

# Réforme des soins psychia

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 est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> août, non sans poser de nombreuses questions aux structures de soin comme aux institutions judiciaires.

Pendant 150 ans, la vieille « loi Esquirol » (loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838) avait su trouver un équilibre entre liberté individuelle, ordre public, santé des personnes et souhaits des familles. Puis, pendant vingt ans, 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, en a conservé l'économie en la toilettant, la modernisant et la complexifiant un peu. Certes, elle majorait le nombre de certificats médicaux, introduisait l'hospitalisation libre et les sorties d'essai (ces deux modalités existaient déjà dans la pratique, sur le fondement de textes non législatifs (1), (2)) et créait une Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP). Mais ces deux lois ne concernaient que les soins, notamment sous contrainte, en établissements habilités. Or, des tragédies, et notamment celle de l'hôpital psychiatrique de Pau en décembre 2004 (3) et celle de Grenoble en novembre 2008 (4), ont fait prendre l'option politique de pouvoir aussi imposer des soins à l'extérieur des hôpitaux.

On aurait pu s'en tenir à cette extension, si le Conseil constitutionnel n'avait pas imposé l'intervention du juge dans le

cas des soins sur demande d'un tiers (5), puis dans celles prises par le représentant de l'État (6). Il est vrai qu'en principe, le juge offre de plus grandes garanties que le préfet, comme l'ont bien compris la majorité des États européens. En effet, alors que le préfet est aux ordres du gouvernement, le juge du siège est indépendant, impartial et inamovible. De plus, la Constitution précise que c'est « l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, qui assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi » (7). La nouvelle 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 (8) permet donc d'imposer des soins, non seulement à l'hôpital, mais également à l'extérieur, selon des modalités très variées et cumulables. Et elle ajoute des contrôles par le juge des libertés et de la détention (JLD), tout en conservant le préfet dans le dispositif. Il en résulte un ensemble complexe de multiples procédures et de situations litigieuses, entré en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> août 2011.

Dans l'exposé des motifs de la loi (9), Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports, retenait notamment comme arguments :

- les évaluations effectuées par les inspections générales de différents ministères (Affaires sociales, Justice, Intérieur) ;
- la possibilité de pouvoir accéder aux soins, puis d'assurer leur continuité ;
- le constat que la seule possibilité « contraignante » à l'extérieur de l'hôpital, constituait en sorties d'essai (que l'usage, il est vrai, assortissait fréquemment d'une

obligation de soins, alors que la loi ne le prévoyait pas) ;

- les principales propositions des organisations d'usagers et de professionnels de la psychiatrie ;

- la nécessité de pouvoir surveiller certains patients susceptibles de présenter un danger pour autrui.

Par ailleurs, en 2010 (10) et en 2011 (11), la France venait d'être condamnée à deux reprises par la Cour européenne des droits de l'homme, parce que le juge n'avait pas statué assez rapidement sur la demande de sortie immédiate. Soulignons que les soins librement consentis ne sont pas concernés par ces nouvelles dispositions législatives, sauf si, comme auparavant, la personne veut les interrompre alors qu'ils paraissent indispensables. Ils peuvent donc, comme auparavant, se voir imposer en respectant les procédures prévues à cet effet.

## CE QU'IL FAUT RETENIR

Nous allons détailler dans ce qui suit les nouvelles modalités de la loi du 5 juillet 2011, en vigueur depuis quelques semaines.

### • Le déclenchement de soins obligatoires

- **L'hospitalisation complète** devient une modalité de soins obligatoires parmi d'autres (hospitalisation de jour, de nuit, consultations au CMP, ateliers thérapeutiques, traitements médicamenteux oraux et/ou parentéraux, visites à domicile, etc.). Cependant, toutes ces mesures contraignantes débutent obligatoirement par une période d'hospitalisation complète de 72 heures.

---

## Michel GODFRYD

---

Psychiatre des hôpitaux, Ancien chef de service, DEA de droit public, Établissement public de santé Barthélemy-Durand, Étampes (91).

# triques : les points clés



– **Comme auparavant et dans les mêmes conditions, les soins psychiatriques sans consentement** peuvent être décidés par le préfet. De même, en cas d'urgence, les maires (à charge d'en référer au préfet) et à Paris, les commissaires de police, peuvent toujours prendre les mesures provisoires, valables 48 heures.

