

Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement

NOR: SSAP1811219D

Version consolidée au 24 septembre 2018

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de procédure pénale, notamment son article 706-135 ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-1 et le livre II de sa troisième partie ;
Vu le code de la sécurité intérieure, notamment son article R. 312-8 ;
Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment son article 26 ;
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 3 mai 2018 ;
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

Est autorisée la mise en œuvre par les agences régionales de santé de traitements de données à caractère personnel dénommés « HOPSYWEB » relatifs au suivi départemental des personnes en soins psychiatriques sans consentement prises en charge en application des dispositions des articles L. 3212-1, L. 3213-1, L. 3213-7, L. 3214-3 du code de la santé publique et 706-135 du code de procédure pénale. Ces traitements de données à caractère personnel ont pour finalité le suivi des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement en permettant :

1° La tenue d'un échéancier :

a) Des certificats médicaux et des arrêtés du représentant de l'Etat dans le département, avec contrôle des délais prescrits par les dispositions du code de la santé publique ;

b) De la saisine du juge des libertés et de la détention, au titre de la procédure de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète ;

2° La production des projets d'actes et de documents prescrits par les dispositions du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique ;

3° La production des courriers aux destinataires des informations mentionnées à l'article 5 du présent décret ;

4° La tenue du secrétariat des commissions départementales des soins psychiatriques ;

5° Une consultation nationale des données collectées dans chaque département :

a) Par les services centraux du ministre chargé de la santé aux fins de statistiques relatives à la mise en œuvre des dispositions du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique ;

b) Par les agences régionales de santé saisies par le représentant de l'Etat dans le département afin de répondre aux demandes d'information formulées en application de l'article R. 312-8 du code de la sécurité intérieure ;

6° Une exploitation statistique des données collectées au niveau départemental à destination de la commission départementale des soins psychiatriques en vue de l'élaboration du rapport d'activité, mentionné au 6° de l'article L. 3223-1 du code de la santé publique.

Article 2

Les catégories de données à caractère personnel et informations qui font l'objet des traitements « HOPSYWEB » sont :

1° Les données d'identification de la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, domicile, sexe, date et lieu de naissance ;

2° Les données d'identification des médecins, auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertise prévus par le code de la santé publique : nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone ;

3° Le cas échéant, les données transmises par les autorités judiciaires concernant les personnes ayant fait l'objet d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale pour des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens ;

4° Les informations sur la situation administrative ou juridique des personnes en soins psychiatriques sans consentement : adresse de l'établissement de santé d'accueil, nom, prénoms, numéro de téléphone, courriel de la personne référente dans cet établissement, existence d'une mesure de protection juridique, date des certificats médicaux, date des expertises le cas échéant, date des arrêtés du représentant de l'Etat dans le département, date des sorties de courte durée, arrêté de passage en programme de soins et levée de la mesure, date de saisine du juge des libertés et de la détention, date d'audience et date des décisions ou arrêts des juridictions ;

5° Les adresses électroniques des professionnels intervenant dans le suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement et énumérés à l'article 5 ;

6° Les données d'identification des avocats représentant la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, raison sociale, adresse, et numéro de téléphone ;

7° Les données d'identification de la personne chargée de la protection juridique de la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone.

Article 3

Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour chaque département, les personnels de cette agence habilités à enregistrer et accéder aux données et informations mentionnées à l'article 2 aux fins de suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

Article 4

Sont destinataires des seules données et informations du traitement de données « HOPSYWEB » nécessaires à l'exercice de leurs attributions :

- 1° Le représentant de l'Etat dans le département et à Paris, le préfet de police ou les agents placés sous leur autorité qu'ils désignent à cette fin ;
- 2° Le juge des libertés et de la détention territorialement compétent ;
- 3° Les fonctionnaires du greffe du tribunal de grande instance chargés des procédures de soins sans consentement ;
- 4° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil ;
- 5° Le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne en soins psychiatriques sans consentement ;
- 6° Le premier président de la cour d'appel ou son délégué en cas d'appel de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention ;
- 7° Le procureur général près la cour d'appel en cas d'appel de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention ;
- 8° Les fonctionnaires du greffe de la cour d'appel chargés des procédures de soins sans consentement en cas d'appel de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention ;
- 9° Le directeur de l'établissement d'accueil ou l'agent placé sous son autorité qu'il désigne à cette fin ;
- 10° Le directeur de l'établissement pénitentiaire lorsque la personne admise en soins psychiatriques sans consentement était détenue ou l'agent placé sous son autorité qu'il désigne à cette fin ;
- 11° L'avocat de la personne faisant l'objet des soins sans consentement, pour ce qui concerne exclusivement des données et informations concernant son client ;
- 12° Les membres de la commission départementale des soins psychiatriques ;
- 13° Le maire, ou à Paris le commissaire de police, auteur d'un arrêté prenant les mesures provisoires en vue d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique ou les agents placés sous leur autorité qu'ils désignent à cette fin.

Article 5

Aux fins de réalisation des statistiques prévues au a du 5° de l'article 1er, le ministre chargé de la santé désigne les personnels habilités à accéder aux données mentionnées à l'article 2.

Article 6

Les données et informations mentionnées à l'article 2 sont conservées pendant trois ans à compter de la fin de l'année civile suivant la levée de la mesure de soins sans consentement.

Article 7

Les droits d'accès et de rectification des données, prévus aux articles 39 et 40 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 susvisée, sont exercés auprès du directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent. Le droit d'opposition prévu à l'article 38 de la même loi ne s'applique pas à ces traitements.

Article 8

La mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article 1er par le directeur général de l'agence régionale de santé est subordonnée à l'envoi préalable à la commission nationale de l'informatique et des libertés d'un engagement de conformité faisant référence au présent décret.

Article 9

Pour la Nouvelle Calédonie et la Polynésie française, le traitement des données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement dénommé « HOPSYWEB », est mis en œuvre par le haut-commissaire de la République dans les conditions définies au présent décret.

Article 10

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre des outre-mer sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 23 mai 2018.

Edouard Philippe

Par le Premier ministre :

La ministre des solidarités et de la santé,

Agnès Buzyn

La ministre des outre-mer,

Annick Girardin

SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HOPITAUX

PIECE n°2

Statuts

ETABLIS ET VOTES LORS DE L'ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE DU 24 MAI 1981
Modifiés lors de l'Assemblée Générale Extraordinaire du 26 Janvier 1986
Des Assemblées Générales Ordinaires de Poitiers du 9 octobre 1987, de Bordeaux du 15
octobre 1988 et de Montpellier du 13 octobre 1990
De l'Assemblée Générale Extraordinaire de Saint-Malo du 5 octobre 1994
De l'Assemblée Générale Ordinaire de Tours du 1er octobre 2003
De l'Assemblée Générale Ordinaire d'Arcachon du 28 septembre 2009
De l'Assemblée Générale Ordinaire de Lyon du 3 octobre 2012
De l'Assemblée Générale Ordinaire de Toulouse du 4 octobre 2017

Article 1er

Article 1^{er} – A Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux a pour but :

1. De prendre en main les intérêts généraux et particuliers de ses membres et de poursuivre ainsi l'amélioration de leur situation morale et matérielle ;
2. De créer et de maintenir entre ses membres des liens de bonne confraternité et de veiller à ce qu'ils observent les règles de l'honorabilité professionnelle ;
3. De travailler à transformer et améliorer de façon continue les conditions d'exercice de la psychiatrie publique dans la perspective du développement du service public de santé mentale ;
4. D'étudier tous les problèmes touchant à la santé mentale et de favoriser par tous les moyens en son pouvoir le perfectionnement des méthodes de prévention, de traitement et d'assistance des malades mentaux.

Article 1^{er} – B Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux a son siège à :

Centre Hospitalier, 585 avenue des déportés, BP 09 - 62251 HENIN BEAUMONT.

Ce siège peut être transféré à tout moment, en tout endroit, par simple décision du bureau.

La durée du syndicat est illimitée.

Article 2

Peuvent être admis à adhérer au syndicat :

1. Les psychiatres quel que soit leur statut exerçant à temps plein ou à temps partiel, en fonction dans un établissement de santé public, ou détachés dans un établissement de santé privé assurant l'exécution du service public hospitalier ou dans un organisme privé participant par convention à la lutte contre les maladies et déficiences mentales.
2. Les psychiatres relevant du régime des conventions collectives exerçant dans le cadre du service public sectorisé de santé mentale et en fonction dans un établissement de santé privé qui assure l'exécution du service public hospitalier.
3. Les assistants généralistes, les PH et praticiens contractuels et attachés exerçant en psychiatrie inscrits dans un cursus de formation de psychiatrie.
4. Les internes en psychiatrie.

Article 3

L'admission est prononcée par le conseil national. Les candidats s'engagent à observer les présents statuts ainsi que le règlement intérieur du syndicat.

Tout adhérent doit acquitter une cotisation annuelle dont le taux est fixé par l'assemblée générale nationale.

Article 4

La qualité de membre du syndicat se perd :

1. Par démission
2. Par la radiation prononcée par le conseil national pour non-paiement de cotisation ou pour motifs graves, le membre ayant été préalablement appelé à fournir ses explications, sauf recours à l'assemblée générale nationale
3. Par l'exclusion par l'assemblée générale nationale devant laquelle l'intéressé aura été invité à présenter sa défense pour atteinte aux principes ou à l'organisation du syndicat.

Article 5

Le syndicat est administré par un conseil syndical national qui élit un bureau national. Celui-ci, élu pour trois ans, est composé d'un président, d'un secrétaire général, d'un trésorier, éventuellement d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un secrétaire général adjoint et de huit postes au moins de secrétaires nationaux, dont un secrétaire chargé des publications syndicales.

Article 6

L'assemblée générale nationale du syndicat se tient tous les ans. Les décisions de l'assemblée générale sont souveraines, si le nombre de mandats représentés (membres présents et membres validés) est égal à la moitié au moins du nombre de syndiqués. Dans le cas contraire, les résolutions de l'assemblée générale n'ont pas de valeur de décisions, mais de motions d'orientation à l'usage du conseil national du syndicat.

Article 7

Des assemblées générales extraordinaires peuvent être convoquées soit sur demande écrite du tiers des membres du syndicat, soit par décision du conseil national.

Article 8

Le syndicat s'interdit dans ses assemblées toute discussion politique ou religieuse.

Article 9

Un règlement intérieur, préparé par le conseil national et approuvé par l'assemblée générale, fixe les détails d'administration et de fonctionnement du syndicat.

Article 10

Les statuts ne peuvent être modifiés que sur la proposition du conseil national ou sur celle d'un tiers des membres du syndicat. Dans ce dernier cas, la proposition est soumise au conseil national au moins deux mois avant l'assemblée générale où elle viendra en délibération.

Article 11

La dissolution ne pourra être prononcée que dans une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, et qui ne pourra statuer qu'à la majorité des deux tiers des membres présents et à la majorité des membres inscrits. Le vote par correspondance est admis.

Article 12

En cas de dissolution du syndicat, l'actif net est attribué à telle association ou tel organisme désigné par l'assemblée générale et poursuivant des buts similaires.

Statuts certifiés conformes aux délibérations de l'assemblée générale ordinaire du mercredi 4 octobre 2017.

Le Président,
M. Bétrémieux

Le Secrétaire Général,
I. Montet

Le Trésorier,
PF. Godet

Règlement intérieur

Préambule

Le présent règlement fixe, en application de l'article 9 des statuts du syndicat, les détails de son administration et de son fonctionnement : il précise en particulier sa composition, les cotisations de ses membres et définit sa structure à l'échelon régional et national ainsi que le mode d'élection et le rôle des différents responsables.

Chapitre I - Dispositions générales, composition du syndicat et cotisations

Article 1^{er}

Peuvent être admis à adhérer au syndicat :

1. Les psychiatres quel que soit leur statut exerçant à temps plein ou à temps partiel, en fonction dans un établissement de santé public, ou détachés dans un établissement de santé privé assurant l'exécution du service public hospitalier ou dans un organisme privé participant par convention à la lutte contre les maladies et déficiences mentales.
2. Les psychiatres relevant du régime des conventions collectives exerçant dans le cadre du service public sectorisé de santé mentale et en fonction dans un établissement de santé privé qui assure l'exécution du service public hospitalier.
3. Les assistants généralistes, les PH et praticiens contractuels et attachés exerçant en psychiatrie inscrits dans un cursus de formation de psychiatrie.
4. Les internes en psychiatrie.

Article 2

Les demandes d'adhésion sont adressées au secrétaire général ou au trésorier qui en informe immédiatement le secrétaire général.

L'admission est enregistrée dès réception du règlement de la cotisation.

Les dossiers d'adhésion sont soumis à l'approbation du conseil syndical qui garde le droit de refuser une adhésion.

Article 3

Peuvent demeurer membres du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux :

1. Les syndiqués en congé, en détachement, en disponibilité ou en retraite
2. Les psychiatres des hôpitaux et les psychiatres exerçant dans les établissements privés mentionnés au 1^{er} de l'article 2 des statuts ayant exercé cinq ans au moins et ayant, durant ce temps d'activité, adhéré au syndicat.

Article 4

L'assemblée générale nationale, dans sa réunion annuelle ou extraordinaire, fixe le montant des cotisations de l'année suivante pour les différentes catégories de syndiqués.

La cotisation est due annuellement. Elle est exceptionnellement réduite de moitié pour les nouvelles demandes d'adhésion intervenant après le 1^{er} juillet de l'année en cours.

Si l'assemblée générale nationale s'est tenue avant le 1^{er} octobre, le conseil syndical national peut à titre exceptionnel, en cas de difficultés particulières, modifier au cours des trois premiers mois de l'année le montant des cotisations dues pour l'année en cours.

Article 5

Les démissions sont adressées par écrit au secrétaire général, qui les notifie aussitôt au trésorier et aux autres membres du bureau national. Elles sont définitivement acceptées par le prochain conseil syndical national.

Article 6

La radiation pour non-paiement de cotisations est prononcée par le conseil syndical national sur rapport du trésorier national. Ce dernier doit produire soit un refus écrit de payer, signé de l'intéressé, soit un rappel adressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 7

La radiation pour motifs graves est prononcée par le conseil syndical national sur rapport du secrétaire général. L'intéressé doit avoir été invité, par lettre recommandée quinze jours au moins à l'avance, à se présenter devant le conseil syndical national pour fournir ses explications. Il peut se faire assister d'un conseil et de deux témoins. Il a la faculté de se faire représenter et peut faire appel de la décision du conseil national devant la prochaine assemblée générale nationale. L'appel n'est pas suspensif de la radiation.

Article 8

L'exclusion pour atteinte aux principes ou à l'organisation du syndicat est prononcée par l'assemblée générale nationale sur rapport du bureau national. L'intéressé doit avoir été invité par lettre recommandée, quinze jours au moins à l'avance, à venir présenter ses explications devant l'assemblée. Cette dernière statue souverainement, même en l'absence de l'intéressé régulièrement convoqué.

Article 9

Les décisions de radiations ou d'exclusions sont prises, tant par le conseil syndical national que par l'assemblée générale nationale, à la majorité des deux tiers des membres présents.

Chapitre II - Organisation du syndicat

a) Section syndicale régionale

Article 10

L'assemblée générale régionale est ouverte à l'ensemble des syndiqués de la même région. La région syndicale est la région sanitaire telle que définie par les réglementations ministérielles. Elle se réunit au moins une fois par an dans les trois mois qui suivent l'assemblée générale nationale, sur convocation du ou des conseillers régionaux.

Elle élit tous les trois ans, à raison d'un par tranches de un à quarante syndiqués, un Conseiller Syndical Régional titulaire et un conseiller régional suppléant. Nul ne peut être candidat aux fonctions de Conseiller Syndical Régional s'il ne s'est pas acquitté de son adhésion pour l'année en cours au jour de l'élection.

L'élection est organisée par le ou les Conseillers Syndicaux Régionaux sortants, après appel de candidature, par vote à bulletin secret, en assemblée générale et/ou par correspondance. Les votes par correspondance doivent parvenir, au plus tard, la veille de la date retenue pour l'assemblée générale régionale.

Article 11

La section syndicale régionale constitue la base du syndicat. Elle est formée de la totalité des syndiqués en fonction dans la même région.

Article 12

L'assemblée générale régionale élit pour trois ans le ou les Conseillers Syndicaux Régionaux. Après leur élection, les Conseillers Syndicaux Régionaux titulaires et suppléants élisent un Délégué Syndical Régional. Seuls les Conseillers Syndicaux Régionaux titulaires peuvent être candidat aux fonctions de Délégué Syndical Régional.

Les Conseillers Syndicaux Régionaux titulaires et suppléants désignent le cas échéant un ou plusieurs Secrétaires d'établissement, dans les établissements où des syndiqués se sont portés volontaires. Nul ne peut être désigné Secrétaire d'établissement s'il ne s'est pas acquitté de son adhésion pour l'année en cours au jour de l'élection.

Les Conseillers Syndicaux Régionaux titulaires et suppléants désignent le cas échéant un Trésorier Syndical Régional. Nul ne peut être désigné Trésorier Syndical Régional s'il ne s'est pas acquitté de son adhésion pour l'année en cours au jour de l'élection. Le Trésorier Syndical Régional n'est pas obligatoirement un Conseiller Régional.

Les Conseillers Syndicaux Régionaux titulaires et suppléants, les Secrétaires d'établissement et le Trésorier Syndical Régional constituent le Conseil Syndical Régional. Le Conseil Syndical Régional est animé par Délégué Syndical Régional.

Les membres du Conseil Syndical Régional se répartissent les tâches syndicales.
Les mandatés sortants sont tous rééligibles.

Article 13

Le Conseil Syndical Régional prépare les interventions auprès des instances régionales, départementales et locales. Il assure la circulation des informations entre les instances nationales du syndicat et la base régionale. Il s'administre lui-même grâce à un reversement d'une quote-part des cotisations effectivement versées par ses membres, à la diligence du trésorier syndical régional. Le taux de cette quote-part est fixé annuellement en assemblée générale nationale. Il se réunit au minimum une fois par an sur convocation.

Le Conseil Syndical Régional est animé par un Délégué Régional qui est élu dans chaque région au sein des Conseillers Régionaux ; son mandat est également de trois ans.

Il dynamise, anime et organise en lien avec les Conseillers Syndicaux Régionaux et les secrétaires d'établissement le conseil régional du SPH.

Il relaie auprès des membres du bureau syndical national l'ensemble des problématiques régionales.

Il participe une à deux fois par an au Bureau National du SPH.

d) Assemblée générale nationale

Article 14

L'assemblée générale nationale du syndicat se réunit tous les ans, en principe au mois d'octobre, sur convocation du conseil syndical national et, si nécessaire, en session extraordinaire. Elle est ouverte à tous les syndiqués en règle de leur cotisation de l'année en cours. Elle est chargée d'une réflexion critique sur l'action du syndicat et de l'élaboration de sa doctrine. Les thèmes à préparer sont fixés par le conseil syndical national en liaison avec les conseils syndicaux régionaux et diffusés par le bureau national au moins deux mois avant la date d'ouverture de l'assemblée. Son ordre du jour est fixé par le conseil national du syndicat. Le bureau national du syndicat adresse un résumé des rapports et des communications inscrits à l'ordre du jour, au moins quinze jours avant la date d'ouverture de l'assemblée.

L'ordre du jour peut aussi comporter des questions diverses fixées par le bureau national du syndicat.

Article 15

Convoquées spécialement par le conseil national du syndicat, les assemblées générales extraordinaires ne peuvent statuer que sur l'ordre du jour indiqué sur la convocation. Toute modification ou adjonction à l'ordre du jour ne peut intervenir qu'à la majorité des mandats représentés à l'assemblée générale extraordinaire.

Article 16

Les modalités de vote au cours des assemblées générales nationales ordinaires et extraordinaires sont les suivantes :

1. Le vote à la majorité simple des présents à main levée présentant la carte nominative annuelle
2. Le vote par mandat : chaque carte nominative annuelle représente un mandat. Nul ne peut détenir plus de cinq voix y compris la sienne propre. La possession de la carte d'un collègue vaut pouvoir de ce dernier.

Article 17

En assemblée générale extraordinaire le vote par mandat intervient obligatoirement sur le ou les questions inscrites à l'ordre du jour.

En assemblée générale ordinaire, le vote par mandat doit obligatoirement sanctionner le rapport moral, le rapport financier, les motions ou décisions importantes impliquant toute prise de position ou action engageant le syndicat. Il devra intervenir sur toute question débattue si la demande en est faite par le président de séance, le rapporteur ou par un ou plusieurs collègues représentant au moins le sixième des mandats validés.

Le vote à la majorité simple des présents, sous réserve qu'aient été respectées les conditions ci-dessus précisées, peut intervenir pour toute question n'étant pas considérée comme d'importance majeure.

Article 18

La présidence et la conduite des débats des assemblées générales nationales sont assurées par un bureau d'assemblée composé de trois membres désignés par le conseil syndical national.

Le bureau national du syndicat siège en tant que tel dans les assemblées générales nationales et y expose notamment l'action menée par lui-même et par le conseil syndical national.

Le bureau d'assemblée générale participe à l'organisation matérielle et au secrétariat des assemblées générales.

L'assemblée arrête l'ordre du jour conformément à l'article 14 du présent règlement. Chaque question inscrite à l'ordre du jour, faisant l'objet d'une communication ou d'un rapport, donne lieu à un exposé du rapporteur et à une discussion en séance.

e) Le conseil syndical national

Article 19

Le conseil syndical national, élu pour trois ans, est composé :

1. Par les conseillers syndicaux régionaux
2. Par les membres du bureau national
3. Par des conseillers nationaux au nombre de 12, élus par un scrutin de liste à la proportionnelle.

Le scrutin est organisé par le bureau syndical national sortant qui diffuse, quinze jours au moins avant la date du scrutin, à l'ensemble des syndiqués, le matériel de vote comportant notamment les listes de candidats et leur programme qui devront lui avoir été adressés par les candidats quarante-cinq jours au moins avant la date du scrutin. Le vote a lieu par correspondance.

Chaque liste devra comporter vingt-huit noms au maximum pour pourvoir les douze sièges de conseillers nationaux et leurs remplaçants éventuels dans le cas de leur élection au bureau national.

Chaque syndiqué vote pour une liste complète, sans possibilité de panacher, ni rayer des noms sur la liste choisie.

Le nombre de suffrages recueillis par chaque liste détermine le nombre de sièges lui revenant, qui sont attribués dans l'ordre de présentation des candidats.

Si un candidat élu conseiller national se trouve ultérieurement élu au bureau national dans les conditions prévues à l'article 21, il est remplacé comme conseiller national par le candidat suivant sur sa liste.

Le dépouillement du vote et la proclamation des résultats sont assurés par le bureau national.

L'élection des conseillers régionaux et des conseillers nationaux intervient tous les trois ans, dans les trois mois qui suivent l'assemblée générale, et après diffusion des travaux et des délibérations de celle-ci auprès de tous les syndiqués.

Nul ne peut être candidat à la fois comme conseiller régional et comme conseiller national.

Par contre, les fonctions de conseiller régional et de conseiller national sont cumulables avec celles de secrétaire départemental ou de membre d'un conseil syndical régional.

Article 20

Tous les trois ans, le conseil national du syndicat, dans les cinq mois qui suivent l'assemblée générale nationale, se réunit sous la présidence du président sortant ou à défaut du secrétaire général sortant ou à défaut du doyen d'ancienneté dans le cadre et, à ancienneté égale, du plus âgé.

Il élit au scrutin uninominal à la majorité absolue au premier tour, à la majorité relative au second tour, les membres du bureau national du syndicat. Jusqu'à sa propre réélection, il élit dans les mêmes conditions tout membre du bureau venant à manquer.

Peut être candidat à un poste au bureau national du syndicat, tout syndiqué en règle de sa cotisation qui fait acte motivé par écrit de candidature au bureau national et qui est en cours d'un mandat syndical régional ou national. Le bureau national sortant fait l'appel des candidatures auprès de l'ensemble des mandatés syndicaux régionaux ou nationaux, en temps utile.

Tout conseiller syndical régional élu au bureau national du syndicat doit être remplacé dans ses fonctions antérieures : la fonction de membre du bureau national du syndicat est par contre cumulable avec les fonctions de secrétaire d'établissement ou de trésorier régional.

Article 21

Le président, ou à défaut le secrétaire général ou en cas d'urgence le doyen des membres présents du bureau national, assure la présidence des réunions du conseil syndical national.

Le conseil syndical national se réunit chaque fois qu'il est convoqué par le président ou le secrétaire général ou par la majorité des membres du bureau national. Il est dans l'obligation de se réunir au moins cinq fois par an (I, III, V, IX, XI).

L'ordre du jour du conseil national est fixé par le bureau national. Un conseiller régional peut demander l'inscription d'une question à l'ordre du jour de la séance du conseil à condition de le faire au moins quinze jours avant la date prévue pour la séance, en adressant un document explicatif et en faisant des propositions d'action à soumettre à la décision du conseil.

Au début de chaque session, le secrétaire général rend compte au conseil national des problèmes importants traités par le bureau national dans l'intervalle des sessions.

Les décisions et votes du conseil sont adoptés à la majorité des membres présents. Les conseillers suppléants siégeant en leur absence, à la place des titulaires, assument la plénitude des pouvoirs de ces derniers. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante. Il sera procédé à un vote au scrutin secret à la demande d'un conseiller : en cas de partage des voix un second tour a lieu et le président met deux bulletins dans l'urne.

Le conseil national est responsable de la réalisation de la politique générale du syndicat et des directives syndicales déterminées en assemblée générale, appliquées par le bureau national.

Article 22

Le conseil syndical national peut s'adjoindre à titre consultatif un ou plusieurs membres en raison de leur compétence particulière sur les sujets à l'ordre du jour. Il peut également s'adjoindre à ce titre des personnes étrangères au syndicat ou inviter des représentants d'autres syndicats.

f) Le bureau national du syndicat

Article 23

Le bureau national du syndicat est composé du président, du secrétaire général, du trésorier, éventuellement d'un ou plusieurs vice-présidents, d'un secrétaire général adjoint, d'un trésorier adjoint et d'au moins huit secrétaires nationaux. Ses membres sont élus par le conseil national du syndicat conformément à l'article 20. Ils siègent au conseil national du syndicat avec voix délibérative. Ils sont élus pour trois ans et sont tous rééligibles.

Le président, ou en son absence le secrétaire général ou, à défaut, le doyen des membres présents au bureau, préside le bureau national et le convoque au moins dix fois par an.

Le président, ou en son absence le secrétaire général, représente le syndicat en justice et auprès des diverses autorités.

Le bureau national assure l'exécution des décisions de l'assemblée générale nationale et du conseil syndical national, le président et le secrétaire général exposent au bureau et aux conseils syndicaux nationaux les initiatives qu'ils ont pu être amenés à prendre.

Le bureau national, en dehors des pouvoirs propres déterminés par le statut et le règlement intérieur du syndicat et des attributions préalablement définies pour chacun de ses membres par le conseil national, fixe les fonctions de chacun pour assurer l'administration intérieure du syndicat.

Le rédacteur en chef de l' "Information Psychiatrique", désigné par le conseil syndical national, assiste aux réunions du bureau et du conseil, même s'il n'est pas membre de ces organismes.

Article 24

Le trésorier national perçoit les cotisations, encaisse les dons, les legs, conserve la caisse, les titres et valeurs sous la direction du conseil national.

Les comptes du trésorier sont arrêtés chaque année le 31 décembre.

Le trésorier national fournit à l'assemblée générale nationale, outre l'exposé des comptes, un aperçu de la situation à la date de la réunion. A la fin de chaque exercice, l'état de la caisse et les comptes de gestion sont vérifiés par deux membres désignés par le conseil syndical national.

g) Les publications du syndicat

Article 25

Le syndicat, propriétaire de l' "Information Psychiatrique", en confie la rédaction à un rédacteur en chef, présidant un comité de rédaction dont les membres sont nommés par le conseil syndical national, et l'administration au trésorier national. Le rédacteur en chef et le trésorier national rendent compte spécialement de leur activité devant l'assemblée générale nationale annuelle. La gestion de la revue peut être concédée à un éditeur par contrat approuvé ou dénoncé par le conseil syndical national.

Le paiement de la cotisation syndicale entière comporte le service des publications syndicales.

Article 26

Il est créé, pour améliorer, la circulation de l'information, un bulletin syndical à diffusion réservée aux seuls syndiqués. Son élaboration est confiée à un comité de rédaction d'au moins trois membres pris dans le conseil national, dont un au moins faisant partie du bureau national. Il comprendra des informations condensées sur les décisions des instances supérieures du syndicat, des commentaires des décisions de l'administration et une tribune libre ouverte à l'expression des régions et des individus. Les textes seront signés soit par un collectif, soit par une instance responsable, soit par une personne.

h) Le conseil de famille du syndicat

Article 27

Le conseil de famille a pour mission, lorsque toutes autres mesures de conciliation n'auront pas abouti, d'arbitrer les conflits entre les membres du syndicat.

Il est composé du président, de deux membres du conseil syndical national les plus âgés et de deux membres du syndicat élus tous les trois ans par l'assemblée générale nationale. En cas d'empêchement, les suppléants sont choisis parmi les membres les plus âgés du conseil syndical national.

Article 28

Tous les recours en conseil de famille doivent être adressés au président avec document à l'appui.

Article 29

Le conseil de famille est convoqué par le président au moins huit jours avant la date fixée.

Article 30

Le conseil de famille est maître de la direction des débats. Il peut entendre les témoins qui lui sont proposés par les parties et ceux qu'il juge bon de convoquer directement.

Article 31

Le conseil de famille pourra être constitué en tribunal d'arbitrage et entrer en fonction après avoir fait signer aux parties un compromis d'arbitrage (article 1003 et suivants du code de procédure civile).

Article 32

Les décisions du conseil de famille ne sont valables que si les cinq membres sont présents et si trois au moins sont d'accord pour une solution de conflit.

Article 33

Dans le cas où un membre du syndicat régulièrement convoqué ne se présenterait pas et ne fournirait pas d'excuse, le conseil syndical national serait saisi en vue de sanctions éventuelles.

Article 34

Les délibérations du conseil de famille sont secrètes. Les décisions seront inscrites au procès-verbal et pourront être publiées dans le bulletin syndical, même si prononcées par défaut, sans que les intéressés puissent avoir recours de ce chef contre le syndicat, ni contre le gérant du bulletin.

Certifié conforme aux délibérations de l'assemblée générale extraordinaire du dimanche 26 janvier 1986 et des assemblées générales ordinaires de POITIERS du 9 octobre 1987, de Bordeaux du 15 octobre 1988, de MONTPELLIER du 13 octobre 1990, de l'assemblée générale extraordinaire de SAINT-MALO du 5 octobre 1994, de l'assemblée générale ordinaire de TOURS du 1er octobre 2003,

de l'assemblée générale ordinaire d'ARCACHON du 28 septembre 2009, de l'assemblée générale ordinaire de Lyon le 3 octobre 2012, de l'assemblée générale ordinaire de TOULOUSE le 4 octobre 2017 .

