaux par une décision de justice

<sup>123</sup> Disposant à ce titre d'un retour dans le droit commun pour les patients en UMD et un maintien de dispositions spécifiques pour les irresponsables pénaux si ces derniers encourent entre 5 et 10 ans d'emprisonnement.

<sup>124</sup> Soit au 15 mars 2014, soit au 1<sup>er</sup> septembre 2014.

<sup>125</sup> En atteste la version modifiée des articles L. 3212-7 et L. 3213-3 du CSP ne mentionnant plus ce certificat.

de soins sans consentement. En effet, le motif thérapeutique inscrit jusqu'alors à l'article L. 3211-1-1 du CSP laisse sa place à une volonté de « favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ». Dans les faits, les décisions de sortie temporaire émanent du directeur d'établissement, appuyées par un avis favorable d'un médecin psychiatre. Ces décisions doivent être transmises au représentant de l'Etat au moins 48 heures avant que la sortie ne soit effective, et « sauf opposition (...) notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu »<sup>126</sup>.

Concernant les perspectives d'évolution différée dans le temps, les premières d'entre elles entreront en vigueur à compter du 15 mars 2014. A ce titre, l'article L. 3211-12-1 3° du CSP prévoit une saisine plus précoce du JLD pour le contrôle de la mesure de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète, avec l'obligation de respecter prochainement un délai minimum de quinze jours avant l'écoulement des six mois<sup>127</sup>. Par ailleurs, pour toutes les décisions qui seront prononcées entre le 1<sup>er</sup> et le 15 mars 2014, le JLD devra être saisi au moins huit jours avant l'expiration des six premiers mois.

Concernant les modifications qui entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2014, on retrouve celles inscrites à l'article L. 3211-12-1 1° et 2° du CSP. Au titre du 1°, le JLD devra désormais être saisi dans un délai de huit jours suivant l'admission de la personne en soins sans consentement sous forme d'hospitalisation complète. Et au titre du 2°, le JLD devra rendre son jugement non plus avant l'expiration d'un délai de quinze jours mais de douze jours. Par ailleurs, les modalités de tenue des audiences devant le JLD sont précisées à l'article L. 3211-12-1 du CSP. Alors que la tenue de l'audience au sein de l'établissement devra être la modalité à privilégier, la possibilité de recours à la visioconférence est quant à elle supprimée.

## **B / Regards croisés des agents de l'ARS sur ces évolutions présentes et à venir**

Comme évoqué précédemment, la loi modificatrice du 27 septembre 2013 a permis de répondre en partie à certaines attentes générales des acteurs de la psychiatrie en termes de simplification du dispositif<sup>128</sup>. Cette loi n'est donc pas sans conséquences sur les pratiques professionnelles. Ces modifications ont été mises en discussion lors d'une visioconférence qui s'est tenue le 7 octobre 2013 entre les agents du siège de l'ARS et des différentes DT et à laquelle j'ai pu assister en tant qu'observateur.

<sup>126</sup> Comme le stipule l'article L. 3211-1-1 2° du CSP.

<sup>127</sup> Sont concernées les décisions judiciaires prononcées en application de l'article L. 706-135 du Code de procédure pénales et toutes les décisions du JLD relative aux patients en hospitalisation complète.

<sup>128</sup> Notamment concernant la modification des délais et la réduction du nombre de certificats à émettre.



Au titre des dispositifs d'application immédiate, bien que les différentes DT ne notent pas de difficultés particulières en ce qui concerne la suppression du certificat de « huitaine »<sup>129</sup>, les délais peuvent apparaître comme beaucoup plus contraints. Aucun délai n'est par ailleurs précisé pour la réception de l'avis motivé d'un médecin psychiatre de l'établissement, mais dans l'idéal les agents des DT espèrent que ces derniers seront émis vers le sixième jour suivant l'admission de la personne. En outre, Mme GRELLIER regrette cette suppression car elle offrait une garantie supplémentaire de respect des délais de saisine du JLD. Or, sachant que le raccourcissement de la procédure de jugement à douze jours n'est pas encore en vigueur, elle considère que cette suppression est prématurée et qu'elle aurait dû être concomitante à ce raccourcissement à venir en 2014. Enfin, une mise à jour de l'application HOPSY sera nécessaire pour tenir compte de cette suppression.

Concernant la réintroduction d'un dispositif de sorties d'essai non accompagnées, les nouvelles dispositions de L. 3211-1-1 du CSP n'impliquent plus désormais l'accord préalable du préfet. Alors que globalement les agents considèrent que cela constitue une simplification intéressante, Mme GRELLIER s'inquiète du niveau d'information sur la décision de sortie dont fera effectivement l'objet le préfet de département. Par ailleurs, les agents de la DT des Pyrénées-Orientales ont rappelé la position particulièrement sécuritaire du préfet du département, ce dernier refusant le plus souvent ces sorties.