– **Le directeur** peut également prononcer la décision d'admission :

- comme antérieurement en « HDT » (Hospitalisation sur la demande d'un tiers), nécessitant deux certificats médicaux et une demande manuscrite de tiers ;

- comme auparavant en cas d'urgence, c'est-à-dire « *lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* » (ex « *péril imminent* »), avec un seul certificat médical.

- en cas de péril imminent « *pour la santé de la personne* » : un seul certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers (qui doit être justifiée).

Naturellement, les soins peuvent également être imposés, comme c'était déjà le cas, par une juridiction de jugement (tribunal correctionnel, cour d'appel ou cour d'assises ou par le préfet, pour une personne en Unité pour malades difficiles – UMD).

## • La période initiale de 72 heures

– **Pendant une période initiale d'observation et de soins**, un médecin réalise un examen somatique complet et un psychiatre confirme ou non la nécessité de maintenir la prise en charge psychiatrique. On peut s'interroger sur cette durée de 72 heures, baptisée par certains « garde à vue psychiatrique ». Relevons que déjà dans le Rapport de l'IGAS de 1997, il était proposé « *de faciliter un accès rapide aux soins par l'instauration d'une période d'orientation et d'observation de 72 heures* » (12). Mais il a aussi été soutenu que « *la période d'observation de 72 heures est une légalisation d'une pratique largement développée dans nombre de services d'urgence psychiatriques* » (13).

– **À l'issue de ces 72 heures**, un psychiatre de l'établissement (qui peut être le même que celui qui a rédigé le certificat de 24 heures, sauf en cas de péril imminent ou d'urgence) (cf. *infra*) établit un nouveau certificat dans lequel il propose le cadre définitif de la prise en charge : maintien de l'hospitalisation complète

ou passage à une forme alternative. Dans ce dernier cas, il établit un « programme de soins ».

– **La période de 72 heures** prend effet dès que le patient est hospitalisé, même si c'est à l'hôpital général, où il ne peut pas rester plus de 48 heures (sauf cas de force majeure, par exemple en réanimation). Si le délai dépasse 48 heures, la décision de soins psychiatriques ne peut pas être prise.

– **Si la période atteint 24 heures**, le certificat pourra être établi par le psychiatre qui a assuré sa prise en charge, dès lors que celui-ci n'a pas rédigé le certificat initial.

– **Quant à l'examen somatique complet**, la loi n'en dit rien de plus. Que recouvre l'adjectif « complet » ? Force est de rappeler que l'examen physique des patients était déjà pratiqué, à la recherche d'une affection somatique à expression psychiatrique ou bien ayant déclenché ou accompagnant les troubles mentaux.

La fiche de liaison de l'hôpital général ou le certificat du médecin généraliste (en cas d'hospitalisation psychiatrique directe) feront donc foi de cet examen somatique complet, que rien n'empêche d'ailleurs de compléter dans l'établissement ou le service psychiatrique.

## • Le certificat de huitaine et les mensuels

– **Après le 5<sup>e</sup> jour et au plus tard le 8<sup>e</sup> jour** à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires (art. L.3212-7, Code de la santé publique – CSP). Ce certificat doit être accompagné de « l'avis » d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient. Cet avis concerne la pertinence de la poursuite de l'hospitalisation, ainsi que la capacité, pour la personne, d'être entendue par le juge des libertés et de la détention (JLD).

Cet avis mobilise un second psychiatre, c'est-à-dire un médecin spécialiste en psychiatrie inscrit au tableau de l'Ordre départemental des médecins. Or, de nombreuses structures fonctionnent à effectifs réduits, avec des attachés et/ou des assistants qui ne peuvent donc pas établir ces avis. De plus, si le second certificat d'admission (dans le cadre d'une demande de tiers) a été établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, les certificats suivants devront l'être par un autre psychiatre.

– **En cas de péril imminent et d'urgence**, le certificateur du « 72 heures » ne peut pas être celui qui a établi le certificat initial. Dans ces cas, avec le certificat de 24 heures, celui de 72 heures et l'avis, on ne compte pas moins de trois interventions de psychiatres. Il ne sera pas toujours possible de les trouver, sans parler même de leur disponibilité, surtout dans les services à effectifs restreints.