Le Président,
M. Bétrémieux

Le Secrétaire Général,
I. Montet

Le Trésorier,
PF. Godet



Conseil Syndical National 31 mai 2018

- [Décret du 23 mai autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins sans consentement](#)

Le décret est d'application immédiate. La collecte des données administratives des personnes hospitalisées sans consentement est déjà mise en œuvre sur le fichier HOPSYWEB, le décret permet sa diffusion à d'avantage de personnes et d'augmenter la durée de conservation des données après la fin de la mesure de soins sans consentement, autant pour les SDT que les SDRE.

Ce qui est présenté comme une simple actualisation de gestion administrative est en fait une mesure d'esprit sécuritaire : c'est la mesure 39 du plan national de prévention de la radicalisation que le premier ministre a présenté un mois plus tôt. Et cette mesure arrive dans un contexte où des pressions s'exercent déjà sur les hôpitaux psychiatriques, de natures diverses, sur des motifs de prévention des risques (demandes d'informations confidentielles sur les patients contre le respect du secret médical, retard ou refus de demandes de sorties d'hospitalisations par les préfetures), alors que les liens que font certains entre psychiatrie et radicalisation autorisent même des personnages politiques à proposer que les « radicalisés » soient hospitalisés d'office.

Le SPH proteste contre ce décret qui symbolise plus qu'un fichier administratif psychiatrique : si aucun frein n'est mis, les mesures de police seront appliquées sans scrupule à toute la psychiatrie (patients et personnels) autorisant d'autant plus les amalgames (exemples de rétentions de patients par les préfets, demandes de renseignements sans respect des procédures légales pourtant exigées dans les hôpitaux (cf , pressions sur les directeurs et soignants (ex hôpital de la Sarthe à propos d'un patient fiché S, plusieurs signalements d'abus poussant à la rupture du secret professionnel).

Quelles sont les actions possibles ?

Au niveau juridique, un recours pour annulation ou requête en excès de pouvoir. Il doit s'établir au niveau du Conseil d'Etat, mais avant cela, comme pour une décision administrative, un recours gracieux peut être établi auprès de l'autorité qui l'a pris, en l'espèce le Premier Ministre.

Les arguments :

La mesure constitue un grief contre les personnes au regard de la finalité : le but annoncé par le décret est le suivi et la gestion administrative des personnes hospitalisées sans consentement, que ne justifie pas la décision de conserver les données des personnes pendant 3 ans après la fin de la mesure de soins (le décret de 1994 qui avait créé le fichier Hopsy n'avait prévu la conservation que jusqu'à la fin de l'année civile de fin de mesure). Ce problème a été soulevé par la CNIL à laquelle est soumis obligatoirement pour avis, toute décision relative à la collecte de données personnelles numériques : la réponse du ministère a été de justifier cette durée par une étude de l'IRDES de 2016 montrant, selon le ministère, que après 3 ans, le risque de rechute des personnes était faible. Réponse qui n'a rien à voir avec la finalité : la gestion administrative de donnée n'est pas une mesure de prévention sanitaire et après la fin de mesure, il n'y a

normalement plus rien à gérer sur le plan administratif (calendrier des saisines du JLD, courriers aux intervenants) si tel est réellement l'objectif.

Sur l'atteinte aux droits des personnes :

- le décret stipule que l'article 38 de la loi informatique et libertés de 1978 n'est pas applicable aux personnes hospitalisées sans consentement. Cet article 38 prévoit que les personnes sont en droit de s'opposer à la collecte de leurs données. Sur le plan juridique, selon le principe de « hiérarchie des normes » et du droit constitutionnel, il faut faire préciser la légitimité à décider par voie de décret ce qui jusque-là relevait de la loi.
- Sur la protection des données : la CNIL a émis une réserve sur le défaut de garantie de sécurisation des données et ne s'y est pas opposé sur la simple « promesse » du ministère de prendre les mesures nécessaires pour améliorer cette sécurisation : on n'en voit pas la trace dans le décret publié.
- Même doute sur la nécessité d'améliorer l'information des patients sur la transmission de leurs données : rien n'est pas prévu dans le décret, malgré les recommandations de la CNIL.

On peut parler de « casier psychiatrique », avec des antécédents psychiatriques sur fichier pour toute personne hospitalisée en soins sans consentement (SDT et SDRE), diffusables à un nombre de personnes non contrôlées, sans garanties sur la diffusion des informations. Par exemple, les conséquences en terme de discrimination qui pourrait en résulter pour la vie quotidienne des personnes, comme l'attribution d'un logement ou d'un travail par une commune...

Le recours doit être fait dans les 2 mois qui suivent la publication au JO. Le fait de faire un recours gracieux permet d'avoir un délai de 2 mois supplémentaire pour le Conseil d'Etat, car le délai de recours contentieux (également de 2 mois) est alors suspendu, en attente de la réponse du premier ministre (ou l'absence de réponse qui revient à un refus implicite) et donc d'affûter les arguments.

Le recours gracieux permet de rendre publique l'indignation des professionnels en dénonçant un abus de pouvoir. Dans l'articulation recours gracieux / recours CE, il faut pouvoir annoncer les grandes lignes de l'argumentation (légalité externe et légalité interne), qui peuvent être développées ensuite.

Le CRPA a également annoncé un recours au Conseil d'Etat est s'est mis en relation avec le SPH pour une action commune. La décision du bureau est de privilégier une action séparée mais complémentaire (professionnels + usagers).

Du point de vue juridique, la légitimité à saisir le Conseil d'Etat sera également jugée (avec le risque d'un rejet d'emblée sans examen de la requête). Le SPH doit faire valoir son intérêt à agir pour la profession (principes déontologiques, conditions de travail des personnels, défense des patients..)

D'autres actions peuvent s'envisager : une requête en référé-liberté ou un référé-suspension dont les conditions sont une atteinte de manière grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale ; le principe qu'une restriction des droits doit être NAP (nécessaire, adaptée et proportionnée) doit être respecté; avec le décret, selon la finalité annoncée (gestion administrative), les mesures ne sont pas proportionnées.

Le décret a été soumis au Conseil d'Etat, mais son avis quel qu'il soit n'empêche pas la publication. Cet avis n'est pas public, donc on peut imaginer que le Conseil d'Etat a pu relever des irrégularités. La présentation préalable du décret au CE n'interdit donc pas un recours.

Donc, en matière de stratégie contentieuse, 3 types d'actions juridiques sont envisagés :

1. recours gracieux (permet la publicité de la contestation) en attaquant sur l'opportunité du décret (atteinte des principes éthiques et déontologiques)
2. recours contentieux pour demander l'annulation, en attaquant pour excès de pouvoir. Selon 4 aspects : légalité externe, légalité interne, compétence de l'autorité, forme.
3. Référé suspension et référé liberté

Sur le plan syndical, d'autres actions de protestation sont possibles : interpellation CGLPL, défenseur des droits, Ordre des Médecins,...

En conséquence, le conseil syndical national réuni ce jeudi 31 mai 2018 après convocation de ses membres selon la procédure conforme aux statuts du SPH, mandate après délibération, le président du SPH, Marc Bétremieux, pour établir un recours gracieux au nom du syndicat auprès du Premier Ministre pour annulation du décret du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins sans consentement, et à engager un recours contentieux auprès du Conseil d'Etat contre ce même décret, dans les délais légaux et avec l'appui d'un cabinet d'avocats.

Masquer les informations complémentaires concernant le texte

Informations sur ce texte

Résumé

IL PEUT ETRE CREE,DANS CHAQUE DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES,UN TRAITEMENT AUTOMATISE D'INFORMATIONS NOMINATIVES DENOMME HOPSY DONT L'OBJET EST LE SUIVI DES PERSONNES HOSPITALISEES SANS CONSENTEMENT,EN RAISON DE TROUBLES MENTAUX,ET LE SECRETARIAT DES COMMISSIONS DEPARTEMENTALES DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES PREVUES A L'ART. L332-3 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE.

APPLICATION DES ART. 15 ET 34 DE LA LOI 7817 DU 06-01-1978.

ABROGATION DE L'ARRETE DU 26-02-1992.

Mots-clés

AFFAIRES SOCIALES , SANTE PUBLIQUE , DIRECTION DEPARTEMENTALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES , INFORMATIQUE , ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION , HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE , COMMISSION DEPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES , TRAITEMENT AUTOMATISE , FICHER INFORMATISE , INFORMATION NOMINATIVE , MALADE MENTAL , TROUBLE MENTAL , CREATION

JORF n°101 du 30 avril 1994 page 6328

Arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

NOR: SPSP9401220A

ELI: Non disponible

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, et le ministre délégué à la santé,
Vu la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment son article 15;
Vu la loi no 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;
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 332-3, L. 332-4, L. 333 à L. 340, L. 342 à L. 350;
Vu le décret no 78-774 du 17 juillet 1978, modifié par les décrets no 78-1223 du 28 décembre 1978, no 79-241 du 30 mai 1979 et no 80-1030 du 18 décembre 1980, et le décret no 91-336 du 4 avril 1991;
Vu le décret no 91-981 du 25 septembre 1991 pris pour l'application des articles L. 332-3 et L. 332-4 du code de la santé publique et relatif à l'organisation et au fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques;
Vu l'arrêté du 22 novembre 1991 pris pour l'application de l'article 10 du décret no 91-981 du 25 septembre 1991 relatif au rapport d'activité de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques;
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 29 mars 1994 portant le no 94-24,
Arrêtent:

Art. 1er. - Il peut être créé, dans chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales, un traitement automatisé d'informations nominatives dénommé Hopsy dont l'objet est le suivi des personnes hospitalisées sans consentement, en raison de troubles mentaux, et le secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques prévues à l'article L. 332-3 du code de la santé publique.

Le droit d'opposition prévu à l'article 26 de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 ne s'applique pas au traitement d'informations nominatives dénommé Hopsy.

Cette application permet:

- la saisie des données nécessaires pour l'admission d'un patient;
- la tenue d'un échéancier des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux, avec contrôle automatique des délais prescrits par la loi no 90-527 du 27 juin 1990 susvisée;
- la gestion des sorties d'essai et des sorties définitives;
- la production automatisée des arrêtés préfectoraux;
- la production automatisée du courrier aux destinataires des informations prévues par la loi no 90-527 du 27 juin 1990;
- une exploitation statistique, à la base du rapport annuel de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, conformément à l'article L. 332-4 du code de la santé publique;
- l'aide à l'archivage des dossiers.

Art. 2. - Les catégories d'informations nominatives enregistrées sont les suivantes:

- identité de la personne hospitalisée sans consentement (nom, prénoms, date et lieu de naissance, profession, adresse);
- identité de la personne ayant demandé l'hospitalisation, en application de l'article L. 333 du code de la santé publique

(nom, prénoms, profession, adresse);

- identité des médecins auteurs des certificats prévus par la loi (nom, adresse professionnelle);
- informations en rapport avec la justice (application de l'article L. 348 pour les personnes relevant de l'article 122-1, 1er paragraphe, du code pénal);
- informations en rapport avec la situation administrative des personnes hospitalisées (lieu d'hospitalisation, date des certificats médicaux, date des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office, date et mode de sortie). Ces informations sont conservées pendant toute la durée de l'hospitalisation sans consentement et jusqu'à la fin de l'année civile de l'admission en établissement hospitalier.

Art. 3. - Les destinataires de ces informations sont, à raison de leurs attributions:

- le préfet du département;
- le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve le domicile de la personne hospitalisée;
- le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement;
- les membres de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

En outre, lorsque la personne est hospitalisée en application des articles L. 342 à L. 348, le maire du domicile ainsi que la famille de la personne hospitalisée sont informés de toute hospitalisation, de tout renouvellement et de toute sortie.

Art. 4. - Le droit d'accès prévu par l'article 34 de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 s'exerce auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, service des actions sanitaires.

Art. 5. - Chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales souhaitant mettre en oeuvre le présent traitement devra accompagner sa déclaration à la C.N.I.L. d'une annexe détaillant les mesures adoptées pour garantir la sécurité du traitement et la confidentialité des informations.

Art. 6. - Le directeur général de la santé et les préfets seront chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'application du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Art. 7. - L'arrêté du 26 février 1992 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques concernant le logiciel Gephosc est abrogé.

Art. 8. - Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 19 avril 1994.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,
de la santé et de la ville,

Pour le ministre et par délégation:

Le directeur général de la santé,

J.-F. GIRARD

Le ministre délégué à la santé,
Pour le ministre et par délégation:
Le directeur général de la santé,
J.-F. GIRARD

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES ET ÉTABLISSEMENTS SOUS TUTELLE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la promotion
de la santé et prévention
des maladies chroniques

Bureau de la santé mentale

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

NOR : ETSP1105167J

Validée par le CNP le 11 février 2011 – Visa CNP 2011-22.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : la présente instruction a pour objet de préciser, compte tenu des compétences respectives des représentants de l'État dans les départements et des directeurs généraux des agences régionales de santé, les missions particulières incombant à ces derniers pour la gestion des hospitalisations d'office (HO). Elle explicite les réponses aux questions traitées par le groupe de travail ad hoc mis en place par la DGS avec 10 ARS en juin 2010 suite aux nombreuses interrogations formulées par les ARS sur les procédures d'HO.

Résumé : le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans la gestion des hospitalisations d'office s'exerce également en période d'astreinte.

Mots clés : hospitalisations sans consentement – hospitalisations d'office – rôle des ARS – organisation des astreintes – questions diverses.

Références :

Article L. 3211-1 à L. 3223-3 du code de la santé publique (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) ;

Arrêté du 20 avril 2007 modifiant l'arrêté du 24 juin 1992 relatif à l'indemnisation des membres de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques ;

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Annexes (V) :

Annexe I. – Textes récents relatifs à l'hospitalisation sans consentement des personnes souffrant de troubles mentaux.

Annexe II. – Réponses aux questions des ARS – 1^{re} partie.

Annexe III. – Rappel des conditions requises pour prendre un arrêté d'HO.

Annexe IV. – Propositions d'arrêtés pour les HO en UHSA.

Annexe V. – Mallette de gestion des HO en période d'astreinte.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour information).

I. – ORGANISATION DES ARS POUR LA GESTION DES HO

La gestion des HO, y compris en période d'astreinte, incombe aux ARS qui assurent l'intégralité des actes préparatoires aux arrêtés préfectoraux de placement en hospitalisation d'office, y compris dans les périodes dites d'astreinte, la nuit, en fin de semaine ou lors des jours fériés, sous réserve de dispositions particulières prévues dans les protocoles relatifs aux modalités de coopération entre les préfets et les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Il appartient aux directeurs généraux d'ARS de définir l'organisation interne de leur agence et les modalités pratiques de mise en œuvre de la réponse aux demandes préfectorales. L'impératif est d'assurer aux préfets un service de qualité, réactif et fiable. Chaque ARS détermine en son sein, en lien avec les préfets de département et les établissements de santé, son mode de gestion des HO et décide notamment s'il y a lieu de mutualiser les moyens au niveau de l'ARS ou s'il est plus adapté de maintenir une gestion départementale par les délégations territoriales.

Dans ce dernier cas, les ARS participant au groupe de travail ont jugé nécessaire d'uniformiser ou de rapprocher les pratiques départementales au sein d'une même région. A cet effet, vous trouverez ci-joint (annexe 1) un tableau rappelant la chronologie à respecter pour mettre en œuvre la procédure légale des HO dites « directes préfet » et des HO préfectorales faisant suite à une mesure provisoire du maire, en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique (CSP).

Afin de faciliter les échanges avec les représentants de l'État et les établissements de santé ainsi que, le cas échéant, les établissements pénitentiaires, il serait souhaitable que chaque ARS leur fasse connaître les interlocuteurs désignés en matière d'HO au sein de l'ARS, notamment pour les périodes d'astreinte.

En outre, au cours de la réflexion menée par le groupe de travail, la demande d'un référentiel pour la gestion des astreintes a été formulée. En conséquence, une mallette d'aide à la gestion en période d'astreinte des mesures d'HO est jointe à la présente circulaire. Elle concerne notamment :

- toutes les mesures initiales d'HO ;
- les transformations d'HDT en HO ;
- les différentes actions accompagnant les décisions HO (notification au patient, informations) ;
- les réintégrations en établissement de santé.

Cette mallette comporte également des fiches d'aide à la gestion de situations exceptionnelles justifiant une gestion en urgence d'événements habituellement prévisibles (par exemple : sorties d'essai pour raisons familiales).

Je précise que la prise des arrêtés des HO non précédée par une mesure provisoire du maire (dite « mesure directe préfet ») peut devoir intervenir sans délai et qu'elle est donc incluse dans les mesures susceptibles d'être traitées au cours des astreintes.

Dans ce cas, la pratique doit rester conforme à la législation : ainsi que l'a rappelé la Cour de cassation dans son arrêt n° 03-16066 du 21 octobre 2004, « l'hospitalisation d'office est subordonnée à un arrêté préfectoral ».

À ce sujet, j'appelle votre attention sur le fait que l'arrêt rendu le 17 novembre 1997 par le Conseil d'État (arrêt GRANATA n° 15196) relatif aux mesures qui peuvent être prises en cas de danger imminent concerne un cas d'espèce ; il ne saurait fonder un mode de gestion courante consistant à hospitaliser systématiquement les personnes malades sans arrêté préfectoral, au motif que cette hospitalisation intervient pendant les périodes d'astreinte. En effet, dans cette hypothèse, des patients présentant le même état seraient traités différemment au regard du droit, non en raison de leur état de santé, mais en raison d'une organisation administrative.

Il convient également de rappeler que l'hospitalisation d'office intervenant en application de l'article D. 398 du code de procédure pénale (dans l'attente de la généralisation de la mise en place des UHSA) ne fait pas exception à l'exigence d'un arrêté préfectoral antérieur à l'hospitalisation.

D'une manière plus générale, le bon fonctionnement des astreintes suppose que soient limitées les interventions au cours de ces périodes. En conséquence, la gestion des événements prévisibles doit être anticipée, notamment pour les mesures suivantes :

- les maintiens en HO (renouvellements) ;
- les transferts ;
- les sorties d'essai et sorties accompagnées (sauf pour les sorties d'essai ou les sorties accompagnées liées à des événements imprévisibles concernant le patient) ;
- les levées d'HO (l'ordonnance de sortie que peut prononcer le juge des libertés et de la détention est d'application immédiate mais elle est notifiée directement à l'établissement de santé pour exécution et ne nécessite aucune intervention du préfet) ;
- les confirmations de transformation d'HDT en HO (en revanche, les arrêtés préfectoraux provisoires d'HO concernant des patients jusqu'alors pris en charge en HDT peuvent intervenir en urgence).

II. – QUESTIONS DIVERSES POSÉES PAR LES ARS

1. Le rôle du médecin désigné par le directeur général de l'ARS dans le cadre de la procédure d'HO

La loi relative au droit des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux du 27 juin 1990 modifiée ne précise pas le rôle du médecin désigné par le directeur général de l'ARS dans la procédure d'hospitalisation d'office.

Pour autant, le rôle de ce médecin, qui ne connaît pas le patient et n'a pas qualité d'expert, ne peut consister à porter une appréciation médicale sur le bien-fondé des mesures proposées par le psychiatre hospitalier. En revanche, sa qualité de médecin facilite les contacts avec les psychiatres des établissements de santé accueillant des patients pris en charge sans leur consentement, et, le cas échéant, les échanges entre les services de la préfecture et les médecins hospitaliers.

Ce type d'interventions est suggéré par la circulaire DGS/DAGPB/MSD/99/339 du 11 juin 1999 relative aux missions des médecins inspecteurs de santé publique toujours en vigueur, qui précise que leur qualité de médecin facilite l'établissement de liens étroits avec les professionnels de la santé, notamment avec les professionnels médicaux. Pour autant, ces médecins ne sont pas seuls chargés du suivi des hospitalisations sans consentement, la même circulaire précisant que ce suivi peut être réalisé par des personnels administratifs, après contrôle de la procédure initiale par un médecin.

2. L'évolution d'HOPSY

L'évolution à venir de l'application informatique HOPSY est en cours d'étude à la direction générale de la santé pour l'adapter au nouveau cadre juridique issu, notamment, de la loi HPST. Cette évolution prendra en compte l'organisation des ARS, y compris en matière d'astreinte, et les révisions nécessaires pour sécuriser les données et la transmission des informations. A cet effet, la DGS a lancé un groupe de travail, incluant des personnels des ARS, qui a pour objectif de définir un cahier des charges précisant les exigences techniques et les spécifications fonctionnelles. Les travaux de ce groupe, dont vous serez informés, devraient s'achever à la fin du premier semestre 2011, afin que la phase de réalisation puisse débuter au second semestre.

3. Rémunération des experts psychiatres requis par les préfets

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

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

4. Gestion des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

La plupart des membres des CDHP (hormis un psychiatre et un magistrat) sont désignés par le représentant de l'État dans le département (art. L. 3223-2), qui arrête la liste de la commission, l'ARS étant chargée d'en assurer le secrétariat.

La constitution de la commission, le renouvellement de ses membres et toute action permettant son fonctionnement normal relèvent de la fonction de support confiée à l'ARS en raison de sa connaissance des professionnels de santé (la commission compte trois médecins sur six membres), et des représentants des associations d'usagers. En particulier, le paiement des indemnités et des frais de leurs membres est à la charge des ARS.

5. Traitement du contentieux devant le juge administratif

Les compétences requises pour un traitement de qualité du contentieux de l'annulation portant sur les décisions préfectorales impliquent que cette charge soit assumée par l'administration ou le service disposant des ressources humaines les plus qualifiées en matière juridique, qui peut être, le cas échéant, un service de la préfecture. L'objectif poursuivi consiste en effet à assurer, dans les meilleures conditions possibles, la défense de l'État. Ce point doit être précisé dans le cadre des protocoles préfets-ARS

III. – LES RESSOURCES DÉJÀ DISPONIBLES

1. HOPSY

a) Présentation

HOPSY (dénommé HOPSYWEB dans sa version modernisée) est un logiciel de gestion qui assure, dans chaque département, le traitement automatisé des mesures d'hospitalisation sans consentement des personnes souffrant de troubles mentaux. Il a été créé par arrêté ministériel du 19 avril 1994 sur la base d'un avis de la CNIL du 29 mars 1994 et étendu à l'ensemble des DDASS par une circulaire de 2006.

Cette application informatique permet notamment, dans chaque département, la tenue d'un échéancier des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux, la gestion des sorties d'essai et des sorties définitives, la production automatisée des arrêtés préfectoraux et des courriers d'information au procureur, au maire et à la famille.

HOPSY a pour objet d'homogénéiser et sécuriser les pratiques afin de limiter le risque d'erreur dans la gestion de hospitalisations sans consentement, notamment les HO, et d'éviter les condamnations de l'État en matière contentieuse.

b) Fiches

Quinze fiches juridiques et de procédures, dites « fiche HOPSY » sont mises à disposition des utilisateurs d'HOPSY sur l'intranet HOPSY à la rubrique « Réglementation » (<http://dd13s05.sd.intranet.sante.gouv.fr/projets/intrahopsy/reglementation/index.htm>).

Elles portent notamment sur l'hospitalisation d'office et les mesures provisoires du maire, le maintien des mesures, les sorties d'essai, les transferts, les levées, l'hospitalisation sur demande d'un tiers, les médecins certificateurs et les détenus.

Ces fiches, actualisées en janvier 2009 restent globalement valables. Toutefois, elles sont en cours de révision pour tenir compte des modifications réglementaires intervenues depuis (Cf. annexe 1).

c) Modèles d'arrêtés

260 documents types sont intégrés dans l'application. Il s'agit d'arrêtés préfectoraux d'HO, initiaux, de maintien, de sortie d'essai, de transfert, de levée, de notes d'aide à la décision du préfet, de lettres de notification au patient des arrêtés préfectoraux le concernant, de lettres d'information au procureur, au maire et à la famille.

Une nouvelle version dite 1.4.7. devrait prochainement être déployée dans l'ensemble des départements. Elle intégrera les hospitalisations d'office sur décision de justice et la quinzaine de nouveaux documents types accompagnant cette procédure d'HO.

2. Lien

En sus de l'intranet HOPSY, susmentionné, un dossier santé mentale/droits des malades est en ligne sur le site intranet du ministère chargé de la santé. Il comprend notamment les textes en vigueur et un guide des réponses aux questions portant sur les droits des patients en psychiatrie. Ce dossier est une synthèse des réponses aux questions le plus souvent posées à l'administration centrale au sujet de l'application de la loi du 27 juin 1990 précitée. Le site a été mis à jour en septembre 2010 avec les derniers textes intervenus.

3. Propositions d'arrêtés types pour les UHSA jointes à la note

La plupart des détenus – dont l'état de santé le nécessite – sont encore hospitalisés d'office sur le fondement de l'article D. 398 du code de procédure pénale. À terme, lorsque toutes les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) seront en place, les hospitalisations sans consentement de détenus auront lieu dans ces unités. Pour l'instant, seule l'unité hospitalière du Vinatier (Rhône) est en service et les dispositions des articles L. 3214 et suivants du code de la santé publique, qui prévoient notamment l'hospitalisation sans consentement des détenus en UHSA, ne s'appliquent que dans le département du Rhône et dans les départements du ressort de l'UHSA du Vinatier.

Afin d'aider ces départements dans leur gestion quotidienne, il leur est proposé une douzaine d'arrêtés types (figurant en annexe 4) répondant aux situations évoquées dans le projet, quasiment finalisé, de circulaire relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

Ces arrêtés types ne peuvent pas, pour des raisons techniques, être intégrés à court terme dans HOPSY. Il faudra donc que les utilisateurs concernés aient recours à ces documents hors de l'application HOPSY, sous Word.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, et notamment Jean-Claude CHASTANET (jean-claude.chastanet@sante.gouv.fr, tél. : 0140564548) qui est chargé, au bureau de la santé mentale, de l'appui aux ARS et à leurs services pour l'application du dispositif de l'hospitalisation sans consentement.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale adjointe de la santé,
S. DELAPORTE

ANNEXE I

TEXTES RÉCENTS RELATIFS À L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT
DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Cette ordonnance a apporté quelques modifications au code de la santé publique (et par voie de conséquence à la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 codifiée relative aux droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation) :

- c'est désormais le directeur général de l'ARS (et non plus la DDASS) qui donne son avis au procureur sur la liste des psychiatres, établie par ce dernier, appelés à se prononcer sur la levée des mesures d'hospitalisation d'office des personnes reconnues pénalement irresponsables pour cause de trouble mental (art. L. 3213-8) ;
- le représentant de l'État n'habilite plus les établissements de santé à soigner les personnes hospitalisées sans leur consentement, c'est le directeur général de l'ARS qui désigne – après avis du représentant de l'État – les établissements assurant la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement (art. L. 3222-1) ;
- aux autorités (préfet, maire, président du TGI...) visitant les établissements de santé mentionnés à l'article L. 3222-1 est ajoutée une nouvelle autorité : le directeur général de l'ARS (art. L. 3222-4). De plus, ces autorités ne reçoivent désormais que les réclamations des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

L'article 100 de ce décret modifie la partie réglementaire du code de la santé publique se rapportant à l'organisation et au fonctionnement de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Cet article prévoit que le secrétariat de la CDHP est assurée par l'agence régionale de santé (il était assuré jusqu'alors par la DDASS).

Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux

Ce texte apporte des précisions sur la procédure d'admission des personnes détenues hospitalisées sans leur consentement en unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) [cf. notamment art. R. 3214-1 et R. 3214-2 du CSP] mentionnées aux articles L. 3214-1 et L. 3214-3 du code de la santé publique.

Seule l'UHSA du centre hospitalier du Vinatier à Bron près de Lyon, inaugurée par la ministre le 21 mai 2010, est actuellement en place.

Dans l'attente de l'ouverture des autres UHSA, la plupart des détenus continueront à être hospitalisés d'office dans les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1, comme c'est déjà actuellement le cas, sur la base des dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

Décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement prévue à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique

Ce décret insère une section intitulée « la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement » [ordonnée par le juge des libertés et de la détention – JLD] dans la partie réglementaire du code de la santé publique (art. R. 3211-1 à R. 3211-18).

Ce texte était nécessaire en raison des nombreuses condamnations de la France par la Cour européenne des droits de l'homme, le JLD statuant dans un délai trop long. Le décret donne désormais un délai de douze jours au juge pour prendre sa décision (et vingt-cinq jours en cas d'expertise psychiatrique).

Le décret prévoit les dispositions procédurales visant à faciliter l'application de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

Les modalités de la requête sont précisées. L'ordonnance du JLD décidant la sortie est exécutoire de plein droit, c'est-à-dire que l'appel n'est pas suspensif. Des dispositions spécifiques réglementent la procédure en appel.

Ce texte constitue une avancée dans la protection des droits des malades en précisant les points suivants :

- le patient verra sa demande examinée par le juge dans de plus courts délais ;
- la requête peut être déposée à l'établissement de santé d'accueil ;
- le juge entend la personne hospitalisée sauf si son audition est de nature à porter préjudice à sa santé.

Décret n° 2010-692 du 24 juin 2010 précisant les dispositions du code de procédure pénale relatives à l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Ce décret, qui concerne notamment l'hospitalisation d'office sur décision de justice, précise que c'est le préfet qui détermine l'établissement dans lequel la personne sera hospitalisée.

Le texte précise également que l'expertise psychiatrique, nécessaire pour l'hospitalisation d'office décidée par le juge, peut être accompagnée, si besoin, d'un certificat médical décrivant l'état actuel de la personne et que copie de ce certificat est adressée au préfet avec celle de l'expertise psychiatrique.

Il est mentionné que l'ordonnance aux fins d'hospitalisation d'office est immédiatement exécutoire même en cas d'appel.

Il est également précisé que si la personne est déclarée responsable par la juridiction d'appel et condamnée à une peine privative de liberté, la caducité de l'ordonnance aux fins d'hospitalisation d'office intervient. Les dispositions de l'article D. 398 du code de procédure pénale [« HO de détenu »] peuvent alors s'appliquer, le cas échéant, sans interruption du séjour de la personne en établissement de santé.

Le fait que la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement n'ordonne pas l'hospitalisation d'office n'empêche pas le préfet, s'il le juge utile, de prendre une mesure d'HO conformément aux dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique.

Le régime de l'hospitalisation d'office ordonnée par une juridiction est le même que celui de l'hospitalisation d'office ordonnée par le préfet pour une personne irresponsable pour cause de trouble mental. [Il n'y a pas d'arrêtés de maintien. Les dispositions relatives au maintien des mesures par le préfet aux échéances prévues ne sont en effet pas applicables en l'espèce : la mainlevée automatique des mesures ne pouvant pas jouer pour les personnes en HO irresponsables pénalement dès lors que la levée de ce type d'HO ne peut intervenir que sur le fondement de deux expertises psychiatriques concordantes.]

Si une mesure d'HO préfectorale est déjà intervenue et qu'une hospitalisation d'office est ordonnée par la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement, la décision judiciaire se substitue à l'arrêté d'hospitalisation pris par le préfet.

Si la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement ne décide pas l'hospitalisation d'office car l'hospitalisation d'office a déjà été ordonnée par le préfet, le procureur avise le préfet afin que ce dernier puisse être informé que le régime de l'hospitalisation devient celui prévu par les articles L. 3213-7 et L. 3213-8 du CSP [le préfet prend alors un arrêté modificatif].