Au titre des dispositions dont l'effet n'est pas immédiat, l'obligation prochaine de saisine du JLD au moins quinze jours avant l'expiration des six premiers mois de prise en charge en hospitalisation complète de la personne et la modification que cela induit dans la composition des dossiers de saisine transmis par l'ARS au JLD ne sont pas vécus comme une source de difficulté pour les agents des DT. Pendant la phase de transition du 1<sup>er</sup> au 15 mars 2014, les ARS devront veiller au respect de la mesure transitoire sus-évoquée.

Concernant les mesures applicables au 1<sup>er</sup> septembre 2014, nous avons déjà mentionné l'appréhension du raccourcissement du délai de jugement à douze jours. Sur les modalités nouvellement priorisées de tenue des audiences, il incombera à l'ARS de signer une convention avec les différents Tribunaux de Grande Instance (TGI) afin de prévoir les modalités d'organisation des audiences dans les établissements<sup>130</sup>.

Concernant le délai de réflexion d'un an que s'est laissé le gouvernement sur la question de la dématérialisation des registres des établissements, certains agents des DT ont fait savoir que les établissements avec lesquels ils sont en contact souhaiteraient que

---

<sup>129</sup> Hormis pour la DT du Gard où le CHS Le Mas Careiron d'Uzès a exprimé sa réticence quant à l'intégration de cette suppression dans ses pratiques relatives aux soins sans consentement.

<sup>130</sup> Comme le prévoit l'article L. 3211-12-2 I du CSP.

ces registres soient dématérialisés à l'avenir<sup>131</sup>. Dans l'attente des orientations qui seront adoptées par le gouvernement suite à ce délai de réflexion, Mme YZON exprime cependant son inquiétude quant à la dématérialisation de ces registres, notamment concernant les modalités futures de leurs consultations pour des instances telles que la CDSP.

Dans ces deux premières sections nous aurons traités des différentes perspectives d'amélioration particulières au titre du processus STARS et les perspectives d'évolution du dispositif actés ou à venir au titre de la loi du 27 septembre 2013. Il me reste désormais à traiter dans la dernière section des perspectives d'avenir qui me paraissent intéressantes.

### **Section 3 / Les perspectives d'avenir envisageables à tous les niveaux**

Partant de l'ensemble des documents internes à l'ARS<sup>132</sup> mis à ma disposition et de l'ensemble des témoignages recueillis auprès des agents du siège de l'ARS et des DT, mon objectif sera de mettre en évidence ce que j'estime être des pistes intéressantes pour l'avenir. Ainsi, la première recommandation d'envergure retenue concernera les perspectives d'amélioration des pratiques professionnelles en ARS Languedoc-Roussillon (A) tandis que la seconde recommandation envisagée portera sur les perspectives d'évolution au niveau national du dispositif portant sur les soins psychiatriques sans consentement (B).

#### **A / De l'harmonisation des pratiques à leur centralisation/régionalisation à terme**

La question de la dématérialisation des pratiques a constitué le premier pas vers la mutualisation des ressources pour les agents des différentes DT (1). Dans les faits, cette première étape me semble constituer l'amorce d'une centralisation/régionalisation progressive et définitive des pratiques concernant tant la gestion des dossiers de SPDT que de SPDRE au sein du Siège de l'ARS Languedoc-Roussillon (2).

##### **1 / La dématérialisation, outil d'harmonisation puis de mutualisation des ressources**

La démarche d'amélioration STARS engagé sur le « processus soins psychiatriques sans consentement » a constitué un cadre pertinent pour traiter de la question de la dématérialisation des pratiques en tant qu'outil d'aide à l'harmonisation des pratiques.

Certaines incertitudes avaient pu être soulevées concernant cette question. D'une part Mme GRELLIER identifiait encore quelques freins majeurs à l'heure actuelle, la

---

<sup>131</sup> Cette volonté est particulièrement affirmée par le CHS de Thuir, dans les Pyrénées-Orientales.

<sup>132</sup> Et notamment ceux produits par le groupe de travail STARS « soins psychiatriques sans consentement ».

dématérialisation lui apparaissant alors comme un sujet intéressant mais encore trop lourd à porter par l'ARS et l'ensemble des acteurs que sont les établissements, les services préfectoraux et les services de la justice, notamment en raison des contraintes de cryptage. D'autre part Mme YZON, tout en admettant les apports de la dématérialisation, s'inquiète sur le fait de tout faire reposer sur des outils informatiques, en raison des risques de pannes des machines ou des serveurs qui entraîneraient des situations d'impasses importantes.

Face à ces interrogations légitimes de la part des agents, il convient de rappeler la contribution des services informatiques du DAG du Siège de l'ARS Languedoc-Roussillon qui, sollicités dans le cadre du groupe de travail STARS sur le « processus soins psychiatriques sans consentement », ont émis différentes réponses permettant de simplifier les modalités de recours à la dématérialisation et d'en garantir sa sécurité et sa fiabilité.

Ainsi, malgré ces quelques inquiétudes initiales de la part de certains agents, l'expérience de la dématérialisation des pratiques, comme nous l'avons déjà évoqué, a été étendue au-delà de la seule DT des Pyrénées-Orientales. Depuis lors l'apport en termes de simplification des pratiques a été reconnu par tous les agents ayant expérimenté à ce jour la dématérialisation en tout ou partie pour les échanges de données avec les partenaires extérieurs. Et en définitive, il est désormais admis que la dématérialisation des échanges de données est un levier d'amélioration intéressant pour la simplification des pratiques professionnelles d'une part, et pour la sécurisation de ces pratiques d'autre part.