Observons, par ailleurs, que le patient va faire l'objet de plusieurs examens par des médecins différents. Or, comme il est, par hypothèse, au début de sa période aiguë, toutes ces mesures risquent de l'inquiéter, de l'agiter, de le rendre éventuellement plus confus ou délirant. Cet excès bien inutile de précautions (toujours le mythe de l'internement arbitraire ou abusif) quant au respect de la liberté individuelle (14), entre en contradiction avec le principe constitutionnel du droit à la protection de la santé (15).

– **Si les soins obligatoires** se poursuivent, des certificats médicaux mensuels doivent être régulièrement établis.

## • L'intervention du juge des libertés et de la détention

– **Le JLD se prononce avant un délai de 15 jours** à compter de l'admission en hospitalisation complète et avant l'expiration de chaque période de 6 mois. Il peut ordonner une expertise, ce qui prolonge le délai d'une durée maximale de 14 jours. Mais en l'absence de décision, la mainlevée est acquise.

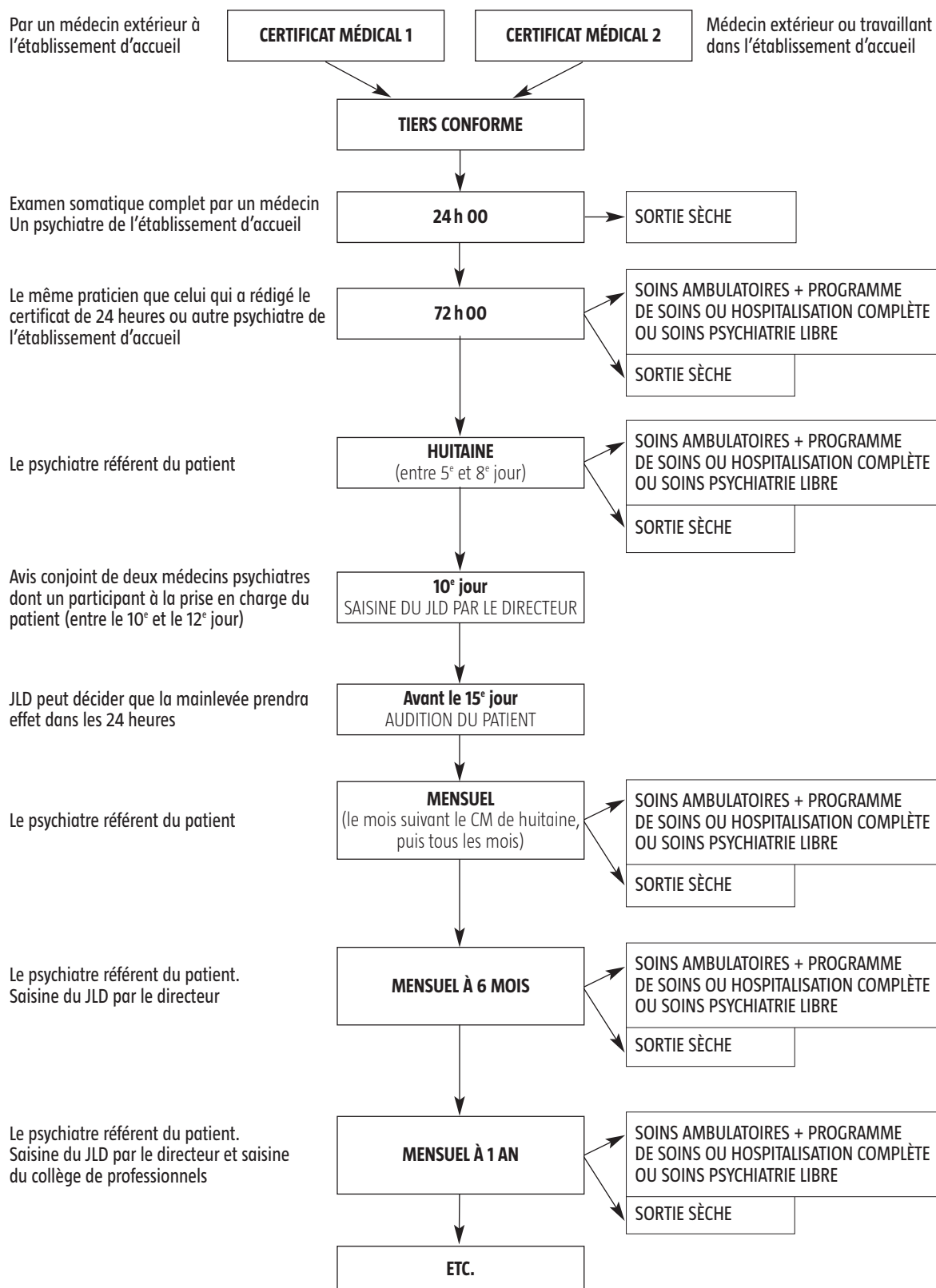
Quand le juge ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il peut décider qu'elle s'effectuera dans un délai maximal de 24 heures, de façon à ce qu'un programme de soins puisse éventuellement être établi.