ANNEXE II

RÉPONSES AUX QUESTIONS DES ARS

Première partie

Quelles sont les modalités de rédaction de la motivation de l'arrêté d'HO et d'ajout du certificat médical ?

Concernant les modalités de rédaction de la motivation de l'arrêté d'HO, il convient de se reporter à la fiche HOPSY n° 3.

Ainsi, il existe deux façons de motiver un arrêté préfectoral :

- soit en motivant la mesure par référence à un certificat médical, la motivation médicale figurant dans le certificat qu'il faut alors annexer à l'arrêter et remettre au patient (Conseil d'État, Deslandes, 9 novembre 2001) ;
- soit en reproduisant les termes du certificat dans l'arrêté, la motivation médicale figurant alors directement dans cet arrêté.

En tout état de cause, l'arrêté doit comporter les éléments suivants :

- la description des circonstances : en l'absence de description des circonstances ayant rendu la mesure nécessaire, l'arrêté sera annulé (Conseil d'État, 28 juillet 2000) ;
- la description précise de l'état mental du patient, sauf à encourir l'annulation (Conseil d'État, M. Francisco, 18 octobre 1989) ;
- le lien entre les troubles mentaux et la dangerosité de la personne (Conseil d'État, M. Lambert, 31 mars 1989).

Durée de l'archivage des documents papier des personnes hospitalisées sans leur consentement

Le guide des réponses à apporter aux questions portant sur les droits des patients en psychiatrie renvoie à la lettre de principe DGS/SP3 n° 449 du 31 mars 1995 relative au suivi des hospitalisations sans consentement. Ce courrier s'appuyait sur des instructions en la matière du ministère de la culture et de la francophonie en date du 10 août 1994, pour préciser que les DDASS n'avaient pas besoin de garder les dossiers des personnes hospitalisées sans consentement au-delà d'une période de cinq à dix ans.

En effet, ce ministère a considéré, d'une part, que les centres hospitaliers spécialisés sont tenus de conserver indéfiniment un document primordial intitulé « registre de la loi » (art. L. 3212-11 CSP) qui reprend tous les éléments du placement du malade et, d'autre part, que le préfet doit tenir à jour une collection de ses arrêtés. Il en a conclu qu'il n'était pas capital de conserver ces documents à la DDASS au-delà d'une certaine durée d'utilité administrative et que la durée de dix ans était un maximum. Par ailleurs, une circulaire de 1994 sur le tri et la conservation des archives des établissements publics de santé a fixé à cinq ans à compter de la sortie de l'hôpital ou du décès du malade à l'hôpital la conservation du même type de dossier et a indiqué que ce délai de cinq ans a été reconnu par les représentants du ministère des affaires sociales comme offrant toutes les garanties de conservation dans les établissements eux-mêmes.

Les autorisations de détention d'arme : durée de recherche des informations préalables à la délivrance ?

Il convient de se reporter à la circulaire DGS 245 du 1^{er} juin 2006 relative à la communication d'informations par les DDASS aux préfetures chargées des autorisations et des déclarations de détention d'armes.

Conduite à tenir lorsque le patient faisant l'objet d'une hospitalisation d'office refuse de prévenir sa famille

L'article L. 3213-9 du code de la santé publique (CSP) prévoit que « le représentant de l'État dans le département avise dans les vingt-quatre heures [...] la famille de la personne hospitalisée, de toute hospitalisation d'office, de tout renouvellement et de toute sortie ».

L'information des familles doit toujours être entendue dans l'intérêt du malade et concerne dans la pratique, le plus souvent, les membres énumérés à l'article L. 3212-9 du CSP, à savoir le conjoint, les ascendants et les descendants majeurs, susceptibles d'intervenir en faveur du patient. Certains membres non cités à l'article L. 3212-9 (frères, sœurs, oncles, tantes...) peuvent utilement être avisés d'une hospitalisation sans consentement.

La loi ne fait pas obligation d'informer tous les membres de la famille même la plus proche et il convient d'insister sur l'intérêt qui s'attacherait à ce que les établissements signalent au préfet, lorsqu'ils transmettent le dossier, les souhaits qu'a pu exprimer le malade à cet égard.

Comment formaliser la non-confirmation de la mesure d'HO ?

En l'absence de décision préfectorale aux échéances légales de maintien des mesures d'HO, la mesure est levée par caducité automatique. La levée automatique de la mesure d'HO prise par le préfet ne doit pas être utilisée comme une simplification administrative lorsqu'une sortie est prévue : il est souhaitable que le préfet prononce la levée de la mesure (voir fiche HOPSY n° 12). En effet, la levée automatique n'est qu'une garantie en regard d'une organisation qui serait défaillante.

Dans le cas d'une levée automatique par caducité d'une HO préfectorale, cette levée doit être portée à la connaissance du patient par un document informatif – prévu dans HOPSY – constatant la cessation de la mesure du fait de sa caducité. La caducité automatique ne joue pas pour les HO judiciaires et les HO préfectorales prises en application de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique puisque la levée de ces mesures ne peut intervenir que sur la base de deux expertises psychiatriques.

Déclaration de fugue : quel est l'intérêt de la remontée au CORUSS ?

Comme rappelé dans la circulaire du 17 juin dernier relative au relation entre les ARS et le niveau national dans le cadre d'alerte sanitaire, la direction générale de la santé, *via* le centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales au sein du département des urgences sanitaires, a la responsabilité de centraliser l'ensemble des alertes et d'assurer la gestion des situations d'urgences sanitaires en lien avec d'autres institutions ou ministères.

La déclaration, non nominative, des fugues de patients hospitalisés d'office vise à tenir informés les services centraux des situations affectant l'organisation du système de soins et dysfonctionnements observés dans les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux.

ANNEXE III

RAPPEL DES CONDITIONS POUR PRENDRE UN ARRÊTÉ D'HOSPITALISATION D'OFFICE

HOSPITALISATION d'office	HOSPITALISATION D'OFFICE prononcée directement par le préfet (L. 3213-1 du CSP) non précédée d'une mesure provisoire du maire	HOSPITALISATION D'OFFICE prononcée par le préfet (L. 3213-1) faisant suite à une mesure provisoire du maire prise en application de l'art. L. 3213-2
Mesure antérieure à l'HO	Néant	<p>Mesure pouvant précéder l'HO : mesure provisoire du maire. Nature juridique de la mesure : en application de l'art. L. 3213-2, le maire peut prendre toutes mesures provisoires en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attestée soit par avis médical, soit sur la base de la notoriété publique. Même si cette mesure provisoire est une hospitalisation, il ne s'agit pas juridiquement d'une HO.</p> <p>Dans la pratique : bien que les textes ne l'exigent pas, les maires demandent de plus en plus souvent un certificat médical pour fonder l'arrêté municipal faisant hospitaliser la personne souffrant de troubles mentaux.</p> <p>Rôle des ARS : les ARS n'interviennent pas dans cette procédure (sauf, le cas échéant, en tant que conseil du maire). Information du préfet : le maire doit prévenir le préfet dans les 24 h suivant l'intervention des mesures provisoires (L. 3213-2). Il convient donc que les maires soient informés de l'organisation retenue par les ARS et les préfets sur le service à contacter (notamment pendant la période d'astreinte). Certificat médical des 24 heures : un psychiatre de l'établissement doit établir un certificat médical dans les 24 premières heures de l'hospitalisation. Ce certificat tiendra lieu du certificat prévu à l'article L. 3213-1 (voir ci-dessous).</p>
Mesure du maire/mesure du préfet	La mesure prise par le maire et la mesure que prend, le cas échéant, le préfet sont deux mesures différentes car elles reposent sur des fondements juridiques distincts (jurisprudence constante du Conseil d'État). À titre d'illustration, l'annulation de l'arrêté municipal n'entraîne pas <i>ipso facto</i> l'annulation de l'arrêté préfectoral.	
Indications pour prendre un arrêté préfectoral d'HO art. L. 3213-1	Troubles mentaux nécessitant des soins + Compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public.	
Certificat médical fondant l'HO art. L. 3213-1	Exigence d'un certificat médical circonstancié émanant d'un médecin autre qu'un psychiatre de l'établissement d'accueil. Auteurs possibles du certificat : médecin de ville généraliste ou spécialiste, dont psychiatre et tout médecin non psychiatre de l'établissement d'accueil.	
Délai pour prendre l'arrêté d'HO	Pas de délai précisé par la loi. Mais il est logique que le préfet intervienne le plus près possible des événements conduisant à l'HO.	48 heures à compter de la mesure d'hospitalisation provisoire (L. 3213-2).
Motivation de l'arrêté d'HO	L'arrêté préfectoral est préparé par l'ARS. L'arrêté préfectoral doit être motivé (soit le certificat médical fondant l'HO doit être joint à l'arrêté, soit ses termes doivent être intégralement repris dans l'arrêté). L'arrêté doit énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire (L. 3213-1). L'arrêté doit comporter une description précise de l'état mental du patient : il s'agit de décrire les troubles du patient et non de mentionner le diagnostic qui n'est pas une justification en soi de l'hospitalisation.	
Transmission de l'arrêté	L'ARS transmet immédiatement l'arrêté signé par le préfet à l'établissement de santé pour exécution.	
Admission en hospitalisation	Le patient est hospitalisé en HO.	Le patient est maintenu en hospitalisation mais il est désormais en HO.

HOSPITALISATION d'office	HOSPITALISATION D'OFFICE prononcée directement par le préfet (L. 3213-1 du CSP) non précédée d'une mesure provisoire du maire	HOSPITALISATION D'OFFICE prononcée par le préfet (L. 3213-1) faisant suite à une mesure provisoire du maire prise en application de l'art. L. 3213-2
Dans les 24 heures suivant l'hospitalisation : certificat des 24 heures (L. 3213-1)	<p>Dans les 24 heures suivant l'admission intervenant en application de l'arrêté préfectoral d'HO, un psychiatre de l'établissement établit un certificat.</p> <p>Si le certificat des 24 h confirme la nécessité de l'HO, le patient reste hospitalisé en HO. Jusqu'à l'établissement de l'arrêté de maintien (qui devra être pris dans les trois jours précédant la fin du premier mois d'HO), l'ARS n'a plus à intervenir, sauf si le certificat des 24 h, ou tout certificat établi au cours du premier mois, atteste que l'état du patient ne relève pas de l'HO. Dans ces deux cas, l'ARS doit en aviser le préfet qui peut décider de lever l'HO ou de demander une contre-expertise.</p>	<p>Uniquement dans le cas de l'hospitalisation ordonnée par le maire, le certificat des 24 heures peut intervenir avant l'arrêté d'HO préfectoral car il est établi dans les 24 heures suivant l'admission intervenant en application de la mesure provisoire du maire par un psychiatre de l'établissement.</p> <p>L'ARS transmet ce certificat au préfet pour éclairer sa prise de décision relative à l'HO (fiche d'information santé/intérieur du 13 mai 1991 disponible sur http://www.intranet.jeunesse-social.sante-sports.gouv.fr/900/Sante/Santementale/Droits-desmalades/ART_DGS_003907).</p>

ANNEXE IV

UHSA

Liste des arrêtés préfectoraux d'admission, de maintien et de sortie

A. – TRANSFERT DANS UNE UHSA SITUÉE DANS UN AUTRE DÉPARTEMENT

a) À partir d'un établissement pénitentiaire du département de départ

1. Arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et transfert en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) (M1DETENU3214 vers UHSA autre DEP)

b) À partir d'un établissement de santé du département de départ (concerne les détenus déjà en HO D. 398)

2. Arrêté portant transfert en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'une personne détenue déjà hospitalisée d'office en établissement de santé (M2DETENU398 vers UHSA autre DEP)

B. – HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN UHSA DANS LE DÉPARTEMENT DE L'UHSA

a) À partir d'un établissement pénitentiaire situé dans le département de l'UHSA

3. Arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) (M3DETENU3214 dans UHSA dep)

b) À partir d'un établissement de santé situé dans le département de l'UHSA (concerne les détenus déjà en HO D. 398)

4. Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'une personne détenue déjà hospitalisée d'office en établissement de santé (M4DETENU398 dans UHSA dep)

c) À partir d'un établissement pénitentiaire situé dans un autre département que celui de l'UHSA (hospitalisation sans consentement décidée préalablement par le département de départ et transfert)

5. Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) par transfert d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement (M5DETENU3214 ad UHSA par transfert)

d) À partir d'un établissement de santé situé dans un autre département que celui de l'UHSA (transfert à partir du département de départ, le malade étant déjà en HO D. 398)

6. Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) par transfert d'une personne détenue déjà hospitalisée d'office en établissement de santé (M6DETENU398 ad UHSA par transfert)

C. – POURSUITE ET FIN DES SOINS EN UHSA

7. Arrêté portant maintien en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement (3 mois) (M7DETENU3214 MAINTIEN3MOIS)

8. Arrêté portant maintien en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement (6 mois) (M8DETENU3214 MAINTIEN6MOIS)

9. Arrêté mettant fin à une mesure d'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue suivie en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) (M9DETENU3214 LEVEEHSC)

D. – AUTRES CAS

10. – Arrêté portant transfert en unité pour malades difficiles (UMD) d'une personne détenue déjà hospitalisée sans son consentement en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) (M10DETENU3214 TRANSFERT en UMD)

11. – Arrêté modifiant un arrêté d'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et portant hospitalisation d'office suite à une levée d'écrou (M11DETENU3214 MODIF3213LEVECROU)

12. – Arrêté modifiant un arrêté d'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et portant hospitalisation d'office suite à une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (M12DETENU3214 MODIF3213-7IRRESPONSAB)

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

Arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et transfert en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Seuls sont concernés pour l'instant par ce type d'arrêté les départements situés dans le ressort territorial de l'UHSA du centre hospitalier du Vinatier de Bron à l'exception du département du Rhône.

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu le certificat médical en date du ..., établi par le docteur ..., praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant l'hospitalisation sans consentement et le transfert de :

M. ... ;

Né le ... *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;

Détenu à ... ;

Vu l'accord médico-administratif de l'UHSA de ... en date du ... ;

Soit *(certificat non joint)*.

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'hospitalisation sans consentement et le transfert en UHSA nécessaires)* ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même *(elle-même)* ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son hospitalisation sans son consentement et son transfert en UHSA ;

Soit *(certificat joint)*.

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'hospitalisation sans consentement et le transfert en UHSA nécessaires)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant l'hospitalisation sans consentement et le transfert en UHSA et dont je m'approprie les termes, que le transfert de M. ... en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont ordonnés l'hospitalisation sans consentement de M. ... et son transfert dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de ... le ... *(ou dans les meilleurs délais)*.

Article 2

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeurs d'établissement de santé... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle *(pour en demander l'annulation)* : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure *(pour demander la sortie immédiate)* : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

**Arrêté portant transfert en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)
d'une personne détenue déjà hospitalisée d'office en établissement de santé**

Seuls sont concernés pour l'instant par ce type d'arrêté les départements situés dans le ressort territorial de l'UHSA du centre hospitalier du Vinatier de Bron à l'exception du département du Rhône.

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, article L. 3213-1 et suivants, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu le code de procédure pénale, article D. 398 ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant hospitalisation d'office au centre hospitalier de ... de :

M. ... ;

Né le ... (date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance) ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêt n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure [le cas échéant] ;

Vu le certificat médical en date du ..., établi par le docteur ..., praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant le transfert à l'UHSA de ... ;

Vu l'accord médico-administratif de l'UHSA de ... en date du ... ;

Soit (certificat non joint).

Considérant (description des circonstances ayant rendu le transfert en UHSA nécessaire) ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... (reprise des termes du certificat médical) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même (elle-même) ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son transfert en UHSA ;

Soit (certificat joint).

Considérant (description des circonstances ayant rendu le transfert en UHSA nécessaire) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant le transfert en UHSA et dont je m'approprie les termes, que le transfert de M. ... en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonné le transfert de M. ... dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de ... le ... (ou dans les meilleurs délais) afin que son hospitalisation puisse se poursuivre sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues.

Article 2

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeurs d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

Arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Le patient est déjà dans le département de l'UHSA.

Seul est concerné pour l'instant par ce type d'arrêté le département du Rhône siège de la seule UHSA en service.

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu le certificat médical en date du ..., établi par le docteur ..., praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant l'hospitalisation sans consentement et l'admission à l'UHSA du centre hospitalier de ... de :

M. ... ;

Né le ... *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;

Actuellement détenu à ... ;

Vu l'accord médico-administratif de l'UHSA de ... en date du ... ;

Soit (certificat non joint).

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'hospitalisation sans consentement et l'admission en UHSA nécessaires)* ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même *(elle-même)* ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son hospitalisation sans consentement et son admission en UHSA ;

Soit (certificat joint).

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'hospitalisation sans consentement et l'admission en UHSA nécessaires)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant l'hospitalisation sans consentement et l'admission en UHSA et dont je m'approprie les termes, que l'hospitalisation sans consentement et l'admission de M. ... en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont ordonnés l'hospitalisation sans consentement de M. ... et son admission dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de ... le ... (ou dans les meilleurs délais).

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation sans consentement après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle *(pour en demander l'annulation)* : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure *(pour demander la sortie immédiate)* : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de (*ou autre service de l'ARS*).

Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) d'une personne détenue déjà hospitalisée d'office en établissement de santé

Le patient est déjà dans le département de l'UHSA.

Seul est concerné pour l'instant par ce type d'arrêté le département du Rhône siège de la seule UHSA en service.

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, article L. 3213-1 et suivants, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu le code de procédure pénale, article D. 398 ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant hospitalisation d'office au centre hospitalier de ... de :

M. ... ;

Né le ... (*date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance*) ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure [le cas échéant] ;
Vu le certificat médical en date du ..., établi par le docteur ..., praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant l'admission à l'UHSA de ... ;

Vu l'accord médico-administratif de l'UHSA de ... en date du ... ;

Soit (certificat non joint).

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'admission en UHSA nécessaire*) ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... (*reprise des termes du certificat médical*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même (*elle-même*) ou pour autrui, ce qui rend nécessaire la poursuite de son hospitalisation sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues et son admission en UHSA ;

Soit (certificat joint).

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'admission en UHSA nécessaire*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant l'admission en UHSA et dont je m'approprie les termes, que l'admission de M. ... en UHSA s'avère nécessaire ainsi que la poursuite de son hospitalisation sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont ordonnées l'admission de M. ... dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de ... le ... (*ou dans les meilleurs délais*) et la poursuite de son hospitalisation sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues.

Article 2

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (*pour en demander l'annulation*) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (*pour demander la sortie immédiate*) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) par transfert d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement

Seul est concerné pour l'instant par ce type d'arrêté le département du Rhône siège de la seule UHSA en service.

Vu le code de la santé publique, article L.3213-1 et suivants, article L.3214-1 et suivants, notamment l'article L.3214-3 ainsi que l'article R.3214-1 ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et transfert en unité hospitalière spécialement aménagée de :

M. ... ;

Né le ... *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;

Détenu à ... ;

Vu le certificat médical en date du ... établi par le docteur ..., praticien compétent au titre de l'article L.3214-3, demandant l'admission en UHSA ;

Soit (certificat non joint).

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'admission en UHSA nécessaire)* ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même *(elle-même)* ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son hospitalisation sans consentement et son admission en UHSA ;

Soit (certificat joint).

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'admission en UHSA nécessaires)* ;

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... et dont je m'approprie les termes, que l'admission de M. ... en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée l'admission par transfert de M. ... dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de ... le ... *(ou dans les meilleurs délais)*.

Article 2

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle *(pour en demander l'annulation)* : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure *(pour demander la sortie immédiate)* : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de (*ou autre service de l'ARS*).

Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) par transfert d'une personne détenue déjà hospitalisée d'office en établissement de santé

Seul est concerné pour l'instant par ce type d'arrêté le département du Rhône siège de la seule UHSA en service.

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, article L. 3213-1 et suivants, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que l'article R. 3214-1 ;

Vu le code de procédure pénale, article D. 398 ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant hospitalisation d'office au centre hospitalier de ... de :

M. ... ;

Né le ... (*date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance*) ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure (*le cas échéant*) ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant transfert en unité hospitalière spécialement aménagée ;

Vu le certificat médical en date du ... demandant l'admission en UHSA ;

Soit (certificat non joint).

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'admission en UHSA nécessaire*) ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... (*reprise des termes du certificat médical*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même (*elle-même*) ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son admission en UHSA et la poursuite de son hospitalisation sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues ;

Soit (certificat joint).

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'admission en UHSA nécessaire*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant l'admission en UHSA et dont je m'approprie les termes, que l'admission de M. ... en UHSA s'avère nécessaire ainsi que la poursuite de son hospitalisation sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont ordonnées l'admission par transfert de M. ... dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du Centre hospitalier de ... le ... (*ou dans les meilleurs délais*) et la poursuite de son hospitalisation sous le mode de l'hospitalisation sans consentement des personnes détenues.

Article 2

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (*pour en demander l'annulation*) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (*pour demander la sortie immédiate*) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

**Arrêté portant maintien en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)
d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement**

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, articles L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-4 ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... *(si le patient est transféré d'un autre département que celui de l'UHSA, il faut viser deux arrêtés préfectoraux, l'arrêté du préfet du département d'origine transférant le patient et celui du préfet du lieu de l'UHSA portant admission en UHSA. En revanche, un seul visa d'arrêté est nécessaire si le détenu se trouve dans le département de l'UHSA)* de :

M ... ;

Né le : *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;

Détenu à ...,

Vu le certificat médical en date du ... établi par un psychiatre de l'unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier de ... ;

Soit (certificat non joint).

Considérant *(description des circonstances rendant le maintien en UHSA nécessaire)* ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... doit être maintenu en UHSA en hospitalisation sans son consentement ;

Soit (certificat joint).

Considérant *(description des circonstances rendant le maintien en UHSA nécessaire)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant le maintien de l'hospitalisation sans consentement en UHSA et dont je m'approprie les termes, que le maintien de M. ... en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

L'hospitalisation sans consentement de M. ... dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de ... est maintenue pour une durée de trois mois à compter du ... jusqu'au ... inclus.

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation sans consentement après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle *(pour en demander l'annulation)* : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure *(pour demander la sortie immédiate)* : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ...

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

**Arrêté portant maintien en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)
d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement**

Le préfet de ...
Vu le code de la santé publique, articles L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-4 ;
Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... *(si le patient est transféré d'un autre département que celui de l'UHSA, il faut viser deux arrêtés préfectoraux, l'arrêté du préfet du département d'origine transférant le patient et celui du préfet du lieu de l'UHSA portant admission en UHSA. En revanche, un seul visa d'arrêté est nécessaire si le détenu se trouve dans le département de l'UHSA)* de ...
M. ... ;
Né le ... *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;
Détenu à ... ;
Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure ;
Vu le certificat médical en date du ... établi par un psychiatre de l'unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier du Vinatier de Bron ;
Soit (certificat non joint).
Considérant *(description des circonstances rendant le maintien en UHSA nécessaire)* ;
Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical)* ;
Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... doit être maintenu en UHSA en hospitalisation sans son consentement ;
Soit (certificat joint).
Considérant *(description des circonstances rendant le maintien en UHSA nécessaire)* ;
Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant le maintien de l'hospitalisation sans consentement en UHSA et dont je m'approprie les termes, que le maintien de M. ... UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

L'hospitalisation sans consentement de M. ... dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du Vinatier de Bron est maintenue pour une durée de six mois à compter du ... jusqu'au ... inclus.

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation sans consentement après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :
Sur la régularité formelle *(pour en demander l'annulation)* : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;
Sur le bien-fondé de la mesure *(pour demander la sortie immédiate)* : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;
La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

**Arrêté mettant fin à une mesure d'hospitalisation sans son consentement
d'une personne détenue suivie en unité hospitalière spécialement aménagée
(UHSA)**

Le préfet de ...
Vu le code de la santé publique, articles L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-4 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... *(si le patient est transféré d'un autre département que celui de l'UHSA, il faut viser deux arrêtés préfectoraux, l'arrêté du préfet du département d'origine transférant le patient et celui du préfet du lieu de l'UHSA portant admission en UHSA. En revanche, un seul visa d'arrêté est nécessaire si le détenu se trouve dans le département de l'UHSA)* de ...

M. ... ;

Né le ... *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure ;

Vu le certificat médical en date du ... établi par un psychiatre de l'unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier de ... demandant qu'il soit mis fin à cette mesure ;

Considérant qu'il résulte de ce document que l'état de santé du patient permet la levée de son hospitalisation d'office,

Arrête :

Article 1^{er}

Il est mis fin à la mesure d'hospitalisation sans consentement concernant M. ... à compter de ce jour.

Article 2

Il sera procédé sans délai à son transfert dans son établissement pénitentiaire d'origine (ou siège du SMPR).

Article 3

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

Arrêté portant transfert en unité pour malades difficiles (UMD) d'une personne détenue déjà hospitalisée sans son consentement en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, articles L. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... *(si le patient est transféré d'un autre département que celui de l'UHSA, il faut viser deux arrêtés préfectoraux, l'arrêté du préfet du département d'origine transférant le patient et celui du préfet du lieu de l'UHSA portant admission en UHSA. En revanche, un seul visa d'arrêté est nécessaire si le détenu se trouve dans le département de l'UHSA)* de ...

M. ... ;

Né le ... *(date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance)* ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure ;

Vu le certificat médical en date du ... établi par un psychiatre de l'unité hospitalière spécialement aménagée du centre hospitalier de ... demandant le transfert en unité pour malades difficiles (UMD) ;

Vu l'accord du préfet de ... en date du ... autorisant le transfert en unité pour malades difficiles de M. ... *(Il s'agit du préfet du département du lieu de l'UMD)* ;

Soit (certificat non joint).

Considérant *(description des circonstances rendant le transfert en UMD nécessaire)* ;

Considérant que les troubles mentaux présentés par M. ... se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que M. ... doit être transféré en UMD ;

Considérant que l'admission en établissement de santé autorisé, hors UHSA, est ordonnée, pour les personnes dont l'état le nécessite, conformément aux dispositions du code de la santé publique, sous le mode de l'hospitalisation d'office et que les conditions de l'hospitalisation d'office sont réunies ;

Soit (certificat joint).

Considérant (*description des circonstances rendant l'envoi en UMD nécessaire*);

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... demandant le transfert en UMD et dont je m'approprie les termes, que le transfert en UMD s'avère nécessaire ;

Considérant que l'admission en établissement de santé autorisé, hors UHSA, est ordonnée, pour les personnes dont l'état le nécessite, conformément aux dispositions du code la santé publique, sous le mode de l'hospitalisation d'office et que les conditions de l'hospitalisation d'office sont réunies,

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonné le transfert en unité pour malades difficiles (UMD), sous le mode de l'hospitalisation d'office, de M. ... dans les meilleurs délais. Ou à compter du (*si la date est connue*).

Article 2

(*Article d'exécution*) préfecture, ARS (DTARS), directeurs d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (*pour en demander l'annulation*) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (*pour demander la sortie immédiate*) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de (*ou autre service de l'ARS*).

Arrêté modifiant un arrêté relatif à l'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et portant hospitalisation d'office suite à une levée d'écrou

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, articles L. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... (*si le patient est transféré d'un autre département que celui de l'UHSA, il faut viser deux arrêtés préfectoraux, l'arrêté du préfet du département d'origine transférant le patient et celui du préfet du lieu de l'UHSA portant admission en UHSA. En revanche, un seul visa d'arrêté est nécessaire si le détenu se trouve dans le département de l'UHSA*) de ...

M. ... ;

Né le ... (*date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance*) ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure (*dernier arrêté de maintien*) ;

Vu la levée d'écrou en date du ... émanant des autorités judiciaires ;

Vu le certificat médical en date du ... établi par un psychiatre de l'établissement de santé indiquant que les troubles mentaux de M. ... justifient le maintien de la mesure préfectorale d'hospitalisation sans consentement le concernant ;

Considérant que la levée d'écrou a mis fin à la situation de détenu de M. ... et qu'il ne peut donc plus faire l'objet d'une mesure préfectorale d'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue ;

Considérant cependant que ses troubles mentaux rendent le maintien de son hospitalisation sans consentement nécessaire dans les conditions définies pour l'hospitalisation d'office et que cette mesure préfectorale doit donc se poursuivre sous le mode de l'hospitalisation d'office,

Arrête :

Article 1^{er}

L'hospitalisation sans consentement de M. ... est maintenue sous le mode de l'hospitalisation d'office jusqu'à (*date du prochain arrêté de maintien, les échéances des mesures prises par le préfet en application des articles L. 3213-1 et suivants et L. 3213-4 et suivants étant identiques*).

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Article 3

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (*pour en demander l'annulation*) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (*pour demander la sortie immédiate*) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

Le préfet de ...

Agence régionale de santé de délégation territoriale de (*ou autre service de l'ARS*).

Arrêté modifiant un arrêté d'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et portant hospitalisation d'office suite à une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Le préfet de ...

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment l'article L. 3213-7, articles L. 3214-1 et suivants,

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... (*si le patient est transféré d'un autre département que celui de l'UHSA, il faut viser deux arrêtés préfectoraux, l'arrêté du préfet du département d'origine transférant le patient et celui du préfet du lieu de l'UHSA portant admission en UHSA. En revanche, un seul visa d'arrêté est nécessaire si le détenu se trouve dans le département de l'UHSA*) de ...

M. ... ;

Né le ... (*date et lieu de naissance, éventuellement pays de naissance*) ;

Détenu à ... ;

Vu l'arrêté n° ... en date du ... du préfet de ... portant maintien de cette mesure (*dernier arrêté de maintien*).

Vu la lettre du ... émanant des autorités judiciaires ;

Vu l'ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (*ou le jugement ou l'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou la décision de classement sans suite motivée par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal*) en date du ... émanant des autorités judiciaires ;

Vu le certificat médical en date du ... établi par un psychiatre de l'établissement de santé de ... indiquant que les troubles mentaux de M. ... justifient le maintien de la mesure préfectorale d'hospitalisation sans consentement le concernant ;

Considérant que la (*reprendre l'intitulé de la décision d'irresponsabilité pénale*) à mis fin à la situation de détenu de M. ... et qu'il ne peut donc plus faire l'objet d'une mesure préfectorale d'hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue ;

Considérant cependant que ses troubles mentaux rendent le maintien de son hospitalisation sans consentement nécessaire dans les conditions définies pour l'hospitalisation d'office et que cette mesure préfectorale doit donc se poursuivre sous le mode de l'hospitalisation d'office,

Arrête :

Article 1^{er}

L'hospitalisation sans consentement de M. ... est maintenue sous le mode de l'hospitalisation d'office au titre des articles L. 3213-7 et L. 3213-8 du code de la santé publique.

Article 2

Il ne pourra être mis fin à cette mesure que sur la base de deux expertises effectuées chacune séparément par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 3213-8 du code de la santé publique.

Article 3

(Article d'exécution) préfecture, ARS (DTARS), directeur d'établissement de santé ... sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ..., au maire de ..., à la famille et notification à M. ...

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (*pour en demander l'annulation*) : devant le tribunal administratif de ... dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (*pour demander la sortie immédiate*) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) peut également être saisie par courrier adressé à son président ...

Fait à ..., le ...