Comme l'ont rappelés les agents des DT lors de la réunion de cadrage Siège/DT sur la loi modificatrice du 27 septembre 2013, le processus STARS sera relancé et la question de la dématérialisation des pratiques à nouveau abordée, avec cette fois-ci pour objectif d'aller plus loin que l'objectif premier d'harmonisation des pratiques. Cette nouvelle phase de travail avait été envisagée dès la visioconférence de lancement du processus STARS<sup>133</sup>. En effet, une des diapositives présentée précisait cette volonté de recherche progressive d'une optimisation de « l'organisation et [de] la répartition de la charge de travail », ce qui passera par « des pistes de simplification des tâches et de mutualisation des ressources ».

En d'autres termes, l'harmonisation des pratiques recherchée initialement et passant notamment par la mise en place de la dématérialisation constitue la porte d'entrée vers une plus grande mutualisation des ressources. Or, comme nous allons le mettre en évidence dans le point suivant, il me semble désormais opportun que cette mutualisation progressive des pratiques et des ressources aboutisse à terme à la centralisation de la gestion des dossiers relatifs aux soins psychiatriques sans consentement au niveau du Siège de l'ARS.

---

<sup>133</sup> Dans les faits, cette visioconférence avait précédé la première séance de travail du groupe de projet STARS et à laquelle j'ai pu assister en novembre 2012.

## 2 / La mutualisation des ressources, premier pas vers la centralisation des pratiques

Au préalable, il convient de mentionner le travail effectué par l'ARS Poitou-Charentes<sup>134</sup> dans le cadre de l'expérimentation de la démarche STARS, où un des projets mis au travail a porté sur les soins sans consentement<sup>135</sup>. Le point de départ de cette étude était double, avec une volonté affichée de régionalisation des fonctions supports et une volonté de prise en considération du départ à la retraite acté ou imminent de certains agents. Une réorganisation aura été proposée mais refusée par les agents des DT de l'ARS Poitou-Charentes. En conséquence, une équipe chargée de la gestion centralisée de l'ensemble des dossiers de soins psychiatriques sans consentement a été recrutée. Cette équipe, aujourd'hui rattachée à la DSP au Siège de l'ARS, n'a rencontrée aucune levée de mesures par le JLD pour non respect des délais par l'ARS et fait face un faible volume de contentieux. Ces éléments nous serviront de base comparative, ce contexte de la mutualisation et de la dématérialisation étant assez similaires à celui de l'ARS Languedoc-Roussillon.

Mme Annie VERNHET<sup>136</sup> avait souligné dès la première séance de travail du groupe de projet STARS que les agents des DT étaient enclins à s'engager dans la voie de l'harmonisation des pratiques, tout en s'opposant catégoriquement à toute démarche s'orientant vers la régionalisation des pratiques. Dès lors, il est fort à parier qu'une situation de refus se présenterait également en ARS Languedoc-Roussillon en cas de proposition de réorganisation des services avec centralisation au Siège de l'ARS. Ces craintes sont classiques, les agents s'inquiétant pour la pérennité de leur poste. Pourtant, il me semble que centralisation des pratiques constitue la réponse la plus pertinente à mettre en place à terme au vu des évolutions en cours et à venir du contexte en ARS Languedoc-Roussillon.

Tout d'abord, deux constats complémentaires peuvent être soulevés concernant la situation des agents actuellement en poste dans les DT. D'une part, les agents gérant ces dossiers sont des agents majoritairement proches de la retraite. A ce titre, il est d'ailleurs à noter qu'un des deux agents en poste dans les DT de la Lozère et de l'Hérault sont partis à la retraite<sup>137</sup> au cours de l'année 2013. D'autre part il est difficile de trouver des agents

---

<sup>134</sup> Pour rappel, l'ARS Poitou-Charentes est une des trois ARS qui avaient été retenue dans la phase initiale d'expérimentation du projet STARS.

<sup>135</sup> Les éléments faisant référence à la situation en ARS Poitou-Charentes sont tirés d'une synthèse de la conférence téléphonique qui s'est tenue suite à une sollicitation du groupe projet de l'ARS Languedoc-Roussillon.

<sup>136</sup> Agent de la DT du département du Gard traitant des dossiers de SPDRE et qui fût désignée comme agent des DT pilote du processus STARS engagée sur les « soins psychiatriques sans consentement ».

<sup>137</sup> L'agent de la DT de la Lozère n'ayant pas été remplacé alors que celui dans l'Hérault l'a été par une personne qui assurait régulièrement des remplacements pour le compte de l'agent titulaire, à savoir, Mme YZON.

remplaçants motivés à l'idée de devoir assumer les responsabilités qui découlent de la gestion de ces dossiers sensibles que sont les dossiers de soins sans consentement.