– **Le JLD statue en audience publique**, après débat contradictoire, le patient pouvant le cas échéant être assisté d'un avocat. En cas d'impossibilité d'être entendu, l'intéressé est représenté par un conseil, commis d'office au besoin.

Cependant, s'il existe un risque d'atteinte à la vie privée ou de désordre de nature à troubler la sérénité de la justice, le juge peut ordonner que l'audition du patient se fasse en chambre du conseil (salle du tribunal où se tiennent les audiences non publiques au civil) (16).

– **Le magistrat statue au siège du tribunal de grande instance (TGI)** (art. L.3211-12-2, CSP). C'est lui qui fixe la date, l'heure, le lieu et les modalités de tenue

### Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (Art. L.3212.1) Procédure dite classique



Source : CHT parisien pour la psychiatrie

de l'audience (17). Toutefois, il peut être décidé qu'une salle d'audience sera spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil. De même, des moyens de télécommunication audiovisuelle peuvent être utilisés, après avis médical et en l'absence d'opposition du patient.

Depuis le 1<sup>er</sup> août 2011, quelques éléments apparaissent à l'issue des audiences publiques qui ont eu lieu. Certes, la publicité des débats est conforme à l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, ainsi qu'à la jurisprudence de la Cour de Strasbourg (qui assure l'application de cette Convention). Mais dans le cas de « malades mentaux », être transporté au tribunal, venir à la barre, s'entendre dire publiquement par un juge que l'on est « un alcoolique » ou « un psychotique », que l'on est « agressif » et « dangereux », pose problème. Si, pour certains, on peut supposer que le rappel de la loi aura des effets bénéfiques, pour beaucoup d'autres, on imagine facilement que cette situation puisse être traumatisante et anti-thérapeutique. Alors qu'avec les chartes du patient de 1995, et celle de 2006 (18), puis la « loi Kouchner » de 2002 (relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé), les droits des malades ne cessent d'être proclamés et mis en exergue, le « psychodrame » qui risque de se jouer au TGI semble aller à l'inverse de ces acquis. L'intimité, la vie privée, les symptômes, les comportements de l'intéressé sont bafoués, dans un lieu où attendent patients et infirmier(ère)s. Sur le plan strictement juridique, le principe constitutionnel du respect dû à la personne humaine n'est pas respecté (19). Et il en va de même du principe juridique que représente la garantie de la protection de la santé (15).

– **À tout moment, comme sous l'empire de la précédente législation, le JLD peut se saisir d'office** ou être saisi par toute personne concernée, y compris l'intéressé lui-même. Notons que les contentieux sont assez rares, même si leur nombre a augmenté depuis 1990 pour atteindre 1 000 décisions par an (20).

– Toutefois, si le patient a fait l'objet d'une **décision d'irresponsabilité pénale et/ou d'un séjour en Unité pour malades difficiles** (au-delà d'une durée qui sera fixée par voie réglementaire), le JLD ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège de professionnels (composé du psychiatre traitant, d'un psychiatre ne

soignant pas le patient et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge). La procédure visant à un éventuel élargissement de la mesure se voit par conséquent particulièrement renforcée et complexifiée.