ANNEXE V

MALETTE DE GESTION DESHO EN PÉRIODE D'ASTREINTE

Présentation de la mallette de gestion en urgence des HO

La mallette mise à votre disposition par la direction générale de la santé (DGS) vise à faciliter la gestion des hospitalisations d'office (HO) en urgence pendant les périodes d'astreinte (nuit, fin de semaine, jours fériés, etc.).

Cet outil a été conçu, à la demande des agences régionales de santé (ARS), pour permettre de gérer ces dossiers sans l'aide du logiciel HOPSY, les personnes susceptibles d'assurer les astreintes n'étant pas forcément celles qui sont autorisées à avoir accès à cette application qui comporte des données personnelles sensibles. Par ailleurs, l'utilisation de la mallette ne requiert pas de connaissances approfondies des règles régissant les hospitalisations d'office.

Il est bien entendu que cet outil, dont l'élaboration a tenu compte d'expériences existantes, n'a nullement vocation à remettre en question les modalités d'organisation des astreintes déjà retenues localement et qui donneraient satisfaction à l'ensemble des acteurs de l'hospitalisation d'office.

La mallette se compose de la liste des différentes situations qui peuvent se rencontrer en urgence et, pour la plupart de ces situations, d'une fiche explicative et d'un modèle d'arrêté signalant en vert italique les mentions que doit inscrire dans l'arrêté la personne d'astreinte.

En sus de ces documents, un premier complément est prévu à l'attention des ARS dont un ou plusieurs départements sont situés dans le ressort de l'UHSA du Vinatier.

Enfin, à titre de précaution, quelques modèles d'arrêté concernant des situations qui ne relèvent normalement pas de l'urgence mais qui peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, devoir être gérées pendant les astreintes, sont joints dans un second complément.

Point d'attention :

Des données locales sont indispensables pour gérer les mesures des préfets concernant les HO. En conséquence, le concours des ARS et, le cas échéant, de leurs délégations territoriales, est nécessaire pour que la mallette proposée soit opérationnelle.

Sont donc à documenter, à compléter ou à modifier au niveau local pour tenir compte de l'organisation des astreintes mise en place par chaque ARS, avant de diffuser la mallette auprès des personnes d'astreinte :

- la fiche concernant les différents acteurs intervenant dans les HO et dont les coordonnées sont indispensables soit pour la préparation des arrêtés d'HO, soit pour satisfaire à des obligations d'information ;
- les modèles d'arrêté afin de remettre à chaque personne d'astreinte une version pré-remplie (les mentions à porter ou les versions à choisir dans les modèles proposés sont signalées en bleu italique).

Enfin, les ARS doivent également fournir à la personne d'astreinte la fiche de signalement de fugue à adresser au CORRUSS.

Fiche à remplir par l'ARS

Les coordonnées à préciser

Pour le ou les départements concernés, selon que la gestion des astreintes est assurée au niveau d'un département ou mutualisée entre plusieurs ou tous les départements de la région, préciser les adresses postale et électronique, les numéros de téléphone et de fax :

1. Du préfet du département ou des préfets des départements concernés par l'astreinte.
2. Des services de l'ARS ou de la délégation territoriale habituellement chargés de la gestion des HO.
3. Du ou des procureurs de la République près des tribunaux de grande instance dans le ressort desquels sont situés des établissements de santé.
4. Du ou des tribunaux administratifs compétents pour le ou les départements concernés par l'astreinte.
5. De la ou des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.
6. Des établissements pénitentiaires du ou des départements concernés par l'astreinte.
7. Des établissements de santé du ou des départements concernés par l'astreinte. Cette liste (ou une carte) doit permettre d'identifier les établissements d'accueil auxquels adresser les patients selon leur commune ou leur quartier de résidence.
8. Le cas échéant de l'UHSA.

Liste des mesures pouvant être prises pendant les astreintes

Les mesures initiales d'hospitalisation d'office (HO)

- I. – LES HO ARTICLE L. 3213-1 DU CSP
 - 1.1. Arrêté d'HO pris directement par le préfet
Fiche explicative : fiche 1.
Modèle d'arrêté : arrêté 1.
 - 1.2. Arrêté d'HO du préfet faisant suite à une mesure provisoire d'un maire
Fiche explicative : fiche 2.
Modèle d'arrêté : arrêté 2.
 - II. – LES HO PROVISOIRES ARTICLE L. 3213-6 : TRANSFORMATION D'UNE HOSPITALISATION SUR DEMANDE D'UN TIERS EN HOSPITALISATION D'OFFICE
Fiche explicative : fiche 3.
Modèle d'arrêté : arrêté 3.
 - III. – LES HO SUITE À UNE DÉCLARATION D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE POUR CAUSE DE TROUBLE MENTAL
 - 3.1. HO préfectorale : arrêté d'HO du préfet art. l. 3213-7
Fiche explicative : fiche 4.
Modèle d'arrêté : arrêté 4.
 - 3.2. HO judiciaire : HO prononcée directement par l'autorité judiciaire art. 706-135 du CPP
Fiche explicative : fiche 5.
Modèle de lettre du préfet au directeur de l'établissement de sante : lettre 5.
 - IV. – LES HO DES PERSONNES DÉTENUES Art. D. 398 du CPP
Fiche explicative : fiche 6.
Modèle d'arrêté : arrêté 6.
 - V. – LES DOCUMENTS COMMUNS À TOUTES LES MESURES INITIALES D'HO (à joindre dans la mallette d'urgence si les obligations légales en matière de notification et d'information des mesures d'HO sont gérées par la personne d'astreinte)
 - 5.1. Notification immédiate au patient de la décision d'HO
Modèle de lettre de notification : lettre 7.
NB : il n'y a pas de fiche n° 7, la question de l'information du patient étant déjà traitée dans les autres fiches.
 - 5.2. Information des autorités judiciaires et administratives et de la famille
Fiche explicative : fiche 8.
Modèle de lettre d'information : lettre 8 :
 - au procureur de la République du TGI du lieu de l'établissement ;
 - au maire de la commune de résidence du patient ;
 - à la famille du patient.
- Les mesures de réintégration en établissement de santé
- VI. – RÉINTÉGRATION DEVANT INTERVENIR EN COURS DE SORTIE D'ESSAI
Fiche explicative : fiche 9.
Modèle d'arrêté : arrêté 9.
 - VII. – RÉINTÉGRATION EN CAS DE SORTIE SANS AUTORISATION (fugue)
Fiche explicative : fiche 10.
Fiche de déclaration de fugue jointe par l'ARS.

Complément de mallette 1

*Pour les ARS dont un ou plusieurs départements
sont situées dans le ressort de l'UHSA du Vainatier (Rhône)*

Arrêté préfectoral d'hospitalisation sans consentement des personnes détenues en UHSA.

- 1. Il y a une UHSA dans le département du préfet signataire de l'arrêté (département dans lequel est également situé l'établissement pénitentiaire qui demande l'HSC).
Modèle d'arrêté : arrêté 11.
- 2. Il n'y a pas d'UHSA dans le département du préfet signataire.
Modèle d'arrêté d'HSC et de transfert : arrêté 12.
- 3. Un préfet de département où il n'y a pas d'UHSA vous adresse un arrêté d'HSC et de transfert dans l'UHSA située dans le département du préfet signataire.
Modèle d'arrêté d'admission en UHSA par transfert : arrêté 13.

Complément de mallette 2

*Modèle d'arrêtés préfectoraux à n'utiliser que dans des situations exceptionnelles
(rares ou devant normalement être anticipées)*

- 1. Arrêté de levée d'HO.

- Modèle d'arrêté : arrêté 14.
2. Arrêté mettant fin à des mesures provisoires du maire (avant la fin de leur durée de validité de 48 heures).
Modèle d'arrêté : arrêté 15.
3. Arrêté portant maintien d'une mesure d'HO.
Modèle d'arrêté : arrêté 16.
4. Arrêté accordant une sortie d'essai.
Modèle d'arrêté : arrêté 17.
5. Arrêté portant transfert en hospitalisation d'office.
Modèle d'arrêté : arrêté 18.

FICHE 1

Arrêté d'hospitalisation d'office pris directement par le préfet (art. L. 3213-1 du code de la santé publique [voir arrêté 1])

Conditions pour faire l'objet d'une HO

Peuvent être hospitalisées d'office au titre de l'article L. 3213-1, les personnes dont les troubles mentaux :

1. Nécessitent des soins.
2. Et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Les conditions 1 et 2 sont cumulatives.

Il peut s'agir de personnes placées en garde à vue au commissariat, hospitalisées, ou toujours en liberté.

Conditions pour pouvoir prendre un arrêté d'HO

Cette décision doit être motivée par des faits précis et fondée sur un certificat médical.

Pour prendre cette mesure, le préfet doit donc être en possession d'un certificat médical et, le cas échéant, d'un rapport de police ou de gendarmerie.

Ce certificat médical d'admission ne peut pas émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil et doit être établi soit par :

- un médecin libéral généraliste, psychiatre ou tout autre spécialiste ;
- un médecin non psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ;
- un médecin d'un autre établissement de santé.

Ce certificat doit être circonstancié et décrire avec précision l'état de santé du patient. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation d'office.

Préparation de l'arrêté (voir arrêté 1)

L'arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant l'HO nécessaire.

À cet effet, l'arrêté préfectoral doit être motivé médicalement :

- soit par référence à un certificat médical qu'il faut alors annexer à l'arrêté ;
- soit en reproduisant les termes du certificat dans le corps de l'arrêté, sans joindre le certificat.

Transmission de l'arrêté à l'établissement de santé d'accueil

Lorsque l'arrêté est signé par le préfet, il faut le transmettre sans délai à l'établissement de santé d'accueil du patient (par fax ou version signée scannée par messagerie électronique).

L'établissement de santé compétent est celui dont relève la commune ou le quartier de résidence du patient (voir en début de maquette la liste des établissements compétents selon la commune ou le quartier de résidence).

Notification ou remise de la décision d'HO au patient

Il faut impérativement que le préfet informe de sa décision d'HO la personne concernée.

Cette information s'effectue :

1. Soit en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de l'arrêté préfectoral au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient. Cette option est à privilégier lorsque le patient est déjà hospitalisé ou en passe de l'être ;

2. Soit par lettre recommandée avec avis de réception adressée au domicile du patient (notification). Dans ce cas, il convient de préparer la lettre de notification en même temps que l'arrêté. Il est d'usage assez courant d'adresser au patient une ampliation de l'arrêté d'HO ou une copie certifiée conforme à l'original.

Voir lettre 7.

Information

Il faut adresser dans les 24 heures suivant l'hospitalisation une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;
- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

Voir fiche 8 et lettre 8.

Attention : ne jamais joindre l'arrêté ou une copie de l'arrêté à ces envois.

FICHE 2

Arrêté d'hospitalisation d'office pris par le préfet (art. L. 3213-1) après une mesure provisoire du maire (art. L. 3213-2 [voir arrêté 2])

Les mesures provisoires des maires

Ces mesures ne sont pas gérées par le préfet ni donc par l'ARS.

Conditions :

Le maire peut prendre par arrêté une mesure provisoire d'hospitalisation qui n'est pas une HO pour une personne dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes avec danger imminent pour la sûreté des personnes.

Il lui faut pour cela disposer d'un avis médical ou se fonder sur la notoriété publique. Dans la pratique, bien que les textes ne les y obligent pas, les maires préfèrent disposer d'un certificat médical pour motiver leur mesure.

Durée maximale de la mesure : 48 heures.

Obligation du maire : Il doit en référer dans les 24 heures au préfet.

Le rôle du préfet dès qu'il est informé de la mesure provisoire du maire

Il peut :

- soit prendre un arrêté d'HO « normal » (*qui se borne à mentionner dans les visas la mesure provisoire du maire*) ;
- soit prendre un arrêté abrogeant la mesure provisoire du maire.

Dans les deux cas, il doit le faire dans les 48 heures à compter de la date de signature de l'arrêté du maire, qui n'est plus valable passé ce délai.

Conditions pour faire l'objet d'une HO décidée par le préfet à la suite d'une mesure du maire

Peuvent être hospitalisées d'office au titre de l'article L. 3213-1, les personnes dont les troubles mentaux :

1. Nécessitent des soins.
2. Et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public

Les conditions 1 et 2 sont cumulatives.

Il s'agit de personnes déjà hospitalisées en application d'une mesure provisoire du maire.

Conditions pour que le préfet puisse prendre un arrêté d'HO à la suite d'une mesure du maire

Cette décision doit être motivée par des faits précis et fondée sur un certificat médical.

Pour prendre cette mesure, le préfet doit donc être en possession d'un certificat médical et, le cas échéant, d'un rapport de police ou de gendarmerie.

Ce certificat médical d'admission ne peut pas émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil et doit être établi soit par :

- un médecin libéral généraliste, psychiatre ou tout autre spécialiste ;
- un médecin non psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ;
- un médecin d'un autre établissement de santé.

Ce certificat doit être circonstancié et décrire avec précision l'état de santé du patient. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation d'office.

Si le maire a pris sa décision sur la base d'un certificat médical qui satisfait les critères énoncés ci-dessus (*auteur, contenu*), l'arrêté du préfet peut se fonder sur le même certificat.

Attention : Comme la personne est déjà hospitalisée en application de la mesure provisoire du maire, la pratique est que l'établissement de santé d'accueil du patient envoie au préfet le certificat médical dit « de 24 heures » fait dès l'admission par un psychiatre de l'établissement.

Ce certificat ne peut en aucun cas servir de certificat fondant la mesure du préfet, mais comme il contribue à l'information des préfets sur l'état du patient, ces derniers l'exigent systématiquement et il est mentionné dans les visas « vu pour information ».

Préparation de l'arrêté
(voir arrêté 2)

L'arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant l'HO nécessaire. A cet effet, l'arrêté préfectoral doit être motivé médicalement :

- soit par référence à un certificat médical (*le cas échéant celui utilisé par le maire*) qu'il faut alors annexer à l'arrêté ;
- soit en reproduisant les termes du certificat dans le corps de l'arrêté, sans joindre le certificat.

La personne étant déjà hospitalisée (*en application de la mesure provisoire du maire*), l'arrêté doit viser le bulletin d'entrée (*nom de l'établissement d'accueil et date d'admission*). Cette précision est importante pour gérer le dossier par la suite.

Transmission de l'arrêté à l'établissement de santé d'accueil

Lorsque l'arrêté est signé par le préfet, il faut le transmettre sans délai à l'établissement de santé d'accueil du patient (*par fax ou version signée scannée par messagerie électronique*).

L'établissement de santé compétent est celui dont relève la commune ou le quartier de résidence du patient (*voir en début de maquette la liste des établissements compétents selon la commune ou le quartier de résidence*).

Notification ou remise de la décision d'HO au patient

Il faut impérativement que le préfet informe de sa décision d'HO la personne concernée.

Cette information s'effectue en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de l'arrêté préfectoral au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient.

Information

Il faut adresser dans les 24 heures suivants l'hospitalisation une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;
- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

Voir fiche 8 et lettre 8.

Attention : ne jamais joindre l'arrêté ou une copie de l'arrêté à ces envois.

FICHE 3

Arrêté provisoire d'hospitalisation d'office pris par le préfet pour une personne en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) [article L. 3213-6 du code de la santé publique] (voir arrêté 3)

NB : le modèle d'arrêté 3 peut également être utilisé si un directeur d'établissement demande pendant l'astreinte de surseoir à la levée d'une mesure d'HDT.

Conditions pour qu'un patient en HDT puisse faire l'objet d'une HO

Peuvent être hospitalisées d'office au titre de l'article L. 3213-6, les personnes déjà en hospitalisation sur demande d'un tiers, mais pour lesquels le médecin constate que leurs troubles mentaux répondent aux critères de l'HO, à savoir que :

1. Ils nécessitent des soins.
 2. Et ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Les conditions 1 et 2 sont cumulatives.

Conditions pour que le préfet prenne un arrêté provisoire d'HO pour une personne en HDT

Cette décision doit être motivée par des faits précis et fondée sur un certificat médical.

La personne étant déjà en hospitalisation sans consentement, ce certificat émane le plus souvent d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, mais ce certificat médical d'admission peut également être établi par tout autre médecin.

Ce certificat doit être circonstancié et décrire avec précision l'état de santé du patient. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation d'office.

Préparation de l'arrêté
(voir arrêté 3)

L'arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant l'HO nécessaire. À cet effet, l'arrêté préfectoral provisoire doit être motivé médicalement :

- soit par référence à un certificat médical qu'il faut alors annexer à l'arrêté ;

- soit en reproduisant les termes du certificat dans le corps de l'arrêté, sans joindre le certificat.

Notification ou remise de la décision d'HO au patient

Il faut impérativement que le préfet informe de sa décision d'HO la personne concernée.

Cette information s'effectue en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de l'arrêté préfectoral au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient.

Information

Il faut adresser dans les 24 heures suivants l'hospitalisation une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;
- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

Voir fiche 8 et lettre 8.

Attention : ne jamais joindre l'arrêté ou une copie de l'arrêté à ces envois.

FICHE 4

Arrêté d'hospitalisation d'office pris par le préfet suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (art. L. 3213-7 du code de la santé publique) [voir arrêté 4]

Conditions pour faire l'objet d'une HO préfectorale faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale

Peuvent être hospitalisées d'office au titre de l'article L. 3213-7, les personnes dont les troubles mentaux :

1. Nécessitent des soins.
 2. Et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Les conditions 1 et 2 sont cumulatives.

Il s'agit de personnes, écrouées ou en liberté, signalées au préfet par les autorités judiciaires, et qui ont bénéficié en raison de leurs troubles mentaux :

- d'une décision de classement sans suite motivé par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal ;
- ou d'une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- ou d'un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- ou d'un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Rappelons que :

- le juge d'instruction rend une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- la chambre de l'instruction rend un arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- le tribunal correctionnel rend un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- le président de la cour d'assises prononce un arrêt portant déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

Conditions pour pouvoir prendre un arrêté d'HO

Les autorités judiciaires avisent immédiatement le préfet qui prend sans délai un arrêté d'HO. Cette décision doit être motivée par des faits précis et fondée sur un certificat médical.

Pour prendre cette mesure, le préfet doit donc être en possession d'un certificat médical (ou d'une expertise psychiatrique) récent(e) et de la décision de justice mentionnée ci-dessus.

Ce certificat médical d'admission ne peut pas émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil et doit être établi soit par :

- un médecin libéral généraliste, psychiatre ou tout autre spécialiste ;
- un médecin non psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ;
- un médecin d'un autre établissement de santé.

Ce certificat (ou l'expertise psychiatrique) doit être circonstancié et décrire avec précision l'état de santé actuel du patient. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation d'office.

Préparation de l'arrêté (voir arrêté 4)

L'arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant l'HO nécessaire.

À cet effet, l'arrêté préfectoral doit être motivé médicalement :

- soit par référence à un certificat médical qu'il faut alors annexer à l'arrêté ;
- soit en reproduisant les termes du certificat dans le corps de l'arrêté, sans joindre le certificat.

Transmission de l'arrêté à l'établissement de santé d'accueil

Lorsque l'arrêté est signé par le préfet, il faut le transmettre sans délai à l'établissement de santé d'accueil du patient (par fax ou version signée scannée par messagerie électronique).

L'établissement de santé compétent est celui dont relève la commune ou le quartier de résidence du patient (voir en début de mallette la liste des établissements compétents selon la commune ou le quartier de résidence).

Notification ou remise de la décision d'HO au patient

Il faut impérativement que le préfet informe de sa décision d'HO la personne concernée.

Cette information s'effectue en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de l'arrêté préfectoral au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient.

Information

Il faut adresser dans les 24 heures suivants l'hospitalisation une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;
- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

Voir fiche 8 et lettre 8.

Attention : ne jamais joindre l'arrêté ou une copie de l'arrêté à ces envois.

FICHE 5

Lettre du préfet au directeur d'établissement de santé en exécution d'une ordonnance d'hospitalisation d'office prononcée par l'autorité judiciaire suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale (art. 706-135 du code de procédure pénale [voir lettre 5])

Conditions pour faire l'objet d'une HO judiciaire faisant suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale

Peuvent être hospitalisées d'office par les autorités judiciaires (chambre de l'instruction, tribunal correctionnel ou cour d'assises) au titre de l'article 706-135 du code de procédure pénale (CPP), les personnes dont les troubles mentaux :

1. Nécessitent des soins.
 2. Et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Les conditions 1 et 2 sont cumulatives.

Le rôle du préfet : faire exécuter la décision judiciaire

Le préfet est immédiatement avisé de la décision d'HO des autorités judiciaires par le procureur de la République ou par le procureur général qui lui adressent immédiatement une copie de l'ordonnance prononçant l'hospitalisation d'office.

La copie de l'expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure et établissant 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 est également immédiatement adressée au préfet.

Dès réception de l'ordonnance décidant l'hospitalisation d'office, le préfet doit prendre toutes les mesures matérielles nécessaires pour que la personne concernée soit admise dans un établissement de santé autorisé à recevoir des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement.

Préparation de la lettre du préfet au directeur de l'établissement de santé d'accueil et transmission (voir lettre 5)

Lorsque la lettre est signée par le préfet, il faut la transmettre sans délai à l'établissement de santé d'accueil du patient (par fax ou version signée scannée par messagerie électronique).

L'établissement de santé compétent est normalement celui dont relève la commune ou le quartier de résidence du patient (voir en début de mallette la liste des établissements compétents selon la commune ou le quartier de résidence).

Information du patient sur l'exécution par le préfet de la décision d'HO judiciaire

Les autorités judiciaires notifient au patient leur ordonnance d'hospitalisation d'office mais c'est le préfet qui désigne l'établissement de santé d'accueil en exécution de la décision judiciaire. Le préfet doit en informer le patient.

Cette information s'effectue en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de la lettre d'information susvisée au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient.

Information

Il faut adresser dans les 24 heures suivants l'hospitalisation d'office une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;
- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

(Adapter la lettre 8).

Attention : ne jamais joindre la décision judiciaire ou sa copie à ces envois.

FICHE 6

Arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office d'une personne détenue (art. D. 398 du code de procédure pénale et art. L. 3213-1 du code de la santé publique [voir arrêté 6])

Conditions pour faire l'objet d'une « HO D. 398 »

Peuvent être hospitalisées d'office au titre de l'article D. 398 du CPP et de l'article L. 3213-1 du CSP, les personnes détenues dans un établissement pénitentiaire dont les troubles mentaux :

1. Nécessitent des soins.
 2. Et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Les conditions 1 et 2 sont cumulatives.

Conditions pour pouvoir prendre un arrêté d'HO

Cette décision doit être motivée par des faits précis et fondée sur un certificat médical.

Pour prendre cette mesure, le préfet doit donc être en possession d'un certificat médical et, le cas échéant, d'un rapport de l'établissement pénitentiaire.

Ce certificat médical d'admission ne peut pas émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil et doit être établi soit par :

- un médecin non psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ;
- un médecin d'un autre établissement de santé que l'établissement d'accueil.

Ce certificat doit être circonstancié et décrire avec précision l'état de santé du patient. Il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation d'office.

Préparation de l'arrêté (voir arrêté 6)

L'arrêté doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant l'HO nécessaire.

À cet effet, l'arrêté préfectoral doit être motivé médicalement :

- soit par référence à un certificat médical qu'il faut alors annexer à l'arrêté ;
- soit en reproduisant les termes du certificat dans le corps de l'arrêté, sans joindre le certificat.

Transmission de l'arrêté à l'établissement de santé d'accueil

Lorsque l'arrêté est signé par le préfet, il faut le transmettre sans délai à l'établissement de santé d'accueil du patient (par fax ou version signée scannée par messagerie électronique).

L'établissement de santé compétent est celui avec lequel l'établissement pénitentiaire a passé convention ou, à défaut, celui qui est compétent pour la commune où est implanté l'établissement pénitentiaire (voir en début de mallette la liste des établissements compétents selon la commune).

Notification ou remise de la décision d'HO au patient

Il faut impérativement que le préfet informe de sa décision d'HO la personne concernée.

Cette information s'effectue en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de l'arrêté préfectoral au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient.

Information

Il faut adresser dans les 24 heures suivants l'hospitalisation une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;

- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

Voir fiche 8 et lettre 8.

Attention : ne jamais joindre l'arrêté ou une copie de l'arrêté à ces envois.

FICHE 8

Personnes à informer des décisions d'hospitalisation d'office (art. L. 3213-9 du code de la santé publique [voir lettre 8])

Information par le préfet

La loi fait obligation au préfet d'adresser dans les 24 heures suivant sa décision d'hospitalisation d'office (ou dès qu'il a connaissance d'une HO judiciaire – cf. fiche 5) une lettre d'information :

- au procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé où le patient est ou va être hospitalisé ;
- au maire de la commune du domicile du patient ;
- à la famille du patient.

Attention : ne jamais joindre l'arrêté ou une copie de l'arrêté à ces envois.

L'information des familles

C'est une obligation légale qui doit toujours être entendue dans l'intérêt du malade. La loi ne fait pas obligation d'informer tous les membres de la famille même la plus proche.

Sont le plus souvent concernés les membres de la famille la plus proche (conjoint, ascendants, descendants majeurs) mais aussi d'autres membres tels que frères, sœurs, oncles, tantes...

Les informations sur les souhaits du malade au sujet de la ou des personne(s) de sa famille à aviser ainsi que sur les coordonnées de ces proches doivent être fournies par l'établissement de santé d'accueil.

FICHE 9

Arrêté portant réintégration immédiate en établissement de santé d'un patient en sortie d'essai (sortie autorisée) [art. L. 3211-11 du code de la santé publique] (voir arrêté 9)

Conditions pour faire l'objet d'un arrêté de réintégration

Le patient doit être en sortie d'essai

Le patient hospitalisé d'office bénéficie d'une sortie d'essai que lui a accordée le préfet en application de l'article L. 3211-11 du CSP.

Ces sorties (non accompagnées) peuvent être d'une durée très variable, la durée maximale étant de trois mois. Pendant la sortie d'essai, le patient est considéré comme étant toujours en HO.

Le préfet autorise la sortie d'essai par un arrêté qui précise la durée de la sortie.

Ensuite, il peut prononcer le maintien en sortie d'essai, également par arrêté, autant de fois qu'il le juge nécessaire au vu de la proposition du psychiatre de l'établissement.

Circonstances justifiant la réintégration

Au cours de cette sortie d'essai, l'état mental du patient se dégrade et/ou son comportement devient incompatible avec une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète.

Conditions pour pouvoir prendre un arrêté de réintégration

Cette décision doit être motivée par des faits précis et fondée sur un certificat médical. Pour prendre cette mesure, le préfet doit donc être en possession d'un certificat médical et, le cas échéant, d'un rapport de police ou de gendarmerie.

Ce certificat médical demandant la réintégration du patient est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

Ce certificat doit être circonstancié et décrire l'état de santé du patient, en fonction du dossier médical et de la connaissance que le médecin a de son patient. Il doit conclure à la nécessité de la réintégration immédiate en établissement de santé.

Préparation de l'arrêté (voir arrêté 9)

Pour compléter les visas, les dates des arrêtés antérieurs (arrêté initial et dernier arrêté de maintien en sortie d'essai) sont nécessaires : ces renseignements peuvent être fournis par l'établissement de santé où le patient est suivi.

L'arrêté de réintégration doit être motivé et énoncer avec précision les circonstances rendant la réhospitalisation nécessaire.

À cet effet, l'arrêté préfectoral doit être motivé médicalement :

- soit par référence au certificat médical qu'il faut alors annexer à l'arrêté ;
- soit en reproduisant les termes du certificat dans le corps de l'arrêté, sans joindre le certificat.

Transmission de l'arrêté à l'établissement de santé d'accueil

Lorsque l'arrêté de réintégration est signé par le préfet, il faut le transmettre sans délai à l'établissement de santé d'accueil du patient (par fax ou version signée scannée par messagerie électronique).

Notification ou remise de la décision de réintégration au patient

Il faut impérativement que le préfet informe de sa décision de réintégration en établissement de santé la personne concernée.

Cette information s'effectue :

3. Soit en sollicitant le directeur de l'établissement hospitalier d'accueil qui fait remettre (contre signature), par du personnel de l'établissement, copie de l'arrêté préfectoral au patient (remise). Dans ce cas, il convient d'appeler au préalable l'établissement de santé pour s'assurer qu'il accepte de remettre ce document au patient. Cette option est à privilégier lorsque le patient est déjà hospitalisé ou en passe de l'être.

4. Soit par lettre recommandée avec avis de réception adressée au domicile du patient (notification). Dans ce cas, il convient de préparer la lettre de notification en même temps que l'arrêté. Il est d'usage assez courant d'adresser au patient une ampliation de l'arrêté d'HO ou une copie certifiée conforme à l'original.

Voir lettre 7.

FICHE 10

Arrêté portant réintégration immédiate en établissement de santé d'un patient en sortie non autorisée (fugue)

Il n'y a pas d'arrêté à préparer

Le patient a fugué

Le patient hospitalisé d'office peut :

- soit être sorti sans autorisation de l'hôpital ;
- soit ne pas se rendre à un ou plusieurs rendez-vous médicaux alors qu'il est en sortie d'essai accordée par le préfet en application de l'article L. 3211-11 du CSP.

Rôle de l'ARS : signalement de la fugue du patient

1. Au centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales du ministère chargé de la santé (CORRUSS).

Ce type d'incidents doit faire l'objet d'un signalement auprès du CORRUSS (alerte@sante.gouv.fr ; 01 40 56 57 84) y compris en dehors des heures ouvrées (circulaire DGS/DUS/2009/101 du 14 avril 2009). La déclaration se fait via une fiche ci-jointe devant être retournée au CORRUSS.

2. Au préfet en application de l'article L. 1435-1 du code de la santé publique.

Pour information

Le directeur de l'établissement doit également aviser le préfet de toute sortie non autorisée de malades hospitalisés d'office et lui transmettre le certificat de situation rédigé obligatoirement à ce sujet par le médecin du service où le malade se trouvait en traitement.

Il avise aussi les forces de police ou de gendarmerie de la sortie non autorisée du patient.

Arrêté 1^{er}

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant hospitalisation d'office

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants ;

Vu le certificat médical en date du (à remplir pendant l'astreinte) établi par le docteur (à remplir pendant l'astreinte) praticien compétent au titre de l'article L. 3213-1, concernant :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Résidant :
Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Considérant (description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte) ;
Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) se manifestent par ... (reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (à remplir pendant l'astreinte), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée l'hospitalisation d'office de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte).

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ... (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte), au maire de ... (commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte), à la famille et notification à : (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte).

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Arrêté 2

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant hospitalisation d'office

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment l'article L. 3213-2 ;

Vu l'arrêté établi le ... (à remplir pendant l'astreinte), par le maire de la commune de ... (à remplir pendant l'astreinte), ordonnant une mesure provisoire d'hospitalisation concernant :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Vu le certificat médical en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) établi par le docteur ... (à remplir pendant l'astreinte) praticien compétent au titre de l'article L. 3213-1 ; (NB : ce certificat peut être le même que celui sur lequel s'est appuyé le maire pour prendre son arrêté, cf. fiche 2) ;

Vu, pour information, le certificat médical de vingt quatre heures en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) établi par le docteur (à remplir pendant l'astreinte) psychiatre au ... (à remplir pendant l'astreinte) ;

Vu le bulletin d'entrée au ... (à remplir pendant l'astreinte) en date du (à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant (description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte).