Par ailleurs, il est à noter que certaines questions liées à la gestion des dossiers de soins psychiatriques sans consentement sont d'ores et déjà centralisées au sein du Siège de l'ARS. En effet, la cellule juridique du DAG du Siège traite d'une part des contentieux sur les dossiers impliquant le représentant de l'Etat et assure d'autre part un appui juridique auprès des agents des DT qui sollicitent la cellule au gré de situations apparaissant comme plus complexes à traiter. Enfin, une spécificité doit être soulignée. Depuis une convention signée en 2013 la DT du Gard assure une partie de la gestion des dossiers de SPDRE pour le compte de la DT de la Lozère<sup>138</sup>.

C'est donc en tenant compte de l'ensemble de ces éléments de contexte qu'il me paraît opportun, à l'instar de ce qui a été fait en ARS Poitou-Charentes, que les pratiques professionnelles de l'ARS Languedoc-Roussillon sur la gestion des dossiers de soins psychiatriques sans consentement soient prochainement centralisées. Mais sachant que la volonté de centralisation des fonctions supports est moins affichée qu'en ARS Poitou-Charentes<sup>139</sup>, cette régionalisation des pratiques ne pourra pas intervenir à court terme.

## **B / Réflexions sur la place du préfet dans le dispositif des soins sans consentement**

Comme le souligne le député Denys Robillard dans son récent rapport d'étape relatif aux soins sans consentement<sup>140</sup>, « la loi de 2011, si elle a innové en faisant intervenir systématiquement le juge, n'a pas pour autant remis en cause le rôle du préfet dans la procédure de soins sans consentement, alors que les éléments de droit comparé (...) font apparaître que cette caractéristique constitue une « exception française ». Sur cette intervention du préfet dans le dispositif, « la mission a conclu que le préfet ne pouvait être exclu du dispositif des soins sans consentement ». Cependant, il me semble au contraire, pour diverses raisons qui vont être développées ci-après, que la place du préfet dans le dispositif devrait être totalement remise en cause, ou a minima, partiellement.

Tout d'abord, il convient de rappeler que « la place du représentant de l'Etat est déterminante, tant dans l'initiative des procédures (...) que dans les mainlevées »<sup>141</sup>. Or, il

---

<sup>138</sup> Plus précisément, pour rappel, au niveau des relations avec les services de préfecture.

<sup>139</sup> Comme en dénote l'absence de proposition d'un plan de réorganisation au niveau régional.

<sup>140</sup> ROBILLARD (D.), *Rapport d'étape relatif aux soins sans consentement*, pour la Commission des Affaires Sociales, in cadre de la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, mai 2013

<sup>141</sup> VACHERON (M.-N.), LAQUEILLE (X.), « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », Laennec, 2012/1 Tome 60, p. 10-23.

existe une contradiction aujourd'hui entre la réforme mettant en avant l'intérêt du patient et l'intervention du représentant de l'Etat guidée principalement pas des préoccupations d'ordre public plus que par des préoccupations de soins. Cette approche sécuritaire des soins sans consentement se rencontre en Languedoc-Roussillon, principalement dans le département des Pyrénées-Orientales, où il est à constater en sus que les décisions de mainlevées de la part du préfet de département sont très faibles. Et d'ailleurs, sur l'intervention du juge en aval du dispositif, au niveau de la levée des mesures, Denys Robillard concède que « le rôle du préfet dans la mainlevée des mesures de soins sans consentement (...) interroge sans doute davantage qu'au stade de la décision initiale ». Or, en prenant en compte le fait que le JLD intervient dans le suivi de la mesure jusqu'à sa mainlevée, on peut légitimement se demander si l'intervention du préfet ne devrait pas se limiter au stade de l'activation seule de la procédure. Dès lors, ce dernier ne jouerait plus qu'un rôle d'alerte.

Sachant que les procédures sont globalement reconnues comme complexes, et que, comme le précise Mme CAPO, des similitudes peuvent être identifiées entre les diverses procédures, le fait de cantonner le représentant de l'Etat à un rôle d'alerte plaide alors en faveur d'une unification des procédures où le représentant de l'Etat ne serait plus qu'un tiers au statut particulier<sup>142</sup>. Les procédures de SPDRE seraient ainsi supprimées et seul le JLD aurait le pouvoir de prononcer le maintien de la mesure au-delà de la période d'observation initiale des 72 heures. Le JLD interviendrait donc beaucoup plus tôt dans le dispositif, ce qui pourrait être intéressant du point de vue de la garantie des droits de la personne.

Par ailleurs, on peut envisager d'aller plus loin que cette forme de restriction partielle, certes conséquente, de l'intervention du représentant de l'Etat. En effet, la place même du représentant de l'Etat dans le dispositif me semble devoir être questionnée, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, rappelons que la refonte du dispositif par la loi du 5 juillet 2011 a considérablement amoindri les pouvoirs du représentant de l'Etat. Par ailleurs, ce dernier est assisté par les services de l'ARS dans la gestion des dossiers de SPDRE. Et considérant en sus que l'ARS est en charge de l'organisation territoriale de la réponse aux urgences psychiatriques, on peut se demander si l'intervention du représentant de l'Etat ne devrait pas être réattribuée en totalité à la seule ARS. Cette solution radicale aurait pour avantage de réduire le nombre d'interlocuteurs extérieurs, ce qui simplifierait donc d'autant les pratiques pour les agents assurant la gestion de ces dossiers. En outre, cette option s'inscrirait dans une approche sensiblement tournée vers la santé de la personne, le Directeur Général de l'ARS étant parfois considéré dans les faits comme un « préfet de santé ».