– **À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013**, le contentieux de l'hospitalisation sans consentement sera attribué en totalité au tribunal de grande instance (TGI). Jusqu'à présent, la régularité des arrêtés d'hospitalisation d'office relevait du tribunal administratif (21). En revanche, le bien-fondé de la mesure (21) et l'attribution éventuelle de dommages-intérêts étaient décidés par le tribunal de grande instance (22). Désormais, le contentieux sera unifié et le TGI sera seul compétent, y compris pour juger de la régularité des décisions administratives (*op. cit.*, art. 18.). Cependant, l'octroi de dommages-intérêts dépend désormais, non pas du bien ou du mal fondé de la mesure d'hospitalisation, mais de sa seule illégalité (23).

### • Les droits des patients

– **Les droits des patients** se voient en principe renforcés par la nouvelle loi, à laquelle fait suite un décret du 18 juillet 2011 (24).

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins, la personne est, dans la mesure où son état le permet, informée du projet et mise à même de faire valoir ses observations (art. L. 3211-3, CSP). L'intéressé doit également être instruit de ses droits, de sa situation juridique et de la possibilité de former un recours.

– **Les sorties de courte durée** (12 heures au maximum) sont réalisables pour les patients en hospitalisation complète. Le patient doit être accompagné par un membre de sa famille, la personne de confiance qu'il a désignée, ou par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement. La sortie vise en principe un but thérapeutique ou une régularisation de démarches administratives.

– **La Commission départementale des hospitalisations psychiatriques** (CDHP) est remplacée par la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Ses compétences se voient élargies. Elle peut, notamment, saisir le préfet, ou proposer au JLD la levée de la mesure de soins psychiatriques. De même, cette dernière peut-être prononcée par le directeur de l'établissement à la demande de la CDSP (art. 3212-9, CSP).

– **Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté** s'ajoute à la liste des autorités avec lesquelles le malade peut communiquer (art. L.3211-3, CSP).

Mais rappelons ici, que, en matière de droits des patients, la publicité de l'audience ne respecte ni la vie privée ni la dignité. Quant aux questions posées par certains JLD, elles s'apparentent davantage à celles d'un magistrat-instructeur qu'à celles d'un défenseur des libertés publiques.

### • Le rôle du directeur de l'établissement

– **Après la loi dite « HPST » de 2009 (25), la loi du 5 juillet 2011 attribue de nouvelles compétences au directeur.** S'appuyant sur le certificat médical de huitaine ou sur l'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge, le directeur peut prendre une décision de maintien des soins pour une durée maximale d'un mois. Cette décision est renouvelable par périodes d'un mois également, au vu d'un certificat médical établi dans les trois derniers jours de la période en cause (art. L.3212-7, CSP).

– **Si le maintien en soins sans consentement excède une période d'un an**, le directeur réunit un collège de professionnels (*cf. supra*).

– **Dans le cas où le préfet ne suit pas l'avis du psychiatre** qui constate que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire, le directeur de l'établissement fait examiner le patient par un deuxième psychiatre qui rend un avis dans les soixante-douze heures. Si ce second avis confirme le premier, le préfet doit suivre l'avis médical et ordonner soit la mainlevée de l'hospitalisation complète soit sa transformation en une autre mesure de soins.

– **Lorsque le préfet n'ordonne pas la levée d'une hospitalisation complète**, proposée par le psychiatre, le directeur de l'établissement d'accueil doit saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) afin qu'il statue à bref délai (sauf si cette divergence intervient dans les 15 jours de l'hospitalisation car le juge doit, de toute façon, se prononcer dans ce délai) (art. L. 3213-5, CSP). Le gouvernement a indiqué que ces articles devaient être combinés de la manière suivante : lorsque les deux avis médicaux sont concordants pour une sortie, le préfet doit l'ordonner. Lorsque les deux avis médicaux sont divergents et que le préfet n'ordonne pas la sortie, la situation est soumise au contrôle du JLD (26).

– **La levée des contraintes** pourra survenir sur demande du tiers mais c'est désormais



© Epictura

le directeur de l'établissement, et non plus le préfet, qui pourra s'y opposer, si un péril imminent pour la santé du patient est établi (art. L.3212-9, CSP).

#### • Autres dispositions

– **Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement** prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète, s'il est établi par une expertise que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (art. 706-135, Code de procédure pénale, CPP).