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) se manifestent par (reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur ... (à remplir pendant l'astreinte), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée l'hospitalisation d'office de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte).

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ... (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*), au maire de ... (*commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*), à la famille et notification à (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*).

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (*pour en demander l'annulation*) : devant le tribunal administratif (*nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (*pour demander la sortie immédiate*) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (*adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte*).

Fait à ..., le ... (*à remplir pendant l'astreinte*).

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Arrêté 3

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Agence régionale de santé de (*à remplir par l'ARS*), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté provisoire portant hospitalisation d'office

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment l'article L. 3213-6 ;

Vu le certificat médical en date du (*à remplir pendant l'astreinte*), établi par le docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), praticien exerçant au ... (*à remplir pendant l'astreinte*), de ... (*à remplir pendant l'astreinte*), concernant :

Civilité : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Nom : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Prénoms : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Né le : (*à remplir pendant l'astreinte*) à : (*à remplir pendant l'astreinte*), le cas échéant pays de naissance : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Résidant :

Adresse : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Commune : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Code postal : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Hospitalisé sur demande d'un tiers au (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*), à compter du : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (*supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette*).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) se manifestent par (*reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux

présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée, à compter de ce jour, l'hospitalisation d'office de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) au (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte).

Article 2

À défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours.

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ... (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte), au maire de ... (commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte), à la famille et notification à (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte).

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Arrêté 4

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de ... (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant hospitalisation d'office faisant suite à une décision d'irresponsabilité pénale ou de classement sans suite

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment l'article L. 3213-7 ;

Vu l'article 122-1 du code pénal ;

Vu la lettre du (à remplir pendant l'astreinte), émanant des autorités judiciaires et le(s) rapport(s) d'expertise ;

Vu le certificat médical en date du ... (à remplir pendant l'astreinte), établi par le docteur (à remplir pendant l'astreinte), praticien compétent au titre de l'article L. 3213-1, concernant :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Actuellement détenu à l'établissement pénitentiaire de (à remplir pendant l'astreinte ou à supprimer si la personne concernée n'est pas détenue) ;

Vu (*supprimer les mentions inutiles pendant l'astreinte*) :

- l'ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- ou le jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- ou l'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ;
- ou la décision de classement sans suite motivée par les dispositions de l'article 122-1 du code pénal ;
- en date du ... (*à remplir pendant l'astreinte*) émanant des autorités judiciaires ;

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (*supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette*).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) se manifestent par ... (*reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de ... (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur ... (*à remplir pendant l'astreinte*), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par ... (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée, à compter de ce jour, l'hospitalisation d'office de ... (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) au ... (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*).

Article 2

Il ne pourra être mis fin à cette mesure que sur la base de deux expertises effectuées chacune séparément par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement, conformément aux dispositions de l'article L. 3213-8 du code de la santé publique.

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ... (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*), au maire de ... (*commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*), à la famille et notification à ... (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*).

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (*adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte*).

Fait à ..., le ... (*à remplir pendant l'astreinte*).

Lettre 5

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS),

Monsieur le directeur (ou Madame la directrice) (*Supprimer une des deux versions pendant l'astreinte*),

Vous trouverez ci-joint, l'ordonnance de (*indication de la juridiction : chambre de l'instruction, tribunal correctionnel ou cour d'assise, qui a pris l'ordonnance (à remplir pendant l'astreinte)*) en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) portant hospitalisation d'office.

En exécution de cette ordonnance et conformément aux articles 706-135 et D. 47-29 du code de procédure pénale, je vous demande d'admettre sans délai en hospitalisation d'office dans votre établissement :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte, le cas échéant pays de naissance) : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Je vous rappelle que l'article 706-135 du code de procédure pénale prévoit que le régime de cette hospitalisation d'office sur décision de justice est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique dont le deuxième alinéa est applicable (établissement du certificat de vingt-quatre heures) et que l'article L. 3213-8 du code de la santé publique est également applicable.

J'insiste sur le fait que la levée de cette mesure d'hospitalisation d'office ne pourra donc intervenir, en application de ce dernier article, que sur la base de deux expertises psychiatriques concordantes émanant de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement de santé d'accueil.

Je vous demande – afin d'assurer le suivi du patient dans le respect des dispositions du code de la santé publique – de me faire parvenir les certificats de vingt-quatre heures, de quinzaine et les certificats mensuels ainsi que les demandes éventuelles de sorties d'essai, de sorties accompagnées et de levée.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur (ou Madame la directrice), (*supprimer une des deux versions pendant l'astreinte*) l'assurance de ma considération distinguée.

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Monsieur le directeur (ou Madame la directrice), (*nom et adresse de l'établissement de santé d'accueil, à remplir pendant l'astreinte*).

Arrêté 6

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant hospitalisation d'office

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants ;

Vu le code de procédure pénale, article D. 398 ;

Vu la lettre du directeur de (*nom de l'établissement pénitentiaire : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Vu le certificat médical en date du (à remplir pendant l'astreinte) établi par le docteur (à remplir pendant l'astreinte) praticien compétent au titre de l'article L. 3213-1, concernant :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : *(à remplir pendant l'astreinte)* ;

Considérant *(description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte)* ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale *(supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette)*.

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par *(civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte)* se manifestent par ... *(reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte)* ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de *(civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte)* nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur *(à remplir pendant l'astreinte)*, joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par *(civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte)* nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son hospitalisation d'office.

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée l'hospitalisation d'office de ... *(civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte)* au ... *(nom et commune d'implantation de l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte)*.

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... *(nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte)* et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ... *(commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte)*, au maire de ... *(commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte)*, à la famille et notification à ... *(civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte)*.

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de ... *(commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte)* ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président *(adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte)*.

Fait à ..., le ... *(à remplir pendant l'astreinte)*.

Lettre 7

Le préfet de ... *(à remplir par l'ARS)*,

Agence régionale de santé de ... *(à remplir par l'ARS)*, délégation territoriale de *(ou autre service de l'ARS)*.

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS),

Madame ou Monsieur (*supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*),

Je vous prie de bien vouloir trouver, ci-joint, l'arrêté préfectoral vous concernant.

Veuillez agréer, Madame ou Monsieur, (*supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*), l'assurance de ma considération distinguée.

Fait à..., le...

Civilité : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Nom : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Prénoms : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Nom de l'établissement d'accueil : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Adresse de l'établissement d'accueil : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Code postal de l'établissement d'accueil : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Si possible : adresse et coordonnées du service gérant habituellement les HO (*à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*).

Lettre 8

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS*),

Agence régionale de santé de ... (*à remplir par l'ARS*), délégation territoriale de ... (*ou autre service de l'ARS*).

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS*),

Avis d'admission en hospitalisation d'office.

(*En-tête selon le destinataire : à changer pendant l'astreinte.*)

Lettre 1 : Madame (*ou Monsieur*) le procureur.

Lettre 2 : Madame (*ou Monsieur*) le maire.

Lettre 3 : Madame ou Monsieur (*ajouter le nom et le prénom de la personne de la famille du patient*).

En application de l'article L. 3213-9 du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous informer que :

Civilité : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Nom : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Prénoms : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Né le : (*à remplir pendant l'astreinte*) à : (*à remplir pendant l'astreinte*), le cas échéant pays de naissance (*à remplir pendant l'astreinte*).

Résidant :

Adresse : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Commune : (*à remplir pendant l'astreinte*);

Code postal : (*à remplir pendant l'astreinte*);

a été admis en hospitalisation d'office.

Rappel : la durée de validité de l'arrêté préfectoral est d'un mois, sauf s'il s'agit d'un arrêté provisoire d'HO faisant suite à une HDT qui n'est valable que 15 jours. Supprimer la version inutile pendant l'astreinte Version 1 : pour une durée d'un mois.

Version 2 : pour une durée de quinze jours par arrêté en date du (*à remplir pendant l'astreinte*).

Veuillez agréer,

(Formule de politesse selon le destinataire : à changer pendant l'astreinte.)

Lettre 1 : Madame (*ou Monsieur*) le procureur.

Lettre 2 : Madame (*ou Monsieur*) le Maire.

Lettre 3 : Madame ou Monsieur (*ajouter le nom et le prénom de la personne de la famille membres de la famille du patient*).

l'assurance de ma considération distinguée.

Fait à ..., le ...

Destinataire (*civilité, nom, prénom ou titre : à remplir pendant l'astreinte*).

Adresse : (*à remplir pendant l'astreinte*).

Code postal : (*à remplir pendant l'astreinte*).

Arrêté 9

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant réintégration immédiate en établissement de santé d'un patient en sortie d'essai

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, article L. 3211-11 et articles L. 3213-1 et suivants ;

Vu l'arrêté en date du... (date de la mesure initiale d'HO : à remplir pendant l'astreinte) du préfet de (à remplir pendant l'astreinte) portant hospitalisation d'office au (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) de :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Ne mentionner le visa ci-dessous que si la mesure d'HO initiale a déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral de maintien. Dans ce cas, ne mentionner que le dernier arrêté de maintien en cours de validité.

Vu l'arrêté en date du ... (à remplir pendant l'astreinte), du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte), portant maintien de cette mesure d'hospitalisation d'office ;

Pour le visa ci-dessous, il faut, pendant l'astreinte, choisir la version 1 s'il s'agit d'un arrêté initial de sortie d'essai, ou la version 2 s'il s'agit d'un arrêté de renouvellement de sortie d'essai (dans ce cas, seul le dernier arrêté de renouvellement est à mentionner).

Version 1

Vu l'arrêté (à remplir pendant l'astreinte) en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) du préfet de... (à remplir pendant l'astreinte) accordant une sortie d'essai à (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) ;

Version 2

Vu l'arrêté (à remplir pendant l'astreinte) en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte) renouvelant la sortie d'essai de ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) au : (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) ;

Vu le certificat médical en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) établi par un psychiatre de l'établissement, le docteur (à remplir pendant l'astreinte) demandant la réintégration de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant (description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) se manifestent par (reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent une réintégration en établissement de santé,

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (à remplir pendant l'astreinte), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) nécessitent une réintégration en établissement de santé,

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonnée la réintégration immédiate au (nom et commune d'implantation de l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte) de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) qui met fin à la mesure de sortie d'essai à compter de ce jour.

Article 2

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté,

Fait à ..., le ... (*à remplir pendant l'astreinte*).

Arrêté 11

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Agence régionale de santé de (*à remplir par l'ARS*), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Le patient est déjà dans le département de l'UHSA.

Seul est concerné pour l'instant par ce type d'arrêté le département du Rhône, siège de la seule UHSA en service.

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Vu le code de la santé publique, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu le certificat médical en date du (*à remplir pendant l'astreinte*), établi par le docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant l'hospitalisation sans consentement et l'admission à l'UHSA du centre hospitalier de ... (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Civilité : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Nom : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Prénoms : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Né le : (*à remplir pendant l'astreinte*) à : (*à remplir pendant l'astreinte*), le cas échéant pays de naissance (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Détenu à : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Vu l'accord médico-administratif de l'UHSA de ... (*à remplir pendant l'astreinte*) en date du ... (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) se manifestent par (*reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même (*ou elle-même, supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*) ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son hospitalisation sans consentement et son admission en UHSA.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que l'hospitalisation sans consentement et l'admission de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont ordonnées l'hospitalisation sans consentement de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) et son admission dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) le ... (*ou dans les meilleurs délais, supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*).

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation sans consentement après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*), au maire de ... (*commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*), à la famille et notification à (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*).

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (*nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (*adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte*).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Arrêté 12

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et transfert en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)

Seuls sont concernés pour l'instant par ce type d'arrêté les départements situés dans le ressort territorial de l'UHSA du centre hospitalier du Vinatier de Bron.

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que les articles R. 3214-1 et suivants ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu le certificat médical en date du (à remplir pendant l'astreinte), établi par le docteur (à remplir pendant l'astreinte), praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant l'hospitalisation sans consentement et le transfert à l'UHSA du centre hospitalier de (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance (à remplir pendant l'astreinte) ;

Détenu à ... (à remplir pendant l'astreinte) ;

Vu l'accord médico-administratif de l'UHSA de (à remplir pendant l'astreinte) en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) se manifestent par (*reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même (*ou elle-même, supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*) ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son hospitalisation sans consentement et son transfert en UHSA ;

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que l'hospitalisation sans consentement et le transfert de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Sont ordonnés l'hospitalisation sans consentement de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) et son transfert dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) le ... (*ou dans les meilleurs délais, supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*).

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation sans consentement après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*), au maire de (*commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*), à la famille et notification à (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*).

Article 4

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (*nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (*adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte*).

Fait à ..., le ... (*à remplir pendant l'astreinte*).

Arrêté 13

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Agence régionale de santé de (*à remplir par l'ARS*), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant admission en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) par transfert d'une personne détenue hospitalisée sans son consentement

Seul est concerné pour l'instant par ce type d'arrêté le département du Rhône siège de la seule UHSA en service.

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Vu le code de la santé publique, article L. 3214-1 et suivants, notamment l'article L. 3214-3 ainsi que l'article R. 3214-1 ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux ;

Vu l'arrêté en date du (*à remplir pendant l'astreinte*), du préfet de (*à remplir pendant l'astreinte*), portant hospitalisation sans son consentement d'une personne détenue et transfert en unité hospitalière spécialement aménagée de :

Civilité : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Nom : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Prénoms : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Né le : (*à remplir pendant l'astreinte*) à : (*à remplir pendant l'astreinte*), le cas échéant pays de naissance (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Détenu à : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Vu le certificat médical en date du (*à remplir pendant l'astreinte*), établi par le docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), praticien compétent au titre de l'article L. 3214-3, demandant l'admission à l'UHSA du centre hospitalier de ... (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant (*description des circonstances ayant rendu l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) se manifestent par (*reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte*) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour lui-même (*ou elle-même, supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*) ou pour autrui, ce qui rend nécessaire son hospitalisation sans consentement et son admission en UHSA ;

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que l'admission de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) en UHSA s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonné l'admission par transfert de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) dans l'unité spécialement aménagée (UHSA) du centre hospitalier de (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) le (*ou dans les meilleurs délais, supprimer la mention inutile pendant l'astreinte*).

Article 2

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de ... (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*), au maire de ... (*commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*), à la famille et notification à (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*).

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (*nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (*adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte*).

Fait à ..., le ... (*à remplir pendant l'astreinte*).

Arrêté 14

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté mettant fin à une mesure d'hospitalisation d'office

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment les articles L. 3213-4 et L. 3213-5 ;

Vu l'arrêté en date du ... (date de la mesure initiale d'HO : à remplir pendant l'astreinte) du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte) portant hospitalisation d'office au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) de :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Ne mentionner le visa ci-dessous que si la mesure d'HO initiale a déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral de maintien. Dans ce cas, ne mentionner que le dernier arrêté de maintien en cours de validité.

Vu l'arrêté en date du ... (à remplir pendant l'astreinte), du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte), portant maintien de cette mesure d'hospitalisation d'office ;

Vu le certificat médical en date du (à remplir pendant l'astreinte) établi par un psychiatre de l'établissement, le docteur (à remplir pendant l'astreinte) demandant qu'il soit mis fin à cette mesure ;

Considérant qu'il résulte de ce document que l'état de santé du patient permet la levée de son hospitalisation d'office,

Arrête :

Article 1^{er}

Il est mis fin à la mesure d'hospitalisation d'office concernant (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) à compter de ce jour.

Article 2

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte), au maire de (commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte), à la famille et notification à (civilité, nom, prénom : à remplir pendant l'astreinte).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Arrêté 15

Le préfet de : (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté mettant fin à une mesure provisoire d'hospitalisation psychiatrique prise par le maire (à n'utiliser que pendant la période de durée de validité des mesures provisoires du maire qui est de 48 heures)

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1, L. 3213-2 et L. 3213-4 dernier alinéa ;

Vu l'arrêté établi le (à remplir pendant l'astreinte), par le maire de la commune de (à remplir pendant l'astreinte), ordonnant une mesure provisoire d'hospitalisation concernant :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance (à remplir pendant l'astreinte) ;
Résidant :
Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;
Vu le certificat médical de vingt-quatre heures en date du (à remplir pendant l'astreinte) établi par le docteur (à remplir pendant l'astreinte) psychiatre au (à remplir pendant l'astreinte) ;
Considérant qu'il résulte de ce document que l'état de santé du patient permet la levée de son hospitalisation d'office,

Arrête :

Article 1^{er}

Il est mis fin immédiatement à la mesure provisoire d'hospitalisation concernant (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) à compter de ce jour.

Article 2

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont notification sera adressé à (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Si possible : adresse et coordonnées du service gérant habituellement les HO : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte.

Arrêté 16

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant).

Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant maintien d'une mesure d'hospitalisation d'office

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment son article L. 3213-4 ;

Vu l'arrêté en date du ... (date de la mesure initiale d'HO : à remplir pendant l'astreinte) du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte) portant hospitalisation d'office au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) de :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Ne mentionner le visa ci-dessous que si la mesure d'HO initiale a déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral de maintien. Dans ce cas, ne mentionner que le dernier arrêté de maintien en cours de validité.

Vu l'arrêté en date du ... (à remplir pendant l'astreinte), du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte), portant maintien de cette mesure d'hospitalisation d'office ;

Considérant (description des circonstances ayant rendu le maintien de l'HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) se manifestent par (reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments que les troubles mentaux de ... (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son maintien en hospitalisation d'office.

Version 2

Considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur (*à remplir pendant l'astreinte*), joint au présent arrêté et dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux présentés par (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public et rendent nécessaire son maintien en hospitalisation d'office,

Arrête :

Article 1^{er}

L'hospitalisation d'office de (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*) au : (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) est maintenue pour une durée de trois mois (ou pour une durée maximale de six mois) (*supprimer la mention inutile pendant l'astreinte sachant que les mesures d'HO ont une durée de validité d'un mois puis de trois mois et ensuite de six mois*), à compter du ...

Article 2

Par décision préfectorale, il peut être mis fin à tout moment à l'hospitalisation d'office après avis d'un psychiatre ou sur proposition de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (*nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte*) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de (*commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte*), au maire de (*commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte*), à la famille et notification à (*civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte*).

Fait à ..., le ... (*à remplir pendant l'astreinte*).

Arrêté 17

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*).

Agence régionale de santé de (*à remplir par l'ARS*), délégation territoriale de (*ou autre service de l'ARS*).

Arrêté accordant une sortie d'essai (*à n'utiliser qu'en cas de situation exceptionnelle ou imprévisible : décès d'un proche du patient par exemple*)

Le préfet de ... (*à remplir par l'ARS le cas échéant*),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants, notamment l'article L. 3211-11 ;

Vu l'arrêté en date du (*date de la mesure initiale d'HO : à remplir pendant l'astreinte*) du préfet de (*à remplir pendant l'astreinte*) portant hospitalisation d'office au (*nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte*) de :

Civilité : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Nom : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Prénoms : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Né le : (*à remplir pendant l'astreinte*) à : (*à remplir pendant l'astreinte*), le cas échéant pays de naissance : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Résidant :

Adresse : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Commune : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Code postal : (*à remplir pendant l'astreinte*) ;

Ne mentionner le visa ci-dessous que si la mesure d'HO initiale a déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral de maintien. Dans ce cas, ne mentionner que le dernier arrêté de maintien en cours de validité.

Vu l'arrêté en date du (à remplir pendant l'astreinte), du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte), portant maintien de cette mesure d'hospitalisation d'office ;

Vu le certificat médical en date du (à remplir pendant l'astreinte) établi par un psychiatre de l'établissement, le docteur (à remplir pendant l'astreinte) proposant une sortie d'essai :

Considérant qu'il résulte de ce document, compte tenu de l'évolution favorable de ses troubles mentaux, que le patient ci-dessus désigné peut bénéficier d'un aménagement de ses conditions de soins, sous forme d'une sortie d'essai, pour favoriser sa guérison, sa réadaptation ou sa réinsertion sociale,

Arrête :

Article 1^{er}

Il est accordé à (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) une sortie d'essai du ... (à remplir pendant l'astreinte), au ... (à remplir pendant l'astreinte).

Article 2

Durant cette période, (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) fera l'objet d'une surveillance médicale.

Article 3

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte) et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont notification sera adressée à ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Arrêté 18

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),
Agence régionale de santé de (à remplir par l'ARS), délégation territoriale de (ou autre service de l'ARS).

Arrêté portant transfert en hospitalisation d'office (à n'utiliser qu'en cas de situation exceptionnelle si le patient devait impérativement être transféré dans un autre département)

Le préfet de ... (à remplir par l'ARS le cas échéant),

Vu le code de la santé publique, articles L. 3213-1 et suivants ;

Vu l'arrêté en date du ... (date de la mesure initiale d'HO : à remplir pendant l'astreinte) du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte) portant hospitalisation d'office au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) de :

Civilité : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Nom : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Prénoms : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Né le : (à remplir pendant l'astreinte) à : (à remplir pendant l'astreinte), le cas échéant pays de naissance : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Résidant :

Adresse : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Commune : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Code postal : (à remplir pendant l'astreinte) ;

Ne mentionner le visa ci-dessous que si la mesure d'HO initiale a déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral de maintien. Dans ce cas, ne mentionner que le dernier arrêté de maintien en cours de validité.

Vu l'arrêté en date du ... (à remplir pendant l'astreinte), du préfet de ... (à remplir pendant l'astreinte), portant maintien de cette mesure d'hospitalisation d'office ;

Vu le certificat médical en date du ... (à remplir pendant l'astreinte) établi par un psychiatre de l'établissement, le docteur (à remplir pendant l'astreinte) :

Considérant (description des circonstances ayant rendu le transfert en HO nécessaire : à remplir pendant l'astreinte) ;

Pour le considérant médical ci-dessous, l'ARS ou la délégation territoriale choisit la version 1 ou la version 2 selon sa pratique en matière de motivation médicale (supprimer une des deux versions avant distribution de la mallette).

Version 1

Considérant que les troubles mentaux présentés par (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) se manifestent par ... (reprise des termes du certificat médical : à remplir pendant l'astreinte) ;

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical du docteur ... (à remplir pendant l'astreinte) demandant le transfert, ainsi que de l'accord du préfet du département de ... (département d'accueil à remplir pendant l'astreinte) que le transfert de ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) s'avère nécessaire.

Version 2

Considérant qu'il résulte de ces éléments et du contenu du certificat médical ci-joint du docteur ... (à remplir pendant l'astreinte), demandant le transfert et dont je m'approprie les termes, ainsi que de l'accord du préfet du département de ... (département d'accueil à remplir pendant l'astreinte) que le transfert de ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) s'avère nécessaire,

Arrête :

Article 1^{er}

Est ordonné le transfert en hospitalisation d'office de (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte) au ... (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation : à remplir pendant l'astreinte) du ... (à remplir pendant l'astreinte).

Article 2

(Rédaction à adapter par l'ARS ou la délégation territoriale)

Le préfet de ... (nom de la région s'il s'agit du préfet de région et du département : à remplir par l'ARS ou pendant l'astreinte) et les directeurs des établissements de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont avis sera adressé au procureur de la République de (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte), au maire de ... (commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte), à la famille et notification à ... (civilité, nom, prénom du patient : à remplir pendant l'astreinte).

Article 3

Recours contre cette décision peut être formé :

Sur la régularité formelle (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (nom du TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient : à remplir pendant l'astreinte) dans le délai de deux mois à compter de la notification du présent arrêté ;

Sur le bien-fondé de la mesure (pour demander la sortie immédiate) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé : à remplir pendant l'astreinte) ;

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques peut également être saisie par courrier adressé à son président (adresse de la CDHP : à remplir pendant l'astreinte).

Fait à ..., le ... (à remplir pendant l'astreinte).

Attentats en Catalogne : Collomb souhaite "mobiliser les hôpitaux psychiatriques" pour identifier les individus radicalisés

INVITÉ RTL - Le ministre de l'Intérieur Gérard Collomb annonce travailler en collaboration avec la ministre de la Santé Agnès Buzyn pour "identifier les profils psychologiques extrêmement troublés".



RTL Matin

Yves Calvi

Gérard Collomb annonce "17 Français blessés graveme..."

10:12 / 10:12

*Gérard Collomb annonce "17 Français blessés gravement" à Barcelone après l'attentat d...
Crédit Image : AFP / JEFF PACHOUD | Crédit Média : Jérôme Florin | Durée : 10:13 | ...*

La page de l'émission [↪](#)



Marie Zafimehy

et Jérôme Florin

PUBLIÉ LE 18/08/2017 À 09:21

Repérer les individus susceptibles de commettre un acte terroriste dans les structures psychiatriques. C'est la nouvelle piste explorée par le gouvernement, annoncée ce matin par le ministre de l'Intérieur Gérard Collomb au micro de RTL.

Alors qu'un nouvel attentat est survenu jeudi après-midi dans **le centre-ville de Barcelone en Espagne**, le ministre de l'Intérieur a détaillé ce nouveau projet réalisé en collaboration avec la ministre de la Santé, Agnès Buzyn. "Nous sommes en train de travailler avec ma collègue ministre de la Santé pour essayer de repérer l'ensemble de ces profils qui demain peuvent passer à l'acte".

Il s'agirait de "**mobiliser l'ensemble des hôpitaux psychiatriques et les psychiatres libéraux de manière à essayer de parer à cette menace terroriste individuelle**", a expliqué Gérard Collomb.

Des terroristes au profil psychologique "extrêmement troublé"

Le ministre de l'Intérieur a précisé que "des protocoles" seraient mis en place dans le cas "où lorsqu'un certain nombre de gens ont des délires autour de la radicalisation islamique". Il y aurait ensuite "un échange avec celles et ceux qui les côtoient".

"Si vous voulez on a en fait deux faits d'attaques aujourd'hui, détaille Gérard Collomb, vous avez à la fois des attaques planifiées comme celle qui vient de se produire en Espagne et puis vous avez **des gens qui se radicalisent brutalement avec souvent des profils psychologiques extrêmement troublés**".

Le but de ce nouveau projet est donc de pouvoir identifier plus facilement ce deuxième type d'attaque perpétrée par des individus isolés comme ce fut le cas **à Levallois le 9 août dernier** où des militaires de l'opération Sentinelle avaient été attaqués.

COMMENTAIRES

"Un tiers" des personnes signalées radicalisées "présentent des troubles psychologiques"

© 22/08/2017 à 10h52



A voir a

9


 Newsletter
Politique

 OK

Selon le ministre de l'Intérieur, un tiers des 17.400 personnes fichées est atteint de troubles psychologiques.

Les profils des auteurs, présumés ou avérés, des dernières attaques mettent en avant ce chiffre: selon le ministre de l'Intérieur Gérard Collomb. Dans le "FSPRT (fichier des signalements pour la prévention et la radicalisation), nous considérons qu'à peu près un tiers (des personnes) présentent des troubles psychologiques", a déclaré le ministre **ce mardi sur notre antenne** ([//www.bfmtv.com/politique/collomb-vers-une-operation-sentinelles-plus-mobile-1240105.html](http://www.bfmtv.com/politique/collomb-vers-une-operation-sentinelles-plus-mobile-1240105.html)). Environ 17.400 personnes sont recensées dans le FSPRT, créé en 2015, selon un rapport sénatorial publié au printemps.

Au lendemain du drame en Seine-et-Marne où un homme **avait foncé dans une pizzeria avec sa voiture** ([//www.bfmtv.com/police-justice/sept-sortis-une-voiture-fonce-intentionnellement-dans-une-pizzeria-au-moins-8-blesses-1235979.html](http://www.bfmtv.com/police-justice/sept-sortis-une-voiture-fonce-intentionnellement-dans-une-pizzeria-au-moins-8-blesses-1235979.html)), tuant une adolescente et faisant 12 blessés le 14 août, Gérard Collomb avait déclaré vouloir mobiliser les hôpitaux psychiatriques et les psychiatres "pour identifier les profils qui peuvent passer à l'acte".

Mobiliser le milieu médical

"Il est clair que le secret médical c'est quelque chose de sacré mais en même temps, il faut trouver le moyen qu'un certain nombre d'individus, qui effectivement souffrent de troubles graves, ne puissent pas commettre des attentats", a insisté de nouveau mardi matin **le ministre de l'Intérieur** ([//www.bfmtv.com/politique/collomb-annonce-la-creation-de-2500-a-300-postes-dans-la-police-1240073.html](http://www.bfmtv.com/politique/collomb-annonce-la-creation-de-2500-a-300-postes-dans-la-police-1240073.html)).





Sélectionné pour vous

Édouard Philippe soutient que le gouvernement "ne transigera en |
q=eyJ1cil6lmh0dHBzOi8vd3d3LmJmbXR2LmNvbS9tZWRpYXBsYX

Il a notamment cité le cas de l'homme qui lundi a tué une personne et blessé une autre à Marseille en fonçant sur deux abribus à bord d'une camionnette.

"Il sortait de clinique psychiatrique. Il avait des antécédents de prison et il assassine une personne. Il faut réfléchir sur ce genre de prisme", a dit le ministre. Ce n'est pas du terrorisme (...) mais on a de l'imitation. Un certains nombre d'esprits faibles peuvent se laisser entrainer à des actes de mimétisme."

L.N. avec AFP



Inscrivez-vous à la Newsletter Politique



A lire aussi

Gérard Collomb: "217 majeurs et 54 mineurs" français sont rentrés de Syrie

(<http://www.bfmtv.com/politique/gerard-collomb-217-majeurs-et-54-mineurs-francais-sont-rentres-de-syrie-1231099.html>)

Attentat en Espagne: "pas de ramifications" en France pour l'instant d'après Gérard Collomb

(<http://www.bfmtv.com/international/attentat-barcelone-pas-de-ramifications-en-france-pour-l-instant-d-apres-gerard-collomb-1237919.html>)

Gérard Collomb annonce un "renforcement des contrôles" à la frontière espagnole

(<http://www.bfmtv.com/politique/gerard-collomb-annonce-un-renforcement-des-controles-a-la-frontiere-espagnole-1238056.html>)

De 2500 à 3000 postes créés dans la police en 2018 et 2019, annonce Collomb

(<http://www.bfmtv.com/politique/collomb-annonce-la-creation-de-2500-a-300-postes-dans-la-police-1240073.html>)

Collomb: vers une opération Sentinelle "plus mobile"

(<http://www.bfmtv.com/politique/collomb-vers-une-operation-sentinelle-plus-mobile-1240105.html>)

Ailleurs sur le web

A voir aussi sur BFMTV

A voir aussi

Terrorisme : « les psychiatres n'ont pas vocation à collaborer avec le ministère de l'intérieur »

Le ministre de l'intérieur veut « mobiliser » les hôpitaux psychiatriques contre la menace terroriste, le psychiatre David Gourion est « consterné ».