---

<sup>142</sup> Dans le cadre des entretiens pour le Module interprofessionnel de l'EHESP, j'ai pu évoquer cette thèse auprès de M. Serge Kannas, ancien coordonnateur de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM).

## Conclusion

En termes de bilan quant à la mise en application de la réforme relative aux soins psychiatriques sans consentement au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon, nous pouvons affirmer suite à la présente étude que cette réforme n'a pas été sans conséquences pour les pratiques professionnelles des agents des ARS.

A ce titre, alors que cette réforme a pu être considérée à prime abord comme un mariage forcé entre de nombreux acteurs aux préoccupations parfois divergentes<sup>143</sup>, il convient de souligner qu'en Languedoc-Roussillon les acteurs de la réforme ont su se mobiliser et ont appris progressivement à travailler ensemble pour que les objectifs inscrits dans la réforme<sup>144</sup> puissent être atteints correctement dans les faits. Néanmoins, comme nous l'aurons mis en évidence au cours de notre étude, le niveau de coordination et de coopération entre les différents acteurs reste très variable à ce jour.

En effet, les pratiques professionnelles, que cela soit au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon ou en lien avec les partenaires extérieurs, dénotent de grandes disparités territoriales. Ces disparités persistantes s'expliquent en partie car certains acteurs, après un peu de plus de deux ans d'application de la réforme, sont toujours en phase d'appréhension de l'esprit de la loi. Sur ce point, Mme CAPO considère que si les médecins psychiatres, le JLD, l'ARS Languedoc-Roussillon et les services préfectoraux mettaient en place une concertation sur les manières dont chacun appréhende la loi, cela permettrait d'y voir plus clair sur les positionnements professionnels afin de tendre vers une culture commune.

Autrement dit, des efforts restent donc à fournir pour développer cette culture commune à tous les acteurs de la psychiatrie. En ce sens, diverses pistes sont en cours d'activation ou restent encore à activer pour atteindre cet objectif d'harmonisation des pratiques entre acteurs d'une même institution et entre institutions partenaires. A ce titre, comme nous l'aurons mis en évidence dans cette étude, l'ARS Languedoc-Roussillon reste et restera la clef de voûte de la bonne coordination entre les acteurs de la psychiatrie.

Par ailleurs, en termes de bilan quant à l'application de la réforme du 5 juillet 2011 à un niveau plus global, il est tout d'abord incontestable que cette réforme était nécessaire en ce qu'elle permet à la France, par l'introduction du juge dans le dispositif, d'être plus en adéquation avec la législation européenne et les exigences du Conseil constitutionnel. Cependant, comme en atteste la loi modificatrice du 27 septembre 2013, cette réforme n'a

---

<sup>143</sup> A titre d'exemple significatif, on peut citer les préoccupations de respect d'ordre public face à celles de respect des droits des patients.

<sup>144</sup> Tournées clairement vers une meilleure reconnaissance des droits des patients.

sans doute pas épuisé toutes ses potentialités et ne devrait donc pas rester figée comme a pu l'être la réforme antérieure du 27 juin 1990.

D'ailleurs, dès l'adoption du projet de loi modificatrice de la réforme du 5 juillet 2011, Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé précisait que cette loi modificatrice ne constituait qu'un « point d'étape » sachant que « la santé mentale fera l'objet d'une attention particulière dans la loi qui mettra en œuvre la stratégie nationale de santé »<sup>145</sup>. Dans cette optique, selon Serge KANNAS, les sources futures de progrès en la matière impliquent initialement par une évaluation des concepts, tant au niveau de la prise en charge en psychiatrie, qu'au niveau de la santé mentale en général<sup>146</sup>.

Autrement dit, à terme, l'évolution des pratiques de l'ensemble des acteurs de la psychiatrie sur la question sensible des soins psychiatriques sans consentement ne pourra passer que par une approche en santé globale de la question, c'est-à-dire intégrant les dimensions sanitaires, sociales, et médico-sociales.

Enfin, pour conclure sur un plan plus personnel cette étude menée, je considère qu'avoir pu traiter de la problématique de la gestion des dossiers de soins psychiatriques sans consentement au niveau des ARS aura été pertinent par rapport à l'exercice prochain de mes fonctions en tant qu'IASS titulaire, et ce pour deux raisons principales. D'une part, ce travail aura été l'occasion pour moi d'appréhender une thématique complexe sur laquelle les IASS interviennent en première ligne<sup>147</sup>. D'autre part, c'est une thématique à laquelle je serai sans nul doute confronté sur mon lieu d'affectation, non pas au titre des missions centrales relevant de ma fiche de poste, mais au vu des astreintes administratives auxquelles je participerai pour le compte de la DT.