– **De même, lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne** lui fait bénéficier, sur le fondement du premier alinéa de l'article 122-1 du Code pénal, d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale. Dans toutes ces situations, le préfet ne peut décider de mettre fin à une mesure de soins psychiatriques qu'après avis du

collège mentionné ci-dessus, ainsi qu'après deux avis concordants sur l'état mental du patient émis par deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement d'accueil (art. L.3213-5-1, CSP).

– La même procédure s'applique, lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, **d'une hospitalisation dans une Unité pour malades difficiles.**

– **Ces mesures ne sont pas ou plus applicables**, lorsque les soins ont pris fin depuis au moins dix ans (art. L. 3213-8, CSP). Rappelons que jusqu'à présent, seuls étaient requis les avis concordants de deux psychiatres.

La nouvelle loi ajoute une précaution supplémentaire en prévoyant la sollicitation du collège. Sans compter que finalement, ces cinq personnes ne donneront qu'un avis au préfet, qui demeure seul à décider de la mesure à prendre. Ici également, la procédure concernant une éventuelle sortie est renforcée.

#### EN GUISE DE CONCLUSION

Avec le recul de près de deux mois d'application, quelques impressions se dégagent déjà, même, s'il est vrai, les dés roulent

encore... Les nouvelles dispositions, particulièrement nombreuses et complexes, semblent être plus de nature sécuritaire que d'ordre thérapeutique. Les droits des patients y apparaissent en recul, notamment en raison de la majoration des contraintes pesant sur eux, ainsi que du non-respect de leur dignité à l'occasion des audiences publiques.

– **Les infirmiers** sont le plus souvent dans l'obligation de transporter, surveiller et garder les patients au siège du tribunal de grande instance (qui peut être distant de 50 km), et ce, à effectifs constants. Par exemple, au tribunal d'Évry (91), le 10 août 2011, ce sont seize infirmiers et huit patients, qui, avec trois minibus, ont fait le déplacement (27).

– **Les psychiatres** sont tenus de rédiger une kyrielle de certificats (cinq en cinq jours, souvent par trois psychiatres différents) et de donner des avis rapides concernant des patients qu'ils ne connaissent pas (contrairement aux équipes qui en assurent la prise en charge).

– **Les secrétaires** passent un temps considérable à taper les certificats, les avis (individuels, experts et collégiaux) et les programmes de soins. Le JLD lui-même

ne se voit accordé « aucune marge de manœuvre en terme de pouvoirs d'investigation ou de délai, alors [qu'il] fait déjà face à une insuffisance de moyens allié à une surcharge de travail » (28).

– **Le juge** ne voit les patients que tous les six mois, si l'hospitalisation continue se poursuit. Quant aux intéressés, ils ont l'impression d'être traités plus comme des délinquants que comme des malades.

– **La nouvelle procédure est mixte**, judiciaire et administrative. Il aurait été plus rationnel de l'unifier, en la judiciarisant complètement. Quant au juge, il serait plus simple qu'il vienne à l'hôpital, plutôt de faire se déplacer au tribunal une trentaine de personnes, sans compter que la sécurité de tous est difficile à assurer pendant les déplacements ; la nouvelle loi le prévoit d'ailleurs expressément. Les soignants ne perdraient pas une demi-journée à l'extérieur de leur service.

– **Reprenons, in fine, certaines craintes et critiques** de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCNDH) en mars 2011 (28). « *La dérogation au droit de tout malade de consentir aux soins [...] pourra être exercée entre les murs d'un établissement mais également hors les murs, sans accroche territoriale, ce qui rend plus difficile tout contrôle de la nécessité ou de la proportionnalité des mesures prises, ainsi que la sortie de cette situation d'exception* ». Par ailleurs, la CNCNDH déplore « *l'amalgame et la confusion avec la délinquance, la violence et la dangerosité* ».

– En outre, **la mesure initiale de 72 heures en hospitalisation complète est bel et bien une mesure de contrainte** puisque les dispositions dérogatoires permettant une hospitalisation sans consentement sont renforcées, permettant même une admission en l'absence de tiers. Rappelons néanmoins que la loi du 30 juin 1838 permettait une hospitalisation d'urgence, qui ne nécessitait qu'une demande d'un tiers (au sens premier du terme), sans aucun certificat médical.