LE MONDE | 21.08.2017 à 13h42 • Mis à jour le 21.08.2017 à 14h25 | Par David Gourion (Psychiatre libéral, ancien chef de clinique à l'hôpital Sainte-Anne)



« Il y a quelques mois, le prestigieux « British Medical Journal » publiait un éditorial qui mettait précisément en garde contre l'idée que les terroristes sont essentiellement des malades mentaux car les données dont nous disposons ne le confirment pas ». (Photo : le ministre de l'intérieur Gérard Collomb lors d'une conférence de presse donner Place Beauvau, à Paris, le 31 juillet). LIONEL BONAVENTURE / AFP

TRIBUNE. Juste après les attentats en Espagne, le ministre de l'intérieur Gérard Collomb a déclaré sur les ondes (RTL, vendredi 18 août) vouloir mettre en place une « *mobilisation de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques et des psychiatres libéraux de manière à essayer de parer à cette menace terroriste individuelle* ». Il a précisé que « *des protocoles* » seraient mis en place dans le cas où « *lorsqu'un certain nombre de gens ont des délires autour de la radicalisation islamique* ». Il y aurait ensuite « *un échange avec celles et ceux qui les côtoient* », c'est-à-dire les soignants. Cette déclaration est consternante, pour plusieurs raisons.

LES
TRAJECTOIRES
INDIVIDUELLES
DES TERRORISTES
SONT TRÈS
VARIÉES

D'une part, cette idée repose sur une assertion scientifiquement fausse : le lien entre maladie mentale et terrorisme n'est pas avéré. En effet, Gérard Collomb a évoqué des terroristes « *qui se radicalisent brutalement avec souvent des profils psychologiques extrêmement troublés* ». Il y a quelques mois, le prestigieux *British Medical Journal* publiait un éditorial qui mettait précisément en garde contre l'idée que les terroristes sont essentiellement des malades mentaux car les données dont nous disposons ne le confirment pas.

Les trajectoires individuelles des terroristes sont très variées. Le fait d'avoir été soumis à des difficultés socio-économiques ou d'être passé par un circuit psychiatrique est loin d'être omniprésent. Idem pour les maladies mentales : contrairement aux idées reçues, les patients dépressifs, schizophrènes ou autistes ne sont absolument pas représentatifs des bataillons terroristes. De plus, il a été montré que les patients qui souffrent de troubles psychiques ne commettent pas plus d'homicides que la population générale (ils en sont en revanche plus souvent victimes).

Nombreux profils de terroristes

D'autre part, les cadres recruteurs des terroristes s'en méfient en les estimant trop désorganisés, difficiles à former et risquant de mettre en péril le succès de leurs opérations. Il est possible que certains terroristes soient des malades mentaux et si nous avons à les prendre en charge, il nous appartient de les signaler. Mais, ce n'est vraisemblablement pas dans les hôpitaux psychiatriques que la plupart des filières terroristes se créent. On le sait : de nombreux profils de terroristes sont d'anciens délinquants qui ont « échoué » dans leur « carrière » et veulent prendre un nouveau départ.

Lire aussi : Nihilisme, salafisme, géopolitique : les multiples ressorts de la radicalisation djihadiste ([/societe/article/2017/08/18/nihilisme-salafisme-geopolitique-les-multiples-ressorts-de-la-radicalisation-djihadiste_5173599_3224.html](https://societe/article/2017/08/18/nihilisme-salafisme-geopolitique-les-multiples-ressorts-de-la-radicalisation-djihadiste_5173599_3224.html))

Par ailleurs, nous sommes une société de droit. La loi sur le secret médical n'est pas compatible avec la mise en place d'une « collaboration » entre psychiatres et services de police. Le Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM, [lien vers PDF](https://www.conseil-national.medecin.fr/) (<https://www.conseil-national.medecin.fr/>)) s'est d'ailleurs exprimé très clairement sur son site. Il rappelle que selon la loi, « *quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit (...) s'abstient volontairement de le faire* » sera condamné mais il souligne toutefois la prudence qui s'impose face à un risque de dérive : « *la radicalisation ne doit pas être confondue avec le fondamentalisme religieux (islam rigoureux ou salafiste quiétiste) qui est une pratique qui adopte des postures culturelles rigoureuses mais ne recourant pas à la violence. Respecter le secret est un comportement imposé par la nature des informations dont la divulgation à des tiers pourrait porter atteinte à la réputation, à la considération ou à l'intimité de la personne qui s'est confiée au médecin ; le droit au respect de l'intimité est inscrit dans la déclaration universelle des Droits de l'Homme.* »

QUAND
LE POLITIQUE SE
MÊLE
DE PSYCHIATRIE,
IL FAUT ÊTRE
EXTRÊMEMENT
PRUDENT

D'un point de vue éthique, l'idée d'un « protocole » concernant le repérage systématique de patients ayant un profil particulier pose de vraies questions. Quand le politique se mêle de psychiatrie, il faut être extrêmement prudent. Souvenons-nous de la polémique nauséabonde qu'avait soulevée la proposition, heureusement abandonnée, de Nicolas Sarkozy de placer des bracelets électroniques aux pieds des patients comme on le fait à ceux des criminels de droit commun.

Et puis, concrètement, comment s'organiserait cette « collaboration » des services de l'Intérieur avec les psychiatres ? Serons-nous invités bientôt à remplir une fiche décrivant les symptômes de nos patients susceptibles d'être des fous de Dieu ? D'un point de vue clinique, la plupart des patients schizophrènes en période de bouffée délirante aiguë ont des idées mystiques en relation avec Dieu et la religion.

La banalité du mal

Ceux qui sont d'origine musulmane seront-ils dès lors automatiquement anathématisés ? Et ces signalements, qu'en ferons-nous ? Le ministre a déclaré que le gouvernement avait décidé de recourir en matière de déradicalisation à des travailleurs sociaux « *parce que l'expérience (des centres spécialisés) s'est révélée un échec (...)* Nous allons forger une doctrine nouvelle sur la *déradicalisation* ». Qui seront ces travailleurs sociaux ? Quelle est cette « nouvelle doctrine » ?

HANNAH ARENDT
ÉCRIVAIT « C'EST
DANS LE VIDE DE
LA PENSÉE QUE
S'INSCRIT LE MAL
»

Il faut aussi se souvenir que les malades mentaux ont régulièrement fait l'objet, depuis le Moyen Age, de stéréotypes, de préjugés et de persécutions. La plus grande expérience de collaboration entre psychiatres et autorités gouvernementales a conduit à leur « euthanasie » massive. C'était dans l'Allemagne nazie. Le risque, dans le fait d'essentialiser le terrorisme d'aujourd'hui autour de la folie, est de croire qu'il y aurait des monstres radicalement différents de nous, des fous, et que les terroristes en font partie.

Hannah Arendt évoquait la banalité du mal en constatant que la plupart des nazis n'étaient ni des fous ni des monstres. Elle écrivait également « *c'est dans le vide de la pensée que s'inscrit le mal* ». Justement, pour établir une politique de lutte contre le terrorisme, il ne faut pas une doctrine, il faut une vraie pensée.

Plutôt que de chercher les terroristes chez nos patients en souffrance, les responsables politiques feraient mieux de nous aider à battre en brèche les stéréotypes stigmatisants que véhicule la société sur la maladie mentale. Nos malheureux patients sont déjà suffisamment angoissés par leurs troubles, laissons-les tranquilles.

David Gourion, psychiatre, est l'auteur de *La fragilité psychique des jeunes adultes*
(Editions Odile Jacob, 2015)

Les terroristes sont-ils fous?

PIECE n°8-1

Par Yann Andrétuan | Publié le 08/11/2017 à 11:23



Capture d'écran de la vidéo de l'État islamique diffusée le 19 novembre 2014 dans laquelle les musulmans de France sont appelés à commettre des attentats sur le territoire national. *Le Figaro*

FIGAROVOX/TRIBUNE - La santé mentale défaillante des terroristes est régulièrement invoquée pour justifier les attentats. Pour Yann Andrétuan, Médecin chef du service de psychologie de la Marine, la psychiatrisation du terrorisme permet d'évacuer sa dimension politique.

Yann Andrétuan est Médecin chef du service de psychologie de la Marine.

Réflexions sur la psychiatrisation du terrorisme

Depuis la vague d'attentats qui touche l'ensemble de l'Europe, des politiques, des experts s'interrogent sur la santé mentale de leurs auteurs et affirment parfois qu'ils souffrent de désordres mentaux. L'effroi causé par les actes terroristes, la froideur avec lesquels ils sont commis sont tels qu'ils ne pourraient être commis que par des fous.

Je suis psychiatre et je ne crois pas que le terrorisme soit une folie au sens psychopathologique du terme.

La psychiatrie et la psychologie se trouvent encore une fois convoquées, alors qu'elles ne disaient rien à expliquer cette folie et à la guérir. Michel Foucault dans son ouvrage majeur *La folie à l'âge classique* affirmait que: l'âme des fous n'est pas folle. Y a-t-il dans les actes commis par les djihadistes une trace de folie qui permet de les renvoyer vers un «psy» plutôt qu'un magistrat?

Je suis psychiatre et je ne crois pas que le terrorisme soit une folie au sens psychopathologique du terme.

Folie et violence

La folie ça n'existe pas, en tout cas au singulier. Nous autres psychiatres ou psychologues nous nous permettons parfois d'utiliser ce mot pour signifier le caractère exceptionnel de la clinique de certains de nos patients. Il faudrait parler des folies et encore cela n'est pas très satisfaisant car la folie c'est comme le cancer: les profanes y voient une maladie unique alors que pour les spécialistes il s'agit d'un concept valise qui permet de résumer une réalité bien plus complexe.

Certains délireront toute leur vie, persuadés des plus extraordinaires théories et sans jamais consulter un psychiatre alors qu'un patient phobique, le plus rationnel qui soit et reconnaissant lui-même le caractère absurde de ses symptômes sera terriblement handicapé. Le domaine de la psychiatrie recouvre des réalités complexes et les patients vivent tous différemment leurs symptômes, certains en souffrent et d'autres pas du tout.

Les malades mentaux sont-ils plus violents? Des faits divers ont ému l'opinion par la violence du geste commis par certains d'entre eux. Ainsi en 2004, des infirmières d'un centre hospitalier spécialisé furent décapitées. Un homme souffrant d'hallucinations a poussé quelqu'un sous les rails du métro. On pourrait multiplier les exemples et finalement donner l'impression que l'essentiel des crimes est commis par des sujets souffrant de troubles mentaux.

Une étude menée dans les années 90 a montré que la probabilité d'être agressé par un individu ayant consulté un psychiatre est dix fois moins élevée que de l'être par quelqu'un sans antécédent. Les services de psychiatrie peuvent être bruyants mais rarement violents.

J'ai exercé pendant 12 ans dans des services de psychiatrie dans divers hôpitaux, certes ouverts, mais je n'ai jamais attaché un patient.

Il est plus raisonnable d'affirmer que les malades mentaux seraient plus vulnérables aux conditionnements idéologiques. Il serait plus facile d'embrigader un fou qu'une personne saine.

J'ai été agressé une seule fois par une patiente de 90 ans démente.

L'unique fois où des personnels de l'équipe ont été agressés physiquement a été par un patient que nous connaissions peut-être trop bien et chez qui nous n'avions pas su reconnaître les signaux de dangerosité, la surprise majorant la violence du geste.

Il ne faut pas dénier le caractère parfois imprévisible d'éruption de la violence chez certains patients mais cela reste rare.

Un argument d'apparence plus raisonnable est d'affirmer que les malades mentaux seraient plus vulnérables aux conditionnements idéologiques. Il serait plus facile d'embrigader un fou qu'une personne saine. On surestime sans doute la raison. Des personnes très raisonnables font confiance à leur horoscope et trouveront toutes les raisons pour y croire et d'agir en fonction d'une prédiction.

Certains individus trouveront une cause qui donnera du sens à leur délire ou à leur psychopathie, c'est un fait mais combien? Il ne faut pas craindre une épidémie de terroristes potentiels dans les services de psychiatrie. La folie est difficile à embrigader.

Les armées ont toujours écarté les candidats à l'engagement souffrant de troubles mentaux les jugeant incontrôlables. Les Anglais quand ils ont fondé les premiers commandos ont imaginé recruter des sociopathes pour leur absence de résistance à tuer. Ce fut un échec. Ils sont alors allés chercher des hommes, diplômés et souvent issus de la bonne société anglaise, ne présentant pas de troubles psychiatriques mais au profil atypique.

Il faut se méfier de la tendance à vouloir «naturaliser» les comportements c'est-à-dire à leur chercher une vérité biologique ou scientifique. A notre époque affirmer qu'un produit, un comportement est naturel lui donne d'emblée une légitimité. Les débats autour du mariage pour tous en sont une bonne illustration. Les opposants au projet de loi se sont servis d'arguments biologiques pour montrer la primauté de l'hétérosexualité dans la reproduction, quand les pour ont utilisé des exemples du monde animal pour affirmer l'universalité de l'homosexualité. Mais l'être humain n'est ni un bonobo, ni un macaque même en invoquant un lointain cousinage.

En naturalisant le problème du terrorisme, on évacue sa dimension politique. On ne peut être en guerre contre

En naturalisant le problème du terrorisme, on évacue sa dimension politique.

des fous, le progrès finira bien par absorber ces fauteurs de troubles grâce à la toute-puissance de la Science! Mais c'est penser la Science comme une forme de maîtrise plutôt qu'un mode particulier de connaissance du monde. Dans ce processus de naturalisation la Science (qui n'existe pas au même titre que la folie) doit non seulement expliquer (ce qui est sa fonction première) mais aussi agir (ce qui est la fonction des ingénieurs).

Un crime dans la tête

Le lavage de cerveau permettrait de modifier le comportement d'un individu même à son insu. Très populaire dans les années 50 et 60, cette explication permettrait d'expliquer comment des groupes, des organisations peuvent influencer des individus.

La psychiatrie soviétique est allée plus loin dans cette logique. Pas besoin d'une action de l'adversaire pour expliquer que certains citoyens puissent s'opposer activement au gouvernement. L'Union soviétique est une société parfaite. Si on s'y oppose ce ne peut être que du fait de la folie. Le syllogisme est imparable et conduisit de nombreux dissidents à être hospitalisé .

Ce qui compte en désignant les terroristes soit comme des victimes soit comme des fous, n'est pas l'explication de leurs actes mais la conséquence de ces conclusions: on peut les guérir de leur égarement. Somme toute, si on peut convaincre une victime de secte d'abandonner celle-ci, alors la même opération est possible avec un terroriste.

On pourrait donc «déradicaliser» des candidats terroristes par des techniques psychologiques, en inversant en quelque sorte le processus de conditionnement, et ainsi les transformer en bon citoyen. C'est en tout cas ce qu'on promet en 2015 certaines associations...

Soit.

Peut-on pour autant comparer la préparation idéologique par la propagande dont l'EI est passé maître à un conditionnement mental? Al Qaïda a toujours combattu l'idée que ces hommes étaient irresponsables ou l'objet d'un complot.

On oublie le moteur puissant des fanatiques religieux de tout bord: la foi. La foi n'est pas un objet de la psychiatrie. Elle peut intéresser le psychologue ou l'anthropologue mais peu le psychiatre.

Mais au-delà de ces questions du conditionnement, c'est faire aussi peu de cas de ce qui semble motiver ces jeunes hommes: la foi. Car à vouloir absolument ne pas stigmatiser une religion, on oublie ce moteur, puissant des fanatiques de tous bords (religieux ou non). Cela ne veut pas dire que tous les croyants sont des fanatiques mais tous les fanatiques ont une foi tel qu'elle leur permet de diviser le monde en deux: ceux qui l'ont et ceux qui ne l'ont pas.

La foi n'est pas un objet de la psychiatrie. Elle peut intéresser le psychologue ou l'anthropologue mais assez peu le psychiatre. Elle l'intéresse par rapport au délire. Comment faire la différence entre la foi et un délire d'autant plus que certains thèmes délirants ont toutes les apparences du mysticisme.

Jaspers apporte une réponse, à mon sens pas totalement satisfaisante qui est celle de l'incorrigibilité. Le délire n'est pas corrigible et il ne relèverait pas d'un processus de construction et d'élaboration au contraire de la foi. Il est vrai que le délire, chez certains relève d'une illumination, d'une évidence qui éclaire d'un coup le monde.

La différence entre la foi et une idée délirante est donc ténue et nous devons faire appel dans certains diagnostics à d'autres critères (symptômes associés, biographie). Georges Devereux a par ailleurs montré de façon magistrale comment considéré ce qui est de l'ordre du psychique et du culturel dans La psychanalyse des Indiens de la plaine. Pour lui, le pathologique apparaît dans le recours à la culture de l'homme blanc c'est-à-dire la psychiatrie.

Admettons que l'on puisse déconditionner quelqu'un de sa foi, de ces convictions profondes. L'abîme qui s'ouvre est à la fois vertigineux et terrifiant.

Si nous avons la possibilité de modifier les convictions profondes d'un individu au nom de la sûreté de la société pourquoi ne pas le faire au nom de la norme? Aux USA des programmes de reconditionnement prétendent modifier l'orientation sexuelle en «transformant» des homosexuels en hétérosexuels. On pourrait aussi imaginer modifier l'opinion de ceux opposés au progrès pour la simple raison qu'ils sont rétrogrades.

Finalement notre société ressemblerait à l'Union soviétique où la norme serait une tyrannie. Nous n'en sommes pas loin quand on songe que certaines universités américaines prévoient des lieux où les minorités se retrouvent entre elle et où tous débats sont évités...

Terrorisme mémétique

Il n'y a plus besoin pour être terroriste d'avoir fait le voyage jusqu'à Moscou ou Damas (époque Guerre Froide) et être allé dans un camp d'entraînement. L'idée suffit.

Ce qu'il y a de nouveaux dans ce que nos sociétés affrontent, est que le terrorisme devient une affaire de profane (sic). Il n'y a plus besoin pour être terroriste d'avoir fait le voyage jusqu'à Moscou ou Damas (époque Guerre Froide) et être allé dans un camp d'entraînement. L'idée suffit.

Richard Dawkins est un biologiste évolutionniste connu pour avoir développé la théorie du gène égoïste. Cette théorie l'a conduit à élaborer celle des mêmes. Selon le scientifique anglais, les idées sont comme les gènes: elles cherchent à se répliquer.

Une idée (concept, symbole, croyance...) va donc chercher à se reproduire dans le plus grand nombre d'esprits possible et la conscience humaine représente l'écosystème parfait. Il fonde le néologisme même à partir du mot gène et du latin mens, l'esprit pour désigner ces idées. Pour Dawkins, la religion est l'un des mêmes les plus puissants.

Les idées pourraient se reproduire comme des virus et rentrer en compétition pour le contrôle d'un même écosystème: notre esprit. La théorie des mêmes a connu peu de succès en France d'abord parce qu'elle soulève des problèmes épistémologiques importants.

Néanmoins il faut reconnaître que certains concepts possèdent des pouvoirs d'attraction importants comme une histoire drôle qui se diffuse ou une rumeur ou encore certaines expressions. Penser des idées comme des virus permet, en restant très prudent d'imaginer comment elles se diffusent.

Les sujets souffrant de pathologie mentale sont-ils plus vulnérables à la propagande d'un groupe terroriste. En d'autres termes sont-ils de bons terrains aux mêmes?

La question est complexe et plusieurs fois soulevée, dans d'autres contextes certes.

Par exemple au XVIIème siècle les confesseurs s'inquiétaient de l'influence des romans sur l'esprit des jeunes filles. L'Europe du XIXème a imputé au Jeune Werther de Goethe l'épidémie de suicide qui toucha la jeunesse. Plus près de nous, l'opinion a vu dans les dessins japonais un danger pour les jeunes esprits. On cherche dans la génération des quadras en quoi Goldorak a provoqué une épidémie de violence.

Néanmoins persiste l'idée que certains concepts peuvent avoir au minimum une influence néfaste sur des esprits malléables ou vulnérables. Le problème est d'identifier la vulnérabilité d'un esprit. Il y a des profils de personnalités qui peuvent adhérer et faire de très bons fanatiques. La paranoïa est une structure qui peut entraîner une adhésion sans réserve à une cause. Pour autant tous les paranoïaques ne deviennent pas terroristes. Il faut qu'ils reconnaissent dans une cause quelque chose qui face résonance. Comme n'importe qui en fait.

Arrogance et altérité

Nous sommes persuadés que notre société ou nos idéaux représentent le paroxysme de la civilisation. Les progrès de la science associés aux progrès sociaux doivent nous permettre de résoudre la plupart des enjeux qui se présentent à nous. Nous sommes éduqués, tolérants, ouverts à toutes les cultures, les orientations sexuelles, les choix de vie et pacifiques. Que d'arrogance!

Les djihadistes ne sont pas des Soviétiques qui n'avaient pas grand-chose à espérer et dont la majorité voyait l'Ouest avec beaucoup d'envie.

Il ne s'agit pas d'une posture politique de droite ou de gauche. Les Américains ont cru qu'apporter les bienfaits de la démocratie suffirait à créer un cercle vertueux qui produirait la paix au Moyen Orient. De l'autre bord politique, prévaut l'idée qu'il suffit d'être ouvert, accueillant envers l'autre pour qu'en miroir il devienne à son tour tolérant.

Les djihadistes ne sont pas des Soviétiques qui n'avaient pas grand-chose à espérer et dont la majorité voyait l'ouest avec beaucoup d'envie et qui se sont convertis à grande vitesse à la société de consommation lorsqu'ils en eurent la possibilité.

Le problème de l'Occident est l'autre et c'est pourquoi beaucoup voient dans le terrorisme une forme de psychopathologie. L'autre c'est le fou, le perturbateur de l'ordre et de la norme. Etymologiquement, aliéné, aliénation viennent du latin alienus, autre. L'aliéné représente ce qu'il y a de plus autre ce que Freud après les frères Grimm nomme l'inquiétante étrangeté (traduction approximative de l'allemand Unheimliche). Le fou nous ressemble et d'ailleurs ne se distingue pas de la personne saine d'esprit. Mais il est censé être imprévisible et donc dangereux.

Certes l'accueil de l'autre, l'ouverture et la tolérance sont des valeurs largement promues et constituent parfois un programme politique. Mais objectivement nos sociétés acceptent ces autres à la condition qu'ils soient des victimes. Les associations qui aident les migrants de façon active mettent en avant l'impératif

humanitaire. L'autre est foncièrement pacifié et ne peut être pensé en dehors des catégories de la victime et l'homme occidental du bourreau.

Si vous n'avez pas ma haine, vous aurez quoi?

On ne hait pas un fou, on le soigne. En tout cas, on le laisse dans des mains supposées compétentes. On peut certes s'émouvoir, avoir de la compassion mais finalement nous y sommes relativement indifférents.

Un journaliste, Antoine Leiris a écrit un beau texte, poignant à la suite des attentats de novembre 2015 où il a perdu sa femme. Il écrit ne pas vouloir être haineux envers les auteurs de ces actes et qu'en substance seule la culture nous sauvera.

Que faut-il ressentir alors?

Certes la haine empêche de raisonner et de considérer les événements actuels de façon globale. Mais ne faut-il pas plutôt affirmer que les monstres existent et qu'il est impératif de les combattre?

Devant un tel acte n'est-il pas naturel de ressentir de la colère et de la haine envers ceux qui nous considèrent comme des ennemis pour le simple fait que nous ne partageons pas les mêmes croyances? La majorité des commentaires de ce texte saluent son caractère puissant, émouvant et courageux. Mais aucun ne s'interroge sur l'aporie qu'il propose: finalement quel sentiment avoir envers ces terroristes?

Ne pas ressentir de la haine et même aucun sentiment c'est être indifférent. Or l'indifférence face à une menace est le comble de l'arrogance. Résister c'est continuer à vivre malgré tout et ne pas se laisser sidérer par la peur que veulent provoquer les terroristes. Mais n'éprouver aucun sentiment envers ces actes est une forme de mépris. Il ne faut jamais mépriser son ennemi.

Il est évident que le but ne doit pas être l'exercice de la vengeance mais bien la suppression de cette menace et que la réponse ne peut être seulement armée. Il faut aussi penser à la paix et donc aux causes qui nous ont conduits en Occident à cette situation.

Certes la haine aveugle, empêche de raisonner et de considérer les événements actuels de façon globale.

Mais ces gens qui tuent sans distinction dans nos rues doivent-ils être traités avec indifférence comme une nuisance, irritante mais qui disparaîtra un jour, comme les moustiques en été (sic).

Ou ne faut-il pas plutôt que vouloir opérer une recherche des causes premières que ce soit celle de la folie, de l'histoire ou de la société et de ses insuffisances, affirmer que les monstres existent et qu'il est impératif de les combattre.

Yann Andrétuan

Contenus sponsorisés

(http://trk.trkmm.com/68d3106d-31c3-42c4-9d93-968c420ee594?utm_source=tb&utm_medium=cpc&&utm_campaign=SuperCarburant_M&utm_term=lefigaro-lefigaro&utm_content=125843049)

Expert révèle: «C'est comme un karcher pour votre intestin»

Compléments Biolifix

(http://trk.trkmm.com/68d3106d-31c3-42c4-9d93-968c420ee594?utm_source=tb&utm_medium=cpc&&utm_campaign=SuperCarburant_M&utm_term=lefigaro-lefigaro&utm_content=125843049)

(https://www.olliscience.com/lettre/olliman-prostate/taboola/?promocode=POLSU927&utm_source=taboola&utm_medium=Native&utm_campaign=POLSU927OLS-16-SAFE-D-MAN-POLSU927-1step-MAN007_631BCL-Quefaire-AdsV9-FR&promoup=POLSU945&popup=1+1_OLLIMAN_Taboola)

Prostate : ce geste simple pour enfin arrêter de vous lever la nuit

Olliscience

(https://www.olliscience.com/lettre/olliman-prostate/taboola/?promocode=POLSU927&utm_source=taboola&utm_medium=Native&utm_campaign=POLSU927OLS-16-SAFE-D-MAN-POLSU927-1step-MAN007_631BCL-Quefaire-AdsV9-FR&promoup=POLSU945&popup=1+1_OLLIMAN_Taboola)

(http://www.meilleurplacement-2018.com/url.php?campaign_id=4667&aff_id=2387&source=DTI002_txt272_img218&utm_term=lefigaro-lefigaro)

Nouvelle Loi Pinel : Vous avez moins de 55 ans ? Découvrez comment économiser 21% d'impôts

Loi Pinel

(http://www.meilleurplacement-2018.com/url.php?campaign_id=4667&aff_id=2387&source=DTI002_txt272_img218&utm_term=lefigaro-lefigaro)

(http://arrow-lifting.com/lp/?utm_source=taboola&utm_medium=referral&utm_term=lefigaro-lefigaro)

Le Lifting Arrow pour rajeunir sans chirurgie - 100% naturel & sans cicatrices

Lifting Arrow

(http://arrow-lifting.com/lp/?utm_source=taboola&utm_medium=referral&utm_term=lefigaro-lefigaro)

(https://www.residence-yumi-aix-en-provence.com/?utm_source=native_ads&utm_medium=taboola&utm_campaign=yumi_sept_2018&utm_term=ann4)

Appartements neuf 3 et 4 pièces avec terrasses à saisir !

Vinci Immobilier

(https://www.residence-yumi-aix-en-provence.com/?utm_source=native_ads&utm_medium=taboola&utm_campaign=yumi_sept_2018&utm_term=ann4)

(https://eco-energie-verte.org/?utm_source=taboola&utm_medium=referral)

Ile-de-france : Propriétaire de maison : Pourquoi les projets solaires sont-ils devenus rentables?

Réduisez Vos Factures

(https://eco-energie-verte.org/?utm_source=taboola&utm_medium=referral)

(https://signups.labourseauquotidien.com/X990U902?utm_source=taboola&utm_medium=referral)

Guerre USA vs Chine : La valeur à acheter dès maintenant

La bourse au Quotidien

(https://signups.labourseauquotidien.com/X990U902?utm_source=taboola&utm_medium=referral)

(https://code41watches.com/fr/equipe-code41/?utm_campaign=taboola&utm_medium=FR_FR_Desktop_Equipe_Smart&utm_source=FR_FR_De)

Des milliers de Français s'arrachent les Montres de cette Start-Up Suisse !

CODE41

(https://code41watches.com/fr/equipe-code41/?utm_campaign=taboola&utm_medium=FR_FR_Desktop_Equipe_Smart&utm_source=FR_FR_De)

lefigaro-lefigaro&utm_medium=referral&utm_content=ab_thumbnails-a_abp-mode:Below Article Thumbnails;)

Recommandés pour vous

(<http://premium.lefigaro.fr/actualite-france/2018/09/28/01016-20180928ARTFIG00356-privé-de-france-culture-michel-onfray-arrete-l-universite-populaire-de-caen.php>)

Privé de France Culture, Michel Onfray arrête l'Université populaire de Caen

(<http://premium.lefigaro.fr/actualite-france/2018/09/28/01016-20180928ARTFIG00356-privé-de-france-culture-michel-onfray-arrete-l-universite-populaire-de-caen.php>)

(<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/09/25/01016-20180925ARTFIG00352-theo-luhaka-symbole-des-violences-policières-mis-en-examen-pour-escroquerie.php>)

Théo Luhaka, symbole des violences policières, mis en examen pour escroquerie

<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2018/09/25/01016-20180925ARTFIG00352-theo-luhaka-symbole-des-violences-policieres-mis-en-examen-pour-escroquerie.php>

http://video.lefigaro.fr/figaro/video/andre-manoukian-lesbien-il-fait-de-surprenantes-revelations-sur-sa-sexualite/5842049463001/?utm_source=taboola&utm_medium=exchange

André Manoukian lesbien : Il fait de surprenantes révélations sur sa sexualité

[Le Figaro
http://video.lefigaro.fr/figaro/video/andre-manoukian-lesbien-il-fait-de-surprenantes-revelations-sur-sa-sexualite/5842049463001/?utm_source=taboola&utm_medium=exchange](http://video.lefigaro.fr/figaro/video/andre-manoukian-lesbien-il-fait-de-surprenantes-revelations-sur-sa-sexualite/5842049463001/?utm_source=taboola&utm_medium=exchange)

[source=lefigaro-lefigaro&utm_medium=referral&utm_content=organic-thumbnails-a:Organic Below Article Thumbnails:\)](#)



**« Prévenir
Pour Protéger »**
**Plan national
de prévention
de la radicalisation**

VENDREDI 23 FÉVRIER 2018

www.gouvernement.fr

Dossier de presse

Contact

Service de presse
de Matignon
57, rue de Varenne
75007 Paris - France
Tel: +33 (0)1 42 75 50 78/79

Sommaire

Communiqué du Premier ministre, vendredi 23 février 2018.	5
Les 60 mesures pour réorienter la politique de prévention	7
1. Prémunir les esprits contre la radicalisation	9
2. Compléter le maillage détection / prévention	13
3. Comprendre et anticiper l'évolution de la radicalisation	15
4. Professionnaliser les acteurs locaux et évaluer les pratiques	17
5. Adapter le désengagement	21
Annexes	23
CIPDR, Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation	24
Prévention de la radicalisation, du signalement à la prise en charge préventive	25
La prise en charge de la radicalisation	26
Point sur la radicalisation en France	27
Glossaire	30

**Communiqué du Premier ministre,
vendredi 23 février 2018**

« Prévenir Pour Protéger »

Plan national de prévention de la radicalisation

Le Premier ministre réunit ce vendredi 23 février à Lille le comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation (CIPDR) afin de présenter **le nouveau plan national de prévention de la radicalisation annoncé par le Président de la République.**

Après la loi renforçant la sécurité intérieure et la lutte contre le terrorisme, adoptée dès octobre 2017, le gouvernement présente un plan qui s'inscrit en cohérence avec les autres chantiers gouvernementaux en cours sur les prisons, la politique de la ville et le dialogue avec les musulmans de France.