---

<sup>145</sup> Ce que Madame la Ministre Marisol Touraine a rappelé lors de la présentation du projet de feuille de route de la Stratégie nationale de la Santé, le 23 septembre 2013.

<sup>146</sup> Ce constat est largement partagé par l'ARS Languedoc-Roussillon, tant au niveau du Siège que des DT, comme ont pu m'en témoigner notamment Mme BANDOUI, ou encore Mme GRELLIER.

<sup>147</sup> Comme c'est le cas en ARS Languedoc-Roussillon le personnel d'encadrement est composé en grande majorité d'IASS de formation.



---

## Bibliographie

---

### **Textes législatifs et réglementaires :**

- Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés, dite loi « Esquirol »
- Loi n° 1985-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social
- Loi n° 1985-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique
- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- Projet de loi n° 2494 du 5 mai 2010 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Lettre rectificative n° 3116 du 26 janvier 2011 au projet n° 2494
- Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatrique
- Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Instruction DGS/MC4 n° 2011-66 du 11 février 2011 relative au rôle des agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office
- Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques
- Circulaire n° DGOS/R4/2011/32 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
- Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

### **Codes en vigueur utilisés :**

- Code de la Santé Publique
- Code de Procédure Pénale

### **Jurisprudences et notes :**

- Conseil Constitutionnel, décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010
- Conseil Constitutionnel, décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011
- Conseil Constitutionnel, décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011
- Conseil Constitutionnel, décision n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011
- Conseil Constitutionnel, décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012

### **Rapports, enquêtes, études et dossiers documentaires divers :**

- STROHL (H.), CLEMENTE (M.), *Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, Rapport n° 97081, septembre 1997
- PIEL (E.), ROELANDT (J.-L.), *De la psychiatrie vers la sante mentale*, Rapport de mission ministériel, juillet 2001, 86 pages
- Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, Ministère de la Santé
- Haut Conseil de la Santé Publique, *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, Collection évaluation, octobre 2011
- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Ministère de la Santé
- BLISKO (S.), LEFRAND (G.), *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*. Assemblée nationale, n° 4402, 22 février 2012
- COCHEZ (F.), GADRAT (X.), *Les soins psychiatriques sans consentement, après la loi du 5 juillet 2011*, cahier ASH, mars 2012, 101 pages.
- DUPUY (O.), *Loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge – Analyse et proposition de modification*, note juridique, version 3, remise le 30 septembre 2012
- LOPEZ (A.), YENI (I.), VALDES-BOULOUQUE (M.) et CASTOLDI (F.), *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*, Rapport IGAS (n° 2004 064) et IGSJ (n° 11/05), mai 2005

- ROBILLARD (D.), *Rapport d'étape relatif aux soins sans consentement*, pour la Commission des Affaires Sociales, dans le cadre de la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, mai 2013

### **Articles de revues :**

- Pluriels, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *La loi du 5 juillet 2011 : un progrès pour l'accès aux droits des patients ?*, n° 99-100, mars 2013
- BLAY-GRABARCZYK (K.), Le régime de l'hospitalisation sous contraintes, in *Revue Française de Droit Administratif*, 2012, pages 629 et suivantes
- CARIA (A.), DEFROMONT (L.), ROELANDT (J.-L.), *Santé mentale : images et réalités – Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France*, in *l'Information Psychiatrique*, Vol. 79, n° 10, 2003, pages 887 à 894
- LECLERC (H.), *La loi du 5 juillet 2011 : le juge et le fou*, in *Journal français de psychiatrie*, 2010/3 n° 38, pages 22 à 24
- VACHERON (M.-N.), LAQUEILLE (X.), « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », *Laennec*, 2012/1 Tome 60, pages 10 à 23

### **Documents internes à l'ARS Languedoc-Roussillon :**

- Démarche d'amélioration des processus – Soins psychiatriques sans consentement, *Réunion d'information*, 15 novembre 2012
- Démarche d'amélioration des processus – Soins psychiatriques sans consentement, *Synthèse des ateliers de travail à date*, 28 novembre 2012
- Démarche d'amélioration des processus – Soins psychiatriques sans consentement, *Analyse de la main courante en période d'astreinte*, 28 novembre 2012
- Démarche d'amélioration des processus – Soins psychiatriques sans consentement, *Synthèse de la conférence téléphonique sur l'expérience de l'ARS Poitou-Charentes*, 17 décembre 2012
- Démarche d'amélioration des processus – Soins psychiatriques sans consentement, *Point d'étape*, version définitive du 19 janvier 2013
- Information ministérielle transmise le 2 octobre 2013 aux instructeurs des dossiers dans les ARS.