– **Enfin, la loi reste bien floue sur la portée réelle, en termes de libertés publiques**, de cette importante innovation que constituent les soins sans consentement. Qu'impliquent-ils en pratique pour le droit d'aller et venir, de rapports avec les proches et dans d'autres lieux de vie, qu'en est-il du libre choix de son médecin, des actes de la vie courante ? Les conséquences d'un refus de se prêter au traitement sont-elles le retour ou l'envoi en établissement ?

1– Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux (J.O. 16 janv. 1974).

2– Circulaire 47 b du 4 juin 1957

3– Au cours de la nuit du 17 au 18 décembre 2004, dans leur service hospitalier, une aide-soignante est égorgée et une infirmière est décapitée. L'assassin est un psychotique qui a interrompu ses soins depuis plusieurs années.

4– Le 12 novembre 2008, un schizophrène, déjà auteur de plusieurs agressions à l'arme blanche pour lesquelles il a été déclaré pénalement irresponsable, poignarde à mort en pleine rue un étudiant de 26 ans, après s'être échappé d'un hôpital psychiatrique.

5– Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S.

6– Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011, M. Abdellatif B. et autre.

7– Art. 66.

8– 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 (J.O. 6 juill. 2011).

9– Dossier législatif n° 2494, Assemblée nationale, Constitution du 4 octobre 1958, treizième législature, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 mai 2010. *Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, exposé des motifs*, p. 1-2.

10– CEDH, 18 novembre 2010, n° 35935/03, *Baudoin c/France* : JCP G 2011, note 189, K. Grabarczyk.

11– CEDH, 14 avr. 2011, n° 35079/06, *Patoux c/France* : JCP A, 2011, act. 307, *Aperçu rapide* N. Albert.

12– Strohl H., Clemente M., *Rapport du Groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990*, IGAS, *Rapport* n° 97081, septembre 1997, p. 96.

13– Massé G., *La réforme de la psychiatrie : il faut raison garder*, *Éditorial, Nervure*, XXIV, n° 3, 4 mai 2011, p. 1-2.

14– *Cons. const.*, *Décision* n° 83-164 DC du 29 décembre 1983, *Loi de finances pour 1984*, *Rec.*, p. 67.

15– *Préambule de la constitution* du 27 octobre 1946, al. 11.

16– *Loi* n° 72-626 du 5 juillet 1972 instituant un juge de l'exécution et relative à la réforme de la procédure civile, art. 11.

17– Art. R.3211-12, *C. sant. publ.*, codifié par le décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques (J.O. 19 juill. 2011).

18– *Annexe à la circulaire* n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

19– *Cons. const.*, *Décision* n° 343-344 DC du 27 juillet 1997, *Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal*, *Rec.* p. 100.

20– *Le Monde*, 2 août 2011.

21– *Tr. confl.*, 6 avril 1946, *Sieur Machinot c/Préfet de police*, *Rec.* p. 326.

22– *Tr. confl.*, 17 février 1997, *Préfet de la région Ile-de-France, préfet de Paris*, *Rec.* p. 525.

23– *Cass.* 1<sup>re</sup> civ, 26 janvier 2011, n° 09-14.905 ; *Juris-Data* n° 2011-000741.

24– 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 (J.O. 19 juill. 2011).

25– *Loi* n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. 22 juill. 2009).

26– N. Bera, *Allocution*, *Ass. Nat.*, 22 juin 2011.

27– *Le Canard enchaîné*, 24 août 2011.

28– *Commission nationale consultative des droits de l'homme* en mars 2011, *Avis sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* (Adopté en assemblée plénière le 31 mars 2011).

## À consulter : les textes de loi

Voici les références des textes de la loi et des décrets et circulaires parus son application.

– Loi 2011-803 du 5 juillet 2011

– Décret 2011-846 du 18 juillet 2011

– Décret 2011-847 du 18 juillet 2011

– Circulaire CIV/03/11 du ministère de la Justice et des Libertés du 21 juillet 2011

– Circulaire DGOS/R4/2011 du 29 juillet du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

Tous ces textes ainsi que des tableaux explicatifs sont disponibles sur le site [www.loipsy2011.sante.gouv.fr](http://www.loipsy2011.sante.gouv.fr).