La radicalisation s'est affirmée en France à l'instar d'autres pays européens et au-delà, comme une menace durable pour notre sécurité et notre cohésion sociale. Face à cette menace, une politique publique nouvelle de prévention de la radicalisation, qui articule logiques sociale et de sécurité, a été construite à partir de 2014. Le plan de lutte anti-terroriste (PLAT) du 29 avril 2014 et le plan d'action contre la radicalisation et le terrorisme (PART) du 9 mai 2016 ont développé cette politique de prévention autour de la détection, la formation, la prise en charge en milieux ouvert et fermé et le développement de la recherche.

Ce plan, fruit d'une large concertation menée par le secrétariat général du comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation, a mobilisé 20 départements ministériels à partir du retour sur les dispositifs mis en place et expérimentations conduites. Il formule **60 mesures, pour réorienter la politique de prévention suivant 5 axes :**

- 1) Prémunir les esprits face à la radicalisation**
- 2) Compléter le maillage détection / prévention**
- 3) Comprendre et anticiper l'évolution de la radicalisation**
- 4) Professionnaliser les acteurs locaux et évaluer les pratiques**
- 5) Adapter le désengagement**

Si l'emprise territoriale de Daesh en Syrie et Iraq a été défaite grâce à l'action de la coalition internationale, la menace terroriste endogène demeure sur notre territoire. **Pour protéger notre société, il nous faut continuer de lutter contre le terrorisme mais aussi prévenir efficacement la radicalisation.** C'est le sens de **ce plan « prévenir pour protéger ».** Son succès repose sur **la mobilisation et la coordination entre acteurs de l'État, collectivités territoriales et société civile,** en tenant compte des retours d'expérience du terrain et des bonnes pratiques qui nous reviennent aussi de nos partenaires européens.

Les 60 mesures pour réorienter la politique de prévention

4. Professionnaliser les acteurs locaux et évaluer les pratiques

4.1 ENCOURAGER L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ, DU TRAVAIL SOCIAL ET DU DROIT DES FEMMES

4.1.1 Mobilisation des professionnels de la santé mentale

Mesure 38 : Renforcer la relation entre les agences régionales de santé (ARS) et les préfetures sur l'articulation santé mentale/prévention de la radicalisation, via des conventions cadres précisant le rôle de chacun. Encourager la généralisation des bonnes pratiques dans les territoires, notamment celles relatives à l'appui apporté par les professionnels de santé mentale. En cellule préfectorale et en fonction des besoins exprimés, favoriser la présence de professionnels de santé et/ou de santé mentale aux côtés des référents de l'ARS.

Mesure 39 : Actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (HOPSY).

4.1.2 Renforcement de la mobilisation des grands réseaux associatifs de travail social

Mesure 40 : Sous l'égide du SG-CIPDR, réaliser un guide commun des pratiques professionnelles référentes en matière de prévention de la radicalisation au profit des grands réseaux associatifs de travail social.

4.1.3 Mobilisation du réseau droits des femmes

Mesure 41 : Associer les équipes territoriales aux droits des femmes et à l'égalité, et leur réseau associatif, au dispositif de prévention de la radicalisation et de suivi des personnes radicalisées.

4.2 RENFORCER LE SUIVI DES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION DE LA RADICALISATION

4.2.1 - Développer et structurer la formation des acteurs

Mesure 42 : Intégrer dans la formation « Valeurs de la République et Laïcité » du Commissariat général à l'égalité des territoires, un module spécifique sur la prévention de la radicalisation.



Communiqué

Casier psychiatrique et pressions sécuritaires

6 juin 2018

Les propos des ministères, Intérieur et Santé, autour des réactions des associations sur le décret du 23 mai relatif au fichier HOPSYWEB, se veulent rassurants pour minimiser la portée de la création d'un casier psychiatrique pour les patients. Mais il s'agit aussi de minorer les contraintes qui pèsent sur l'exercice de la psychiatrie publique.

Plus que la simple actualisation du fichier préexistant depuis 1994, le Premier Ministre et la Ministre de la Santé signent avec ce texte, même s'il n'y fait pas référence, la 39^e mesure du plan national de prévention de la radicalisation récemment annoncé. Et associe de ce fait patients de psychiatrie et terrorisme.

L'augmentation du nombre de personnes ayant accès à l'identité et aux données de personnes en soins psychiatriques sans consentement, l'allongement du délai de conservation des données au-delà de la durée de la décision de soins, le flou sur la sécurisation de ces données et l'interdiction pour les personnes de s'opposer à la collecte de ces informations, sont les principaux problèmes posés par ce décret pris sans discussion.

Comme s'il ne suffisait pas que les arguties juridiques ne cessent de se déployer jusqu'à l'absurde sur le déroulement des soins psychiatriques depuis la promulgation de la loi de 2011, ce décret ajoute aux pressions exercées dans les établissements pour que, en opposition avec les obligations de secret professionnel, les préfetures disposent de toujours plus d'informations sur les patients en soins sans consentement : déjà nantis du pouvoir de s'opposer aux aménagements de mesures de soins de certains patients en utilisant le risque de trouble à l'ordre public, en contradiction avec les objectifs sanitaires, les représentants de l'Etat associent les ARS pour la transmission de directives aux hôpitaux obligés de signaler diverses informations qui concernent indistinctement les personnes sur la simple raison qu'elles sont en soins sans consentement, même si elles ne présentent pas de caractère de dangerosité.

Aussi légitimes que puissent être les préoccupations pour prévenir les phénomènes de radicalisation, ce décret abuse de l'état sécuritaire sur la psychiatrie et ôte aux personnes en soins psychiatriques le statut de citoyen ordinaire en leur retirant le droit de s'opposer à l'usage de leurs données personnelles, et en méprisant le « droit à l'oubli » prévu dans le Règlement Général de Protection des Données Personnelles du Droit européen.

Comme s'ils dédaignaient l'impact que peuvent avoir l'usage des antécédents psychiatriques sur la vie privée des personnes, alors que par ailleurs des campagnes de déstigmatisation de la maladie sont engagées, les ministres signataires favorise l'amalgame entre dangerosité et psychiatrie, et ajoutent par ce décret aux contradictions imposées à la psychiatrie : la commande de répondre à plus de demandes et de recours aux soins psychiatriques par la population ou les institutions, tout en faisant l'économie de 960 millions d'euros dans les hôpitaux par la dernière circulaire budgétaire, en est une autre.

Le SPH demande l'annulation de ce décret et établira les recours juridiques nécessaires pour faire disparaître les atteintes au droits des personnes et les abus sécuritaires qui s'exercent sur la psychiatrie au détriment des principes de soins.

NEWSLETTER

 >


LA REVUE

RUBRIQUES EN LIGNE

EXCLUSIVITÉS WEB

ACTUALITÉS

EMPLOI

FORMATION

LA BOUTIQUE

Vous êtes ici » Accueil > Actualités > Soins sans consentement : « Non au fichage des patients »

ACTUALITÉS

ACTUALITÉS

AGENDA

« RETOUR À LA LISTE »



RECHERCHER UNE ACTUALITÉ

Archives

Ordre de tri

Par mots-clés

PARTAGER CETTE PAGE

SOINS SANS CONSENTEMENT : « NON AU FICHAGE DES PATIENTS »

Publié le 29 Mai 2018

« Non au fichage des patients, non à une psychiatrie policière, oui à une psychiatrie soignante » : Dans un communiqué, [l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire \(ASPMP\) réagit au récent décret autorisant les traitements de données personnelles des personnes suivis en soins psychiatriques sans consentement](#) ([lire notre article](#)).

« En août 2017, l'ASPMP faisait un communiqué intitulé : « **La psychiatrie n'est pas la 4e force de sécurité de la France** », réagissant à des propos du ministre de l'Intérieur. Ce que le ministre de l'Intérieur n'a pas pu faire directement, la ministre de la Santé l'a fait en signant le *décret n° 2018-338 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement* (1).

Ce décret fait suite à la mesure 39 du plan national de prévention de la radicalisation de février 2018 (2) qui prévoit pour mobiliser les professionnels de la santé mentale « *d'actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et à la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (HOPSY)* ».

Ainsi, sous le prétexte de lutter contre la radicalisation, avec le préjugé fréquemment répandu qu'il faut être un malade mental pour se lancer dans une radicalisation religieuse terroriste, alors que les études font largement état d'une absence de maladie mentale chez ces personnes, **tous les patients en soins sans consentement** font devoir faire l'objet d'un signalement au préfet, avec un panel extrêmement impressionnant d'autorités qui vont être systématiquement informées.

Si le préfet a obligatoirement connaissance des personnes qui font l'objet de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), il n'est pas acceptable qu'une personne hospitalisée sans son consentement, sur décision du directeur de l'établissement de santé (soins sur demande d'un tiers/SDT), fasse l'objet d'un fichage auprès de la préfecture. Pourquoi une personne hospitalisée sans son consentement parce qu'elle présente un état dépressif, qu'elle peut vouloir se suicider doit-elle faire l'objet d'un signalement au préfet ?

La stigmatisation de la maladie mentale, la difficulté à faire changer les représentations sur la psychiatrie ont encore de « beaux jours » devant elle en confondant maladie mentale et risque terroriste. Dans un passé récent, le pouvoir politique avait souhaité assimiler la maladie mentale à la délinquance. La mobilisation des professionnels l'avait fait reculer. Les professionnels de la santé mentale et les usagers doivent poursuivre cette mobilisation.

Enfin, alors que le gouvernement clame son désir profond et « sincère » d'associer la société civile à la réforme du pays, ces dispositions s'imposent sans concertation, sans même informer les instances pilotées par lui, notamment le comité de pilotage de la psychiatrie.

Recours et mobilisations diverses ne vont pas se faire attendre. »

1- <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2018/5/23/SSAP1811219D/jo/texte>

2- <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/02/2018-02-23-cjpd-radicalisation.pdf>

LA BOUTIQUE

» S'ABONNER

» SE RÉABONNER

» ACHETER UN NUMÉRO

» TÉLÉCHARGER UN ARTICLE

» TÉLÉCHARGER UN DOSSIER COMPLET

» ACHETER UN PACKAGE THÉMATIQUE

» TÉLÉCHARGER UN E-BOOK

48^e JOURNÉES DE L'ÉCOLE DE LA CAUSE FREUDIENNE



EN LIBRAIRIE

Pratique de l'entretien motivationnel

Auteur(s) : S. Rollnick, W. R. Miller, C. C. Butler

Voir tous les livres

Voir tous les éditeurs



AGENDA

Le 10 Octobre 2018

Psychiatrie numérique : des outils connectés aux outils interventionnels

Hôpital Albert Chenevriér

Voir tous les événements

LES LIENS UTILES

LES DERNIERS NUMÉROS



< [Agnès Buzyn veut encourager le dialogue dans la communauté hospitalière](#)

[Psymac : imagerie cérébrale et prédiction de la psychose](#) >

LA REVUE

Le numéro du mois
Feuilletez un numéro
La galerie d'artistes
Les archives

RUBRIQUES EN LIGNE

Des mots pour comprendre
Chercheurs de savoirs

EXCLUSIVITÉS WEB

Reçus à la rédaction
Thèses et mémoires

EMPLOI

Les offres d'emploi
Ils recrutent

FORMATION

Les offres de formation
Les organismes de formation
Les diplômes universitaires
Hors-série spécial formation

AGENDA**LIBRAIRIE**

Librairie
Kiosque du mois
E-book

ACTUALITÉS**LIENS UTILES****CONTACT****NEWSLETTER**

Conditions générales de vente
Mentions légales
Politique de confidentialité

S'abonner
Se réabonner
Achat à l'unité
Packages thématiques

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
Conseil National Professionnel de Psychiatrie

Communiqué du 18 juin 2018

**Non au viol de l'intimité des patients en psychiatrie Non au
soupçon de terrorisme porté
sur les patients et leurs médecins présumés complices**

La Fédération Française de Psychiatrie est indignée par la teneur du *décret n° 2018-338 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement* dit HOPSY. Sous prétexte d'améliorer la gestion des dossiers des personnes hospitalisées sans consentement et d'actualiser un recueil dispersé de données, la ministre de la Santé, sous l'autorité du Premier ministre a signé un décret autorisant le fichage de données personnelles concernant les personnes hospitalisées aussi bien sur décision du représentant de l'État que celles sur décision du directeur d'établissement (soins sur demande d'un tiers) et pendant une durée de plus de trois ans outrepassant le temps de leur prise en charge.

Ce que ne dit pas le décret, c'est qu'il s'inscrit dans la lutte contre la radicalisation, comme le Premier ministre l'a annoncé dans le plan national de prévention de la radicalisation de février 2018 qui prévoit pour **prétendument** mobiliser les professionnels de la santé mentale (mesure 39) « *d'actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et à la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (HOPSY)* ». Les personnes hospitalisées en psychiatrie seraient-elles toutes considérées comme suspectes à priori de terrorisme et leurs médecins complices, puisque le mail de tous les médecins les ayant suivies devrait être aussi communiqué à la préfecture ? Si le Premier ministre voulait mobiliser les professionnels, il peut considérer avoir réussi au vu de l'importance des réactions indignées !

Bien que la ministre de la Santé ait annoncé présider le futur comité stratégique pour la psychiatrie et la santé mentale qui devrait permettre que la psychiatrie ne soit plus le parent pauvre de la médecine avec un plan d'action devant « *déstigmatiser* » les patients, quoi de plus efficace pour atteindre cet objectif que de confondre troubles mentaux, radicalisation et engagement terroriste. L'actualité rend compte très régulièrement des difficultés que rencontre la psychiatrie hospitalière et que n'arrangeront pas les coupes budgétaires annoncées. Réhabilitation, rétablissement, empowerment (plus chic qu'autonomisation), autant de termes et de concepts parfois pompeux que le ministère promet pour l'affichage tout en s'efforçant de publier discrètement une réglementation contribuant à la marginalisation et à la stigmatisation.

La Fédération Française de Psychiatrie s'est pourtant engagée sur le terrain de la recherche de liens éventuels entre Psychiatrie et Radicalisation en répondant à un appel d'offres du ministère de l'Intérieur. Un rapport intermédiaire a été rendu montrant les corrélations rares entre maladie mentale et engagement radicalisé¹.

La Fédération Française de Psychiatrie s'associe à la dénonciation de ce décret faite par les usagers et d'autres organisations professionnelles et en demande solennellement l'annulation.

¹ FFP. Psychiatrie et radicalisation. Rapport intermédiaire du groupe de travail de la FFP. Pour la recherche. Bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie. N° 93-94, juin 2017 et septembre 2017 et n° 95-96 décembre 2017 et mars 2018.

Communiqué
Paris le 4 juin 2018

Un décret portant atteinte aux patients les plus vulnérables en psychiatrie

Le 23 mai, le gouvernement a signé le [décret n° 2018-383 « autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement »](#). L'ADESM (Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale), la Fnapsy (Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatrie) et l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) font part de leur grande inquiétude.

Ce décret autorise les Agences régionales de santé (ARS) à collecter des données qui pourront être l'objet d'une consultation nationale via un dispositif appelé Hopsyweb. **Les raisons invoquées**, à savoir faciliter la gestion administrative de ces patients et disposer de statistiques nationales, **ne justifient en rien la constitution d'un tel fichier**. S'il s'agissait d'un suivi des hospitalisations sans consentement à des fins statistiques et de suivi des situations, ce fichier national **ne serait pas nominatif et ne contiendrait que des données anonymisées**.

En outre, le texte précise que le droit d'opposition prévu à l'article 38 de la [loi du 6 janvier 1978](#) dite "informatique et libertés", qui prévoit que "toute personne physique a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement" — **ne s'applique pas pour la mise en œuvre d'Hopsyweb**.

Par ailleurs, ce décret n'est pas sans rappeler le [discours du Premier Ministre du 23 février 2018](#) concernant le **plan national de prévention de la radicalisation**. En particulier la mesure 39 « actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (HOPSY) ». **Jeter le voile de la suspicion sur les personnes ayant des troubles psychiatriques en les assimilant à des personnes radicalisées renforce le regard stigmatisant que porte la société sur eux**.

Rappelons que les usagers de la psychiatrie hospitalisés sans consentement sont avant tout des personnes malades vulnérables et en grande souffrance qui ont besoin de soins. Pour celles et ceux qui doivent aider leurs proches malades psychiques contre leur gré, il n'y a souvent pas d'autre alternative que les soins sans consentement. C'est une démarche très douloureuse pour ces parents, enfants, frères, sœurs, conjoints, petits-enfants, qui doivent pouvoir s'en remettre pleinement au personnel soignant. **Pour le personnel soignant, les soins sans consentement exigent de tisser, autant que faire se peut, un lien de confiance avec la personne malade et son entourage**.

Avec ce décret, nourrissant les amalgames entre maladie psychique et terrorisme, c'est le secret médical et le processus de soins qui sont menacés. Nous, patients, proches, soignants, demandons une modification de ce décret afin que les données soient anonymisées.

CONTACT : Elsa Ansquer - elsa.ansquer@unafam.org - 01 53 06 30 92

L'Unafam est une association d'utilité publique, qui depuis 1963, accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les familles et l'entourage de personnes vivant avec des troubles psychiques et défend leurs intérêts communs. Elle compte plus de 14 500 adhérents, 113 délégations et 300 points d'accueil.

UNAFAM - Union nationale de familles et amis de personnes malades et /ou handicapées psychiques – RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE
SIEGE NATIONAL : 12, villa Compoint • 75017 PARIS
Ecoute-famille : 01 42 63 03 03 • Service Administratif : 01 53 06 30 43

www.unafam.org



15ème législature

PIECE n°11

Question N° : 9155	De M. Philippe Chalumeau (La République en Marche - Indre-et-Loire)	Question écrite
Ministère interrogé > Solidarités et santé		Ministère attributaire > Solidarités et santé
Rubrique > déchéances et incapacités	Tête d'analyse > Publication du décret n° 2018-383 du 23 mai 2	Analyse > Publication du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018.
Question publiée au JO le : 12/06/2018 Réponse publiée au JO le : 17/07/2018 page : 6446		

Texte de la question

M. Philippe Chalumeau appelle l'attention de Mme la ministre des solidarités et de la santé sur l'impact du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements des données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. En effet, l'article 7 de l'arrêté prévoit que le droit d'opposition prévu à l'article 38 de la loi du 6 janvier 1978 ne s'applique pas à ces traitements. À la lecture du décret, il apparaît que chaque agence régionale de santé (ARS) est « autorisée » à mettre en oeuvre les traitements des données « à caractère personnel » relatif au suivi départemental des personnes en soins psychiatriques sans consentement. La lecture attentive du décret, et notamment son article 1er, permet d'en découvrir la justification : le point b) de l'alinéa 5 : « pour les ARS, saisies par les représentants de l'État dans le département, de communiquer des informations relatives aux personnes bénéficiant de soins sans consentement notamment autres que les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE), en violation du secret médical » : le point a) : collecte à destination des services centraux du ministre chargé de la santé aux fins de statistiques relatives à la mise en oeuvre des dispositions du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique (relatives à la loi de juillet 2011 sur les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques) ; le point c) : collecte d'informations à destination de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) en vue de l'élaboration de leur rapport d'activité, ne justifiant en rien la constitution d'un fichier de données à caractère personnel, un fichier anonyme pouvant parfaitement répondre à ces objectifs. Pour les professionnels du secteur, il s'agit ici d'une véritable atteinte au secret médical, qui doit absolument rester un principe intangible de leur pratique. Par ailleurs, l'amalgame que fait ce décret entre pathologie mentale et risque pour la sécurité pourrait aggraver la stigmatisation dont sont victimes les personnes souffrant de pathologies psychiatriques, alors même qu'aucune donnée d'évidence scientifique ne vient étayer l'existence d'un quelconque lien entre passage à l'acte terroriste et pathologie mentale. Mme la ministre ayant annoncé faire de la psychiatrie et de la santé mentale une priorité et ayant défendu la promotion d'une société plus inclusive vis-à-vis des personnes souffrant de troubles mentaux, la nature d'un tel décret est énigmatique. Ainsi, il l'interroge sur la pertinence de ce décret. À défaut de le retirer, le modifier dans le sens de l'anonymisation des données et du retrait de l'autorisation de transmission de données nominatives et à caractère médicale aux représentants de l'Etat représente une alternative.

Texte de la réponse

Le décret en Conseil d'Etat no 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement a été rendu nécessaire afin de répondre aux exigences de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, qui prévoit en son article 26,

que les traitements de données contenant des données relatives à la santé sont autorisés par décret en Conseil d'Etat après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce texte a actualisé les dispositions de l'arrêté du 19 avril 1994, autorisant la création du logiciel d'application dénommé Hopsyweb et dont le contenu était devenu obsolète en raison des modifications législatives et réglementaires intervenues depuis cette date et relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. La publication de ce décret a suscité des inquiétudes et des malentendus qu'il convient de dissiper. Hopsyweb ne peut être défini comme un fichier dans la mesure où sa finalité, comme le rappelle l'article 1 du décret, est d'assurer le suivi, par les agences régionales de santé, des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, et, plus précisément, de faciliter la gestion administrative des mesures de soins sans consentement qui associent des acteurs multiples (justice, intérieur, établissements de soins...). Il s'agit d'une application de gestion qui ne contient aucune donnée de nature médicale (uniquement la date des certificats médicaux) qui permet notamment de suivre la computation des délais afin de garantir les droits des patients. La consultation nationale des données d'Hopsyweb par les services centraux du ministère des solidarités et de la santé, aux fins de réalisation de statistiques, sera anonymisée. Les rapports annuels des commissions départementales des soins psychiatriques, ne contiennent aucune donnée personnelle. Les droits à l'information des personnes figurent dans le décret et sont prévus par la loi informatique et libertés. Enfin, le respect des règles de droit (secret médical, protection des données et informations personnelles) ainsi que les garanties des droits des usagers de la psychiatrie ont été au cœur de l'examen de ce texte tant par la commission nationale de l'informatique et des libertés que par le Conseil d'Etat.

JORF n°0117 du 24 mai 2018
texte n° 116

Délibération n° 2018-152 du 3 mai 2018 portant avis sur un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (demande d'avis n° 18005564)

NOR: CNIX1813904X

ELI: Non disponible

La Commission nationale de l'informatique et des libertés,

Saisie par la ministre des solidarités et de la santé d'une demande d'avis concernant un projet de décret autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement ;

Vu la Convention n° 108 du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel ;

Vu la directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-1, R. 1435-1 et s. et le livre II de sa troisième partie ;

Vu le code de procédure pénale, notamment son article 706-135 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment ses articles 8 et 26-II ;

Vu le décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 modifié pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu l'arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ;

Vu la délibération n° 94-024 du 29 mars 1994 portant avis sur un projet d'arrêté présenté par le ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville concernant un modèle-type relatif à la gestion automatisée du suivi des personnes hospitalisées sans consentement et du secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (application HOPSY) ;

Vu le dossier et ses compléments ;

Sur la proposition de M. Alexandre LINDEN, commissaire, et après avoir entendu les observations de Mme Nacima BEL.KACEM, commissaire du Gouvernement ;

Emet l'avis suivant :

La Commission a été saisie, le 13 mars 2018, pour avis par la ministre des solidarités et de la santé d'un projet de décret (ci-après le « projet ») autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement. Ce projet intègre les modifications législatives et réglementaires concernant les soins sans consentement, intervenues depuis la publication de l'arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, pour lequel la Commission avait émis un avis favorable (délibération n° 94-024 du 29 mars 1994).

Dans la mesure où le traitement projeté, mis en œuvre pour le compte de l'Etat, comporte des données relatives à la santé, il relève des dispositions de l'article 26-II de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Conformément auxdites dispositions, sa mise en œuvre doit dès lors être autorisée par décret en Conseil d'Etat pris après avis motivé et publié de la Commission.

Sur la finalité du traitement :

Le projet vise à encadrer la mise en œuvre, par les agences régionales de santé qui le souhaitent, de traitements de données à caractère personnel dénommés « HOPSYWEB ». Ces traitements visent à assurer, au niveau départemental, le suivi et la gestion administrative des mesures de soins psychiatriques sans consentement prises en application des articles L. 3212-1, L. 3213-1, L. 3213-7, L. 3214-3 du code de la santé publique et 706-135 du code de procédure pénale.

L'article 1er du projet précise que les traitements ont pour finalité le suivi des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement en permettant :

- la tenue d'un échéancier des certificats médicaux, des arrêtés du représentant de l'Etat dans le département et, le cas échéant, de la saisine du juge des libertés et de la détention au titre de la procédure de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- la production automatisée des actes et documents prescrits par les dispositions du titre 1er du livre II de la troisième partie du code de la santé publique (arrêté préfectoral d'admission, de maintien, de levée, de transfert, modificatif, d'hospitalisation complète, de programme de soins, informations et courriers, demande d'accord de sortie de courte durée) ;
- la production automatisée des courriers aux personnes intervenant dans la procédure de soins sans consentement visés à l'article 5 du projet (représentant de l'Etat dans le département, juge des libertés et de la détention, fonctionnaire du greffe du tribunal de grande instance chargé des procédures de soins sans consentement, etc.) ;
- la consultation des données compilées dans chaque département par le ministère des solidarités et de la santé aux fins

d'analyse de la mise en œuvre des mesures de soins sans consentement et par les agences régionales de santé saisies par le représentant de l'Etat dans le département afin de répondre aux demandes d'informations formulées dans le cadre des demandes de port d'armes ;

- une exploitation statistique des données compilées au niveau départemental à destination de la commission départementale des soins psychiatriques en vue de l'élaboration du rapport annuel d'activité.

La Commission estime que la finalité est déterminée, explicite et légitime, conformément à l'article 6-2° de la loi Informatique et Libertés.

Sur la nature des données traitées :

L'article 2 du projet indique les catégories de données figurant dans les traitements « HOPSYWEB » :

- les données d'identification de la personne en soins psychiatriques sans consentement (nom, prénoms, domicile, sexe, date et lieu de naissance) ;
- les données d'identification des médecins auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertise prévus par le code de la santé publique (nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone) ;
- les données transmises par les autorités judiciaires concernant les personnes ayant fait l'objet d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale pour des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens ;
- les informations sur la situation administrative ou juridique des personnes en soins psychiatriques sans consentement : adresse de l'établissement de santé d'accueil, nom, prénoms, numéro de téléphone, courriel de la personne référente dans cet établissement, existence d'une mesure de protection juridique, date des certificats médicaux, date des expertises le cas échéant, date des arrêtés du représentant de l'Etat dans le département, date des sorties de courte durée, arrêté de passage en programme de soins et levée de la mesure, date de saisine du juge des libertés et de la détention, date d'audience et date des décisions ou arrêts (sic) des juridictions ;
- les adresses électroniques des professionnels intervenant dans le suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement ;
- les données d'identification des avocats représentant la personne en soins psychiatriques sans consentement (nom, prénoms, raison sociale, adresse, courriel et numéro de téléphone).

La Commission estime que ces données sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard de la finalité poursuivie, conformément aux dispositions de l'article 6-3° de la loi Informatique et Libertés.

Sur la durée de conservation des données :

L'article 3 du projet prévoit que les données traitées sont conservées pendant trois ans à compter de la fin de l'année civile suivant la levée de la mesure de soins sans consentement.

La Commission relève que l'article 2 de l'arrêté du 19 avril 1994 prévoit que les données sont conservées pendant la durée de l'hospitalisation sans consentement et jusqu'à la fin de l'année civile suivant la mesure de soins sans consentement.

Le ministère indique, pour justifier l'allongement de la durée de conservation, que celle-ci s'appuie sur « une étude menée en 2016 par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, dont les résultats montrent qu'au-delà d'un délai de trois ans, les patients sont considérés comme stabilisés et ne font plus l'objet de mesure de soins sans consentement ».

Cependant, au vu des finalités poursuivies, notamment la tenue d'un échéancier, la production d'actes, documents et courriers concernant une mesure d'hospitalisation sans consentement, la Commission s'interroge sur la durée de conservation des données traitées prévue par le projet au regard des finalités pour lesquelles les données sont collectées et traitées.

Sur les destinataires des données :

L'article 5 du projet prévoit que sont destinataires des données :

- le représentant de l'Etat dans le département et, à Paris, le préfet de police ou les agents placés sous leur autorité qu'ils désignent à cette fin ;
- le juge des libertés et de la détention territorialement compétent ;
- les fonctionnaires du greffe du tribunal de grande instance chargés des procédures de soins sans consentement ;
- le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel est situé l'établissement d'accueil ;
- le procureur de la République près le tribunal de grande instance dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne en soins psychiatriques sans consentement ;
- le premier président de la cour d'appel ou son délégué en cas d'appel de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention ;
- le procureur général près la cour d'appel ;
- les fonctionnaires du greffe de la cour d'appel chargés des procédures de soins sans consentement ;
- le directeur de l'établissement d'accueil ou l'agent placé sous son autorité qu'il désigne à cette fin ;
- le directeur de l'établissement pénitentiaire lorsque la personne admise en soins psychiatriques sans consentement était détenue ou l'agent placé sous son autorité qu'il désigne à cette fin ;
- l'avocat de la personne faisant l'objet de soins sans consentement ;
- les membres de la commission départementale des soins psychiatriques ;
- le maire, ou à Paris le commissaire de police, auteur d'un arrêté prenant les mesures provisoires en vue d'une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ou les agents placés sous leur autorité qu'ils désignent à cet effet.

En outre, en cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat dans le département, sont informés de toute hospitalisation, de tout renouvellement et de toute sortie le maire de la commune où la personne en soins psychiatriques sans consentement a sa résidence habituelle ou son lieu de séjour et le maire de la commune où est implanté l'établissement de santé d'accueil.

Tous accèdent aux données à raison de leurs attributions.

La Commission relève toutefois que les personnels désignés et habilités par la ministre des solidarités et de la santé ne figurent pas parmi les destinataires des données, tandis que l'article 4 du projet prévoit la possibilité, pour la ministre, de

désigner des personnels habilités à accéder aux données et informations mentionnées à l'article 2 du projet.

Elle relève par ailleurs que la finalité du traitement décrite à l'article 1er du projet est limitée, s'agissant du ministère des solidarités et de la santé, à la consultation nationale de données « compilées » dans chaque département.

Dans la mesure où cette finalité ne semble pas nécessiter l'accès par les personnels du ministère aux données à caractère personnel précisées par l'article 2 du projet, la Commission demande que le projet d'article 4 soit modifié afin de ne plus faire mention, s'agissant des personnels désignés et habilités par la ministre, d'un accès aux données décrites par l'article 2 du projet.

La Commission demande également que le terme « compilées » soit précisé afin d'exclure la possibilité pour les agents habilités du ministère de la santé d'accéder à des données à caractère personnel des personnes faisant l'objet de soins sans consentement.

Sur l'information des personnes :

La Commission relève que le projet ne fait pas mention des conditions d'information des personnes concernées par le traitement.