### **Sites internet consultés :**

- <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr>
- <http://www.assemblee-nationale.fr>
- <http://www.cairn.info>
- <http://www.conseil-constitutionnel.fr>
- <http://www.dalloz.fr>
- <http://www.fnapsy.org>
- <http://www.legifrance.fr>
- <http://www.lexisnexis.fr>
- <http://www.psychiatrie.crupa.asso.fr>
- <http://www.sante.gouv.fr>
- <http://www.unafam.org>
- <http://www.vie-publique.fr>
- [http://www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)

### **Autres sources :**

- Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony, le 2 décembre 2008
- Intervention de Mme Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Présentation du projet de feuille de route de la Stratégie nationale de Santé, le 23 septembre 2013

---

## Liste des annexes

---

### **Annexe 1 / Répertoire des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude**

Dans un souci de clarté de présentation de cette annexe, des précisions sont à apporter sur les modalités de classement retenues. D'une part, le listing des personnes ressources rencontrées sera construit de façon chronologique, périodes de stage par périodes de stage. D'autre part, au sein de chaque période de stage, une distinction sera faite entre les personnes ressources rencontrées au cours d'entretien individuels et les personnes ressources côtoyées au cours des principales réunions de travail auxquelles j'ai été associé. Dans le second cas, les informations utiles recueillies pour la réalisation de mon travail relèvent soit des témoignages spontanés des agents, dès lors que le cadre de la réunion les y invitait, soit d'une invitation en dehors des temps consacrés à la réunion<sup>148</sup>.

#### **Lors du stage d'observation – Novembre 2012 :**

- Participation aux deux premières réunions de travail du groupe projet STARS « processus soins psychiatriques sans consentement ». Ce groupe de travail m'aura permis de côtoyer les personnes ressources suivantes :
  - Mme JUNQUA, Inspectrice Hors Classe de l'Action Sanitaire et Sociale, représentant du Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires sociales, Directrice de projet Coordination et animation du réseau ARS.
  - M. BONNIER, agent de la DSP au Siège de l'ARS, référent régional du groupe projet.
  - Mme DELON, agent de la DT de l'Aude au sein de la cellule Hospitalisations sous contraintes de l'Unité Veille et Sécurité Sanitaire.
  - Mme VERNHET et Mme TOUZOT, agents de la DT du Gard en charge des hospitalisations sous contraintes au sein du Pôle Santé Environnement.
  - Mme PUJOL, agent de la DT de l'Hérault relevant de la cellule Hospitalisation sans consentement au sein du pôle Offre de Soins et Autonomie.
  - M. FABRE, chargé des ressources humaines de proximité au service des fonctions supports, représentant la DT de la Lozère.

---

<sup>148</sup> Echanges qui se sont alors tenus lors des pauses de demi-journée ou en fin de réunion.

- Mme REBUJENT, agent de l'Unité de soins de premiers recours – Hospitalisation sous contraintes au sein de la DT des Pyrénées-Orientales.
- M. DAFOUR, IASS responsable de l'Unité de soins de premiers recours – Hospitalisation sous contraintes au sein de la DT des Pyrénées-Orientales.
- Mme CAPO, IASS relevant de la cellule juridique du DAG du Siège de l'ARS.

#### **Lors du Module interprofessionnel de l'EHESP – Mai 2013 :**

- Rencontre de différentes personnes ressources avec lesquelles j'ai pu avoir quelques échanges rapides en fin de l'entretien principal :
  - M. BITTON, un usager, Président de l'Association CRPA, rencontré au siège de la MNASM à Paris.
  - M. KANNAS, médecin psychiatre et ancien coordonateur de la MNASM, rencontré au siège de la MNASM à Paris.
  - Mme CAPO, IASS rencontré à Montpellier au Siège de l'ARS Languedoc-Roussillon (2<sup>ème</sup> contact).
  - Mme GRELLIER, Inspecteur Hors Classe de l'Action Sanitaire et Sociale, responsable de l'unité de soins de premiers recours au sein du pôle Offre de Soins et Autonomie à la DT de l'Hérault (1<sup>er</sup> contact).

#### **Lors du stage d'exercice professionnel – Mai/Juin et Août/Octobre 2013 :**

- Une série d'entretiens individuels programmés dans le courant du mois d'octobre<sup>149</sup> :
  - Mme GIACOMINI, agent en charge des dossiers de SPDT au sein de la cellule Hospitalisation sans consentement au pôle Offre de Soins et Autonomie de la DT de l'Hérault.
  - Mme YZON, agent en charge des dossiers de SPDRE au sein de la cellule Hospitalisation sans consentement au pôle Offre de Soins et Autonomie de la DT de l'Hérault.
  - Mme CAPO, pour une dernière rencontre sous forme d'entretien.
  - Mme GRELLIER, pour une dernière rencontre sous forme d'entretien.
- Participation à la visioconférence Siège/DT où une grande partie des personnes ressources précitées ont fait le point sur la loi du 27 septembre 2013 portant modification de celle du 5 juillet 2011.

---

<sup>149</sup> La décision de repousser ces entretiens au moi d'octobre tient au fait que la loi modificatrice allait être obligatoirement adoptée avant le 1<sup>er</sup> octobre 2013.

## **Annexe 2 / Grille d'entretien brute, modulée selon les personnes rencontrées**

### **Point n° 1 – Le profil de la personne rencontrée individuellement :**

- Quelle est votre fonction au sein de l'ARS ?
- Quel rôle spécifique jouez-vous dans l'application de la réforme ?

### **Point n° 2 – L'identification du contexte propre au Languedoc-Roussillon :**

- Pouvez-vous me parler du contexte régional de la psychiatrie ?
- Quelles sont les principales problématiques régionales/départementales ?

### **Point n° 3 – L'intérêt de la réforme du 5 juillet 2011 :**

- Quels sont pour vous les apports de la loi du 5 juillet 2011 ?
- Quelles sont pour vous les faiblesses de la loi du 5 juillet 2011 ?
- Considérez-vous que cette réforme de la loi du 27 juin 1990 était nécessaire ?

### **Point n° 4 – L'accueil de la réforme du 5 juillet 2011 :**

- Quel a été le niveau d'anticipation de la loi par l'ARS ?
- Quelle a été la place du Siège de l'ARS vis-à-vis des DT ?
- Quel a été votre ressenti personnel sur l'accueil de cette loi à l'ARS ?
- Quel a été le niveau d'anticipation de la réforme par les partenaires extérieurs ?

### **Point n° 5 – L'impact sur les pratiques professionnelles :**

- Les agents ont-ils eu réellement envie de s'interroger sur leurs pratiques ?
- Les pratiques professionnelles ont-elles été réellement remises en cause ?
- Quelles sont les principales évolutions constatées ?
- Pouvez-vous m'en dire plus sur l'application HOPSY ?
- Ce logiciel a-t-il fait l'objet d'une mise à jour avec la réforme ?
- Considérez-vous que cette loi apporte une réelle plus-value dans les pratiques ?

### **Point n° 6 – Gestion des délais / Relations avec les partenaires extérieurs :**

- Quel est l'état des relations avec les services préfectoraux ?
- Comment sont organisées/gérées les astreintes au sein de l'ARS ?
- Y-a-t-il des difficultés concernant la mobilisation des établissements d'accueil ?

**Point n° 7 – La sécurité juridique des pratiques professionnelles :**

- Selon vous, la loi a-t-elle l'effet escompté en termes de sécurisation ?
- Concernant les contentieux, quels sont les motifs les plus fréquemment invoqués ?
- Les prononcés de mainlevée des mesures sont-ils fréquents ?

**Point n° 8 – La démarche d'amélioration des processus (STARS) :**

- Pouvez-vous me parler de la démarche de projet STARS ?
- Quels sont les leviers d'amélioration des pratiques qui en sont ressortis ?
- Ces leviers sont-ils effectivement mis en œuvre par les agents aujourd'hui ?
- Ce processus va être relancé, quels en seront les principaux axes mis au travail ?

**Point n° 9 – La loi modificatrice du 27 septembre 2013 :**

- Que pensez-vous que cette loi modificatrice va changer ?
- Les changements apportés vous paraissent-ils opportuns ?
- Quels sont les impacts majeurs sur les pratiques professionnelles ?

**Point n° 10 : Les perspectives d'évolution du dispositif :**

- Quels axes envisageriez-vous pour améliorer les pratiques des agents en ARS ?
- Quels axes envisageriez-vous pour améliorer le dispositif au niveau national ?



<b>MOURET</b>	<b>Guillaume</b>	<b>Mars 2014</b>
<b>IASS</b> Promotion 2012-2014		
<b>La réforme du 5 juillet 2011 relative aux soins psychiatriques sans consentement : conséquences sur les pratiques professionnelles au sein de l'ARS Languedoc-Roussillon</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Une réforme notoire des modalités de prises en charge des soins psychiatriques sans consentement est intervenue le 5 juillet 2011. Des changements ont d'ores et déjà été apportés à cette réforme par une loi modificatrice du 27 septembre 2013.</p> <p>Le point focal d'évolution des procédures et des pratiques réside dans l'introduction d'un acteur supplémentaire dans le dispositif : le juge des libertés et de la détention. Ce dernier intervient dans le contrôle et le suivi des mesures de maintien du patient en soins sous forme d'hospitalisation complète.</p> <p>Cette modification du dispositif a bouleversé les rapports de force entre les différents acteurs de la psychiatrie concernés, ce qui a un impact sur les pratiques professionnelles pour les agents en ARS qui sont sollicités à titre principal pour la gestion des dossiers de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat.</p> <p>L'ARS Languedoc-Roussillon a tout mis en œuvre pour accueillir au mieux cette réforme survenue au cours de l'été 2011. Malgré ce, des difficultés sont rencontrées par les agents de l'ARS au niveau de la gestion de ces dossiers administrativement complexes, que ce soit en interne ou en lien avec les partenaires extérieurs dont les services préfectoraux. De par ce fait, de grandes disparités territoriales sont également relevées.</p> <p>Cet ensemble a mis en évidence la nécessité d'harmonisation et de simplification des pratiques, au niveau des différentes DT d'une part, et au niveau des relations partenariales avec les autres acteurs. L'objectif visé est la sécurisation juridique des procédures. A ce titre, un des leviers majeurs identifié est la dématérialisation des échanges au niveau des institutions et entre institutions.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>SANTE MENTALE / PSYCHIATRIE / POLITIQUE PSYCHIATRIQUE / POUVOIRS PUBLICS / HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE / REFORME / ARS / PREFET / SPDRE / ORGANISATION / PROCESSUS / HARMONISATION</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		