Elle rappelle que les personnes concernées par le traitement « HOPSYWEB » doivent être informées conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi Informatique et Libertés. En outre, elle rappelle, s'agissant des personnes faisant l'objet de soins sans consentement, qu'en application de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, cette information doit intervenir « dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande ».

La Commission prend acte de l'engagement du ministère des solidarités et de la santé de compléter le projet sur ce point.

Sur les droits d'accès, de rectification et d'opposition des personnes :

Les droits d'accès et de rectification des données prévus aux articles 39 et 40 de la loi Informatique et Libertés s'exercent auprès du directeur général de l'agence régionale de santé.

Le ministère entend faire application du dernier alinéa de l'article 38 de la loi susmentionnée en excluant le droit d'opposition.

Ces points n'appellent pas d'observation particulière de la Commission.

Sur la sécurité des données et la traçabilité des actions :

Des profils d'habilitations utilisateurs et administrateurs sont prévus afin de gérer les accès à l'application HOPSYWEB et aux données en tant que de besoin. La Commission recommande qu'une revue globale des habilitations soit opérée régulièrement.

S'agissant de la politique des mots de passe, la Commission rappelle que celle-ci doit être conforme aux délibérations n° 2017-012 du 19 janvier 2017 et n° 2017-190 du 22 juin 2017 portant recommandations relatives aux mots de passe.

Une journalisation des accès à l'application est prévue. La Commission estime qu'une durée de conservation des journaux de quinze jours n'est pas conforme aux durées préconisées pour ce type de traitement. La Commission rappelle la nécessité de mettre en place des systèmes de journalisation des traces des opérations de consultation, de création et de modification des données pour une durée de six mois glissants et recommande de réaliser un contrôle régulier afin de détecter les comportements anormaux et lever des alertes. Dans le cas particulier des données de santé, elle recommande que les traces soient conservées dans les dossiers des patients et pour une durée égale à la durée de conservation de ces dossiers.

La Commission prend acte du fait que les échanges auront exclusivement lieu sur des réseaux internes et sécurisés à savoir le Réseau Interministériel de l'Etat et les réseaux des agences régionales de santé concernées.

L'accès aux locaux hébergeant le traitement est restreint au moyen de portes verrouillées contrôlées par un moyen d'authentification personnel. Des sauvegardes régulières sont réalisées. Les supports de stockage mis au rebus font l'objet d'une procédure de destruction physique ou d'un effacement sécurisé au moyen de logiciels spécifiques.

La Commission observe qu'à ce jour il n'est pas prévu de chiffrement de la base de données et des sauvegardes. Compte tenu de la nature du traitement, elle recommande fortement que les données du traitement ainsi que leurs sauvegardes soient chiffrées.

Concernant les mécanismes d'anonymisation, il conviendra de s'assurer que les statistiques produites ne permettent aucune identification directe ou indirecte des personnes concernées.

Sous réserve des précédentes observations, les mesures de sécurité décrites par le responsable de traitement sont conformes à l'exigence de sécurité de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. La Commission rappelle toutefois que cette obligation nécessite la mise à jour des mesures de sécurité au regard de la réévaluation régulière des risques.

Le vice-président délégué,

M.-F. Mazars



LE SYNDICAT DES
PSYCHIATRES
DES HÔPITAUX

Centre Hospitalier
585 avenue des Déportés
62110 Hénin-Beaumont

PIECE n°13

Monsieur le Premier Ministre
Hôtel Matignon
57 rue de Varenne
75700 Paris SP 07

Hénin-Beaumont, le 13 juillet 2018

OBJET : Recours pour annulation du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement

Monsieur le Ministre,

Le **Syndicat des psychiatres des Hôpitaux**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, domicilié en son siège, 585 avenue des Déportés, 62110 Hénin-Beaumont, que je représente en qualité de président, forme par la présente un recours gracieux pour l'annulation du décret n° 2018-383 que vous avez pris en date du 23 mai 2018 pour les traitements de données à caractère personnel des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

Plusieurs dispositions de ce décret portent en effet atteinte aux principes et aux objectifs du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, dont les statuts définissent que son objet est de défendre les intérêts de ses membres, à améliorer les conditions d'exercice de la psychiatrie publique et à étudier tous les problèmes touchant la santé mentale et l'assistance aux malades.

En restreignant les droits des personnes en soins psychiatriques sans consentement, sans distinction entre les mesures de soins pour troubles à l'ordre public (SDRE) et mesures de soins sans consentement (SDT), en n'apportant pas les garanties nécessaires à la distinction entre l'usage de ces données pour des finalités de santé, et une finalité de sécurité intérieure, ce décret pris sans concertation avec les organisations professionnelles de psychiatres, constitue une atteinte à la pratique de psychiatrie publique régie par le code de santé publique.

Sur la forme et le contenu, le décret est contestable en Droit et en principes.

1) Contestations de la légalité externe du décret

Ce texte ne respecte pas les obligations de hiérarchie des normes, en restreignant par voie réglementaire et autonome, un domaine qui relève de la loi.

En prévoyant dans son article 7 que le droit d'opposition prévu dans l'article 38 de la loi n° 78-17 de la loi du 6 janvier 1978 ne s'applique pas, le décret ne respecte pas l'alinéa 3 de l'article 38 de la loi n° 78-17 de la loi du 6 janvier 1978 qui assortit la possibilité de non-application du droit d'opposition pour la personne, d'une condition selon laquelle le traitement des données doit répondre à une obligation légale.

Ce décret ignore l'obligation de se conformer au Règlement général de protection des données (RGPD) qui s'impose à chaque état membre comme résultat du Droit communautaire européen : le délai de conservation des données à caractère personnel étendu par l'article 6 du décret contesté, à 3

ans après la fin de la mesure de soins sans consentement, est en effet en contradiction au regard de la finalité annoncée, avec l'article 17 du RGPD ou « droit à l'oubli ».

Le décret n'est pas conforme à la loi du 6 janvier 1978 par plusieurs dispositions :

- la durée de conservation des données au regard des finalités ne respecte pas l'article 6 modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 qui stipule que le traitement ne peut porter que sur des données qui satisfont aux conditions suivantes : « 3° *Elles sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et de leurs traitements ultérieurs ;* 5° *Elles sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.* »
- il ne respecte pas l'article 57 modifié par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 qui prévoit que « *Toute personne a le droit de s'opposer à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet de la levée du secret professionnel rendue nécessaire par un traitement de la nature de ceux mentionnés à l'article 53* ».
- il ne respecte pas les droits spécifiques des mineurs selon la loi du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2016-41 du 20 juin 2018 et qui peuvent faire l'objet de soins sans consentement.

Ces éléments soulèvent donc l'incompétence de l'auteur de l'acte et du pouvoir réglementaire sur des décisions qui relèvent de la loi.

2) Contestations de la légalité interne

a. Sur le contenu du décret :

Plusieurs dispositions du décret ne sont pas conformes aux dispositions du Règlement général de protection des données du Droit communautaire européen qui s'impose à l'État français, et dont les principes, repris dans la loi n° 2016-41 du 20 juin 2018, sont :

- des finalités qui respectent les droits et libertés individuelles
- limiter la conservation des données à l'atteinte de l'objectif recherché
- respecter les droits des personnes pour l'information, le droit d'accès, droit de rectifier, droit de s'opposer aux traitements des données
- sécurisation des données et assurance de confidentialité

– Durée de conservation des données que ne justifient pas les finalités

L'arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux régissait précédemment le fichier HOPSYWEB et disposait que les informations étaient conservées pendant toute la durée de l'hospitalisation sans consentement et jusqu'à la fin de l'année civile de l'admission en établissement hospitalier. Cette durée de conservation des données personnelles est étendue par l'article 6 du décret litigieux, à 3 ans à compter de la fin de l'année civile de la fin de la mesure de soins sans consentement.

Or cette disposition est en contradiction avec la finalité avancée du décret dans son article 1, portant sur « *le suivi des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement en permettant :*

- 1° *La tenue d'un échéancier :*
 - a) *Des certificats médicaux et des arrêtés du représentant de l'État...*
 - b) *De la saisine du juge des libertés et de la détention, au titre de la procédure de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement...*
- 2° *La production des projets d'actes et de documents prescrits par les dispositions du titre Ier du livre II de la troisième partie du code de la santé publique ;*
- 3° *La production des courriers aux destinataires des informations mentionnées à l'article 5 du présent décret ;*
- 4° *La tenue du secrétariat des commissions départementales des soins psychiatriques ;*
- 5° *Une consultation nationale des données collectées dans chaque département :*
 - a) *Par les services centraux du ministre chargé de la santé aux fins de statistiques...*
 - b) *Par les agences régionales de santé saisies par le représentant de l'État dans le département afin de répondre aux demandes d'information formulées en application de l'article R. 312-8 du code de la sécurité intérieure ;*

6° Une exploitation statistique des données collectées au niveau départemental à destination de la commission départementale des soins psychiatriques... »

La fin de la mesure de soins sans consentement dont il est question d'assurer le suivi doit signifier la fin de la conservation des données : la prolongation de la durée de conservation des données au-delà de la durée de la mesure est contraire à l'article 17 du RGPD qui prévoit un « droit à l'effacement » ou « droit à l'oubli ».

L'étude de l'IRDES de 2016 citée en référence par la CNIL (« une étude menée en 2016 par l'IRDES dont les résultats montrent qu'au-delà d'un délai de 3 ans les patients sont considérés comme stabilisés et ne font plus l'objet de mesures de soins sans consentement ») et qui justifie pour le ministère cette prolongation de la durée de conservation des données, est hors propos : outre le caractère critiquable sur le plan scientifique d'attribuer un délai moyen de stabilisation sans distinction de pathologie et de mesures et de formes de soins sans consentement (hospitalisation à temps complet ou à temps partiel, ou soins ambulatoires), cette affirmation n'apporte rien sur la conformité de la conservation des données avec la finalité avancée, la motivation de restriction des droits des personnes est insuffisante.

– Insuffisances des garanties pour les droits et libertés des personnes

- Si les dérogations sont bien prévues par le RGPD dans son article 89 à cette conservation « à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques », l'article 2 du décret litigieux qui définit les données traitées, l'article 4 qui détermine les destinataires des données, et l'article 5 qui détermine simplement que des personnels habilités sont désignés par le ministère chargé de la santé à accéder aux données à des fins de réalisation statistique, n'apportent pas les garanties attendues selon l'article 89 du RGPD, pour les droits et libertés des personnes : aucune mesure pour la minimisation des données nécessaires aux finalités ne sont prévues, notamment pour l'anonymisation de données à caractère personnel utilisées à des fins statistiques.
- Le décret contesté constitue une régression par rapport à la réglementation de 1994 qui prévoyait que les administrations fournissent avec l'information de la CNIL de la mise en œuvre des traitements de données, des annexes détaillant les mesures de sécurité et de confidentialité des traitements : l'article 8 du décret se contente de prévoir que l'agence régionale de santé adresse à la CNIL, préalablement au traitement des données « un engagement de conformité faisant référence au présent décret » qui ne prévoit pourtant aucune mesure détaillée en matière de sécurisation et de confidentialité des données.
- Le 3^e de l'article 2 du décret contesté prévoit que les données concernant les personnes ayant fait l'objet d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale sont celles « transmises par les autorités judiciaires » : au regard des finalités annoncées dans l'article 1 pour le traitement des données, cette rédaction manque de précisions et n'apporte pas les garanties attendues par l'article du RGPD (« Les données à caractère personnel devraient être adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire pour les finalités pour lesquelles elles sont traitées »), ainsi que les conditions de l'article 6 de la loi de 1978 modifié par la loi du 20 juin 2018 (3° Elles sont adéquates, pertinentes et non excessives au regard des finalités pour lesquelles elles sont collectées et de leurs traitements ultérieurs ; 5° Elles sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées »).

b. Sur les mobiles :

Bien que le texte n'y fasse pas référence, ce décret est publié après l'annonce le 23 février 2018 d'un plan national de prévention de la radicalisation prévoyant selon la mesure 39 d'« Actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement [HOPSY] ».

Or la finalité énoncée par l'article 1 du décret contesté est celle du suivi des mesures de soins psychiatriques sans consentement pour l'application du code de la santé publique, et ne fait référence

au code de sécurité intérieure que pour l'application de l'article R 312-8.

Le décalage entre les annonces gouvernementales en matière de prévention de la radicalisation et la finalité annoncée du décret apporte des arguments pour faire craindre une utilisation de dispositif sanitaire à des fins de sécurité intérieure, et donc des irrégularités en faveur d'un excès de pouvoir par détournement de procédure.

c. Sur les motifs de l'acte :

L'argument selon lequel ce décret ne ferait que répondre à la nécessité d'actualiser la réglementation relative au fichier HOPSY depuis la réforme de la loi sur les soins sans consentement n'est pas conforme aux dispositions fixées par la loi sur les soins sans consentement : aucune disposition du code de santé publique cité en référence, ou partie du code de procédure pénale concerné par les soins psychiatriques sans consentement, ne déterminent la nécessité de procéder aux décisions fixées par le décret telles qu'une extension de la durée de conservation des données 3 ans après la fin de la mesure de soins sans consentement.

Dès lors, en raison de ces motifs, je vous demande l'annulation du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatif au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement

En vous remerciant pour l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, mes respectueuses salutations.

Dr Marc BETREMIEUX
Président du SPH

En provenance de :

~~THOMAS LE PREMIER MINISTRE
HOTEL NATIONAL
57 rue de VARENNE
75700 PARIS SP 07~~

SER 2 V22 MSR ZA 15-200919 04-18



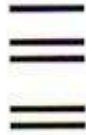
LA POSTE

Numéro de l'AR :

RECOMMANDÉ :

AVIS DE RÉCEPTION

AR 1A 155 888 4499 1



Renvoyer à

FRAB

Présenté / Avisé le : / /
 Distribué le : / /

Je soussigné déclare être

Le destinataire

Le mandataire

CNI/Permis de conduire

Autre :

PREMIER MINISTRE
Secrétariat général du Gouvernement

16 JUL. 2018

LE VAGUEMESTRE
57 rue de Varenne - 75700 PARIS

D^r MARC BETREMIEUX
Président SPH
585 AVENUE des DÉPORTÉS
62110 HENIN-BOUCONT





PREMIER MINISTRE

PIECE n°14

**Le directeur,
adjoint au secrétaire général du Gouvernement**

Paris, le **21 AOUT 2018**

Monsieur le Président,

Par lettre du 13 juillet 2018, vous avez saisi le Premier ministre, au nom du syndicat des psychiatres des hôpitaux, d'un recours gracieux tendant à obtenir l'abrogation du décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

J'ai l'honneur de vous indiquer que cette demande a été transmise à la ministre des solidarités et de la santé afin qu'elle y réponde directement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Thierry-Xavier GIRARDOT

**Syndicat des psychiatres des hôpitaux
Monsieur Marc BETREMIEUX
585 avenue des déportés
62110 HENIN-BEAUMONT**

Lyon, le 27/11/2017

La Direction de l'Offre de Soins

Etude réalisée par
Dr Sylvie YNESTA

Les soins sans consentement en région Auvergne-Rhône-Alpes
Evolution sur la période 2011 – 2015 et bilan de l'année 2015

Introduction	2
1. Evolution de la file active globale des établissements entre 2011 et 2015	2
2. Evolution du nombre de patients pris en charge en soins sans consentement	3
3. Evolution du pourcentage de patients ayant bénéficié d'une mesure de soins sans consentement par rapport à la file active totale	5
4. Evolution de file active des patients hospitalisés à temps plein	5
5. Evolution de file active des patients hospitalisés à temps plein et en soins sans consentement	6
6. Pourcentage de la file active de patients hospitalisés à temps plein pris en charge en SSC	7
7. Pourcentage de journées d'hospitalisation à temps plein réalisées en soins sans consentement	9
8. Comparaison de l'évolution du nombre total de patients en SSC et du nombre total de patients hospitalisés à temps plein en SSC entre 2011-2015	11
9. Focus sur les patients majeurs pour l'année 2015	11
10. Répartition des modes légaux de prise en charge en hospitalisation à temps plein en 2015	12
▪ Focus sur les patients hospitalisés à temps plein à la demande du représentant de l'Etat.....	12
▪ Focus sur les patients hospitalisés à temps plein à la demande d'un tiers.....	13
▪ Evolution du nb de patients hospitalisés à temps plein en SSC au motif d'un péril imminent selon les établissements entre 2013-2016.....	16
▪ Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement :.....	17
▪ Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables.....	17
11. Les prises en charge à temps complet en soins sans consentement hors hospitalisation temps plein	18
12. Les prises en charge en SSC en hôpital de jour	18
▪ Les patients pris en charge en hôpital de jour.....	18
▪ Les venues en hôpital de jour en SSC.....	19
13. Les prises en charge en hôpital de nuit en SSC	20
14. Les prises en charge en SSC dans les CMP et dans d'autres lieux ambulatoires que les CMP	20
▪ Nombre de patients en SSC pris en charge dans les CMP et dans « d'autres lieux ».....	20
▪ Nombre d'actes réalisés en CMP et dans d'autres lieux ambulatoires que les CMP pour des patients en SSC	21
15. Taux de patients en SSC par rapport à 10 000 habitants	22
Conclusion	24

Introduction

Cet état des lieux des soins sans consentement s'appuie sur les données disponibles du Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) des années 2011 à 2015. Les données utilisées proviennent soit directement du RIM-psy, soit du logiciel RME (restitutions médico-économiques en psychiatrie) de la plateforme informatique « scansanté ».

Il vient en complément des deux études déjà réalisées côté rhônalpin sur le thème des soins sans consentement.

Il a pour objectif de :

- continuer à suivre les effets de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques qui a introduit la possibilité de mettre en place des programmes de soins pour ces patients. De nouvelles modalités de prise en charge (temps partiel, ambulatoire) sont devenues possibles pour les soins psychiatriques sans consentement (SSC).
- décrire les modalités de soins utilisées pour les patients en SSC dans les 27 établissements psychiatriques de la région habilités à recevoir des patients en «soins sans consentement ».

Méthode :

L'analyse porte sur les résultats des 27 établissements ayant produit des données sur la période 2011-2015 pour le volet soins sans consentement. Il s'agit tous d'établissements qui ont aussi une mission de psychiatrie de secteur. Les données de l'hôpital interarmées Desgenettes n'ont pas été prises en compte.

Quelques comparaisons ont été effectuées entre les années 2011 et 2015 pour différents indicateurs, sachant que les modifications relatives à la Loi du 5 juillet 2011 n'ont été prises en compte dans le RIM-Psy qu'à partir de 2012.

Les résultats sont fournis pour chacun des 27 établissements concernés par l'enquête.

1. Evolution de la file active globale des établissements entre 2011 et 2015

Entre 2011 et 2015, la file active globale des 27 établissements a augmenté de 2.7% avec des variations conséquentes selon les établissements (extrêmes : -20.1% et +180.2%).

Cependant, on constate une baisse de la file active totale dans 12 établissements.

De plus, *la file active des 27 établissements de la région a beaucoup moins augmenté que dans l'ensemble des 254 établissements français autorisés à recevoir des SSC (+2.7% versus +10.8% d'augmentation de la FA).*

Noms des établissements	File active globale des établissements 2011	File active globale des établissements 2015	Evolution entre 2011 et 2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	19333	15441	-20,1
CH MOULINS YZEURE	4015	4828	20,2
CH MONTLUCON	1071	3001	180,2 Qualité du recueil ?
CH VICHY	3829	3386	-11,6
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	11905	13022	9,4
CH ST-FLOUR	928	926	-0,2
CH AURILLAC	3941	4710	19,5
CH LE VALMONT	9929	10040	1,1
HÔPITAUX DROME NORD	2956	3205	8,4
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	4451	4519	1,5
CHU GRENOBLE	3954	3221	-18,5
CH ALPES ISÈRE	18208	19245	5,7
CH DE VIENNE	2934	2394	-18,4
CH DU FOREZ	3863	3757	-2,7
CH DE ROANNE	3873	4467	15,3
CHU SAINT ETIENNE	8794	10935	24,3
CH SAINTE MARIE LE PUY	6662	6647	-0,2
CH SAINTE MARIE	9436	8841	-6,3
CHU CLERMONT-FERRAND	7457	6636	-11,0
CH THIERS	2260	2063	-8,7
CH LE VINATIER	24123	24746	2,6
CH ST CYR AU MONT D'OR	11322	12188	7,6
CH SAINT JEAN DE DIEU	15226	15013	-1,4
CH LA SAVOIE	13384	14232	6,3
CH ANNECY-GENEVOIS	5194	5666	9,1
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	7122	6886	-3,3
CH DU LEMAN	2590	2682	3,6
Total pour les 27 établissements	205693	211286	2,7
		Min	-20,1
		Max	180,2

2. Evolution du nombre de patients pris en charge en soins sans consentement

Les files actives des patients en SSC ont énormément varié entre 2011 et 2015 selon les établissements (extrêmes hors St-Flour de +113.6% à -20.5%).

Seulement trois établissements ont diminué leur nombre total de patients en soins sans consentement entre 2011 et 2015, bien que 12 établissements aient eu une baisse de la file active totale de patients suivis en leur sein sur la période.

Sur l'ensemble de la région, on note une augmentation entre 2011 et 2015 du nombre de patients ayant bénéficié de SSC de 7.5%, à comparer aux +13.1% pour les 254 établissements français ayant une mission de SSC.

Noms des établissements	Nb total de patients ayant bénéficié de soins sans consentement en 2011	Nb total de patients ayant bénéficié de soins sans consentement en 2015	Evolution du nb de patients en SSC sur la période 2011-2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	947	1033	9,1
CH MOULINS YZEURE	158	226	43,0
CH MONTLUCON	88	188	113,6
CH VICHY	146	200	37,0
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	387	554	43,2
CH ST-FLOUR	12	76	533,3 Petits chiffres
CH AURILLAC	177	219	23,7
CH LE VALMONT	591	711	20,3
HÔPITAUX DROME NORD	218	221	1,4
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	162	301	85,8
CHU GRENOBLE	102	145	42,2
CH ALPES ISÈRE	1068	1174	9,9
CH DE VIENNE	115	127	10,4
CH DU FOREZ	169	239	41,4
CH DE ROANNE	190	151	-20,5
CHU SAINT ETIENNE	377	641	70,0
CH SAINTE MARIE LE PUY	227	352	55,1
CH SAINTE MARIE CLERMONT	420	683	62,6
CHU CLERMONT-FERRAND	132	134	1,5
CH THIERS	75	71	-5,3
CH LE VINATIER	1734	1837	5,9
CH ST CYR AU MONT D'OR	500	539	7,8
CH SAINT JEAN DE DIEU	863	1089	26,2
CH LA SAVOIE	672	586	-12,8
CH ANNECY-GENEVOIS	282	321	13,8
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	412	603	46,4
CH DU LEMAN	69	89	29,0
27 ETS	9878	10615	7,5
254 établissements français autorisés à recevoir des SSC	69770	78930	13,1
		Max	113.6 (hors St-Flour)
		Min	-20,5

Si on collige les données par départements, on arrive aux résultats suivants :

Numéro du département	Nb de patients en SSC en 2011	Nb de patients en SSC en 2015	Evolution en % du nb de patients en SSC entre 2011 et 2015
01	947	1033	9,1
03	323	504	56,0
07	387	554	43,2
15	188	232	23,4
26	800	758	-5,3
38	1420	1391	-2,0
42	734	873	18,9
43	227	352	55,1
63	598	825	38,0
69	3040	3132	3,0
73	672	586	-12,8
74	715	790	10,5
Total	9878	10617	7,5

L'Isère, la Drôme et la Savoie sont les trois seuls départements de la région qui ont vu diminuer le nombre total de patients en SSC sur la période 2011-2015.

En parallèle, 6 départements ont connu des hausses supérieures à la moyenne nationale (03 ; 07 ; 15 ; 42 ; 43 ; 63).

3. Evolution du pourcentage de patients ayant bénéficié d'une mesure de soins sans consentement par rapport à la file active totale

A contrario, les patients en soins sans consentement représentent un pourcentage assez stable de la file active globale de patients pris en charge par ces 27 établissements: 4,8 % de la file active globale de patients en 2011 et 5 % en 2015.

Ces taux sont plus élevés que les taux moyens nationaux (3.9% de la file active en 2011 et 4% en 2015).

Ce pourcentage est cependant variable selon les établissements puisque les extrêmes vont, en 2015, de 3.3 % à 8.8 % de la file active globale des établissements (CHU de Clermont non pris en compte car ne reçoit plus les SDRE).

Noms des établissements	% de la FA globale représenté par les patients en SSC 2011	% de la FA globale représenté par les patients en SSC 2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	4,9	6,7
CH MOULINS YZEURE	3,9	4,7
CH MONTLUCON	8,2	6,3
CH VICHY	3,8	5,9
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	3,3	4,3
CH ST-FLOUR	1,3	8,2
CH AURILLAC	4,5	4,6
CH LE VALMONT	6,0	7,1
HÔPITAUX DROME NORD	7,4	6,9
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	3,6	6,7
CHU GRENOBLE	2,6	4,5
CH ALPES ISÈRE	5,9	6,1
CH DE VIENNE	3,9	5,3
CH DU FOREZ	4,4	6,4
CH DE ROANNE	4,9	3,4
CHU SAINT ETIENNE	4,3	5,9
CH SAINTE MARIE LE PUY	3,4	5,3
CH SAINTE MARIE CLERMONT	4,5	7,7
CHU CLERMONT-FERRAND	1,8	2,0
CH THIERS	3,3	3,4
CH LE VINATIER	7,2	7,4
CH ST CYR AU MONT D'OR	4,4	4,4
CH SAINT JEAN DE DIEU	5,7	7,3
CH LA SAVOIE	5,0	4,1
CH ANNECY-GENEVOIS	5,4	5,7
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	5,8	8,8
CH DU LEMAN	2,7	3,3
Total pour les 27 établissements	4,8	5,0
France (254 établissements autorisés SSC)	3,9	4,0

4. Evolution de file active des patients hospitalisés à temps plein

Si on examine les files actives des patients hospitalisés à temps plein et leur évolution sur la période 2011-2015, on constate que la file active globale des patients hospitalisés à temps plein des 27 établissements a diminué de 6,3 % sur cette période, avec une situation hétérogène selon les établissements (extrêmes : -21% à +13.7%).

La file active de patients hospitalisés à temps plein des 254 établissements français autorisés à recevoir des SSC a nettement moins baissé sur cette période (0.8%).

Huit établissements ont, cependant, augmenté leur nombre de patients hospitalisés à temps plein sur la période.

Noms des établissements	Nb total de patients hospitalisés à temps plein 2011	Nb total de patients hospitalisés à temps plein 2015	Evolution entre 2011 et 2015 du nb total de patients hospitalisés à temps plein
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	2379	2338	-1,7
CH MOULINS YZEURE	867	832	-4,0
CH MONTLUÇON	341	311	-8,8
CH VICHY	676	608	-10,1
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	1664	1603	-3,7
CH ST-FLOUR	191	192	0,5
CH AURILLAC	734	709	-3,4
CH LE VALMONT	1394	1123	-19,4
HÔPITAUX DROME NORD	651	636	-2,3
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	708	660	-6,8
CHU GRENOBLE	398	330	-17,1
CH ALPES ISÈRE	2359	2311	-2,0
CH DE VIENNE	281	244	-13,2
CH DU FOREZ	403	380	-5,7
CH DE ROANNE	503	565	12,3
CHU SAINT ETIENNE	1375	1524	10,8
CH SAINTE MARIE LE PUY	1487	1356	-8,8
CH SAINTE MARIE CLERMONT	1910	1922	0,6
CHU CLERMONT-FERRAND	1311	1355	3,4
CH THIERS	364	292	-19,8
CH LE VINATIER	3699	3674	-0,7
CH ST CYR AU MONT D'OR	1303	1029	-21,0
CH SAINT JEAN DE DIEU	1805	1847	2,3
CH LA SAVOIE	1566	1308	-16,5
CH ANNECY-GENEVOIS	475	500	5,3
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	908	1032	13,7
CH DU LEMAN	225	219	-2,7
Total pour les 27 établissements	29776	27888	-6,3
		Min	-21,0
		Max	13,7

5. Evolution de file active des patients hospitalisés à temps plein et en soins sans consentement

Dans le même temps, *les files actives globales de patients hospitalisés à temps plein en soins sans consentement n'ont pas toujours varié dans le même sens ou dans les mêmes proportions que la file active globale des patients hospitalisés à temps plein.*

Ainsi, 6 établissements ont moins baissé leur file active de patients hospitalisés en SSC que la file active globale de patients hospitalisés (CPA, Aurillac, Le Valmont, Vienne, Thiers et Savoie).

D'autres ont augmenté leur file active de patients hospitalisés en SSC alors que la file active totale de patients hospitalisés a baissé sur la période (Moulins, Montluçon, Vichy, Privas, CPND, Forez, Ste Marie Le Puy, St Cyr).

Seuls les CH de Roanne et d'Anecy ont diminué la file active de patients hospitalisés en SSC alors que leurs files actives de patients hospitalisés augmentaient entre 2011 et 2015.

Noms des établissements	Nb de patients hospitalisés à temps plein et en SSC 2011	Nb de patients hospitalisés à temps plein et en SSC 2015	Evolution en % entre 2011 et 2015 de la FA de patients hospitalisés à temps plein en SSC
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	947	945	-0,2
CH MOULINS YZEURE	163	218	33,7
CH MONTLUCON	88	132	50,0
CH VICHY	146	163	11,6
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	387	477	23,3
CH ST-FLOUR	12	41	241,7
CH AURILLAC	177	176	-0,6
CH LE VALMONT	614	552	-10,1
HÔPITAUX DROME NORD	224	201	-10,3
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	162	288	77,8
CHU GRENOBLE	103	111	7,8
CH ALPES ISÈRE	1068	915	-14,3
CH DE VIENNE	115	101	-12,2
CH DU FOREZ	169	189	11,8
CH DE ROANNE	193	150	-22,3
CHU SAINT ETIENNE	377	530	40,6
CH SAINTE MARIE LE PUY	227	308	35,7
CH SAINTE MARIE CLERMONT	420	628	49,5
CHU CLERMONT-FERRAND	132	133	0,8
CH THIERS	75	69	-8,0
CH LE VINATIER	1734	1675	-3,4
CH ST CYR AU MONT D'OR	500	517	3,4
CH SAINT JEAN DE DIEU	868	956	10,1
CH LA SAVOIE	672	554	-17,6
CH ANNECY-GENEVOIS	283	239	-15,5
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	419	489	16,7
CH DU LEMAN	69	81	17,4
		Min	-22,3
		Max	77,8

Hors St Flour

6. Pourcentage de la file active de patients hospitalisés à temps plein pris en charge en SSC

Entre 2011 et 2015, le pourcentage de patients hospitalisés en SSC par rapport à l'ensemble des patients hospitalisés a augmenté dans 20 établissements sur 27 avec, cependant, des baisses ou des augmentations marquées selon les établissements (extrêmes de -11.8% au CH de Roanne à +20.8% au CPND).

En 2015, ce pourcentage varie de 9.8% (au CHU de Clermont mais il ne reçoit pas de SDRE) à 51.8% (CH Saint Jean de Dieu).

Noms des établissements	% de patients hospitalisés et en SSC en 2011 par rapport au total des patients hospitalisés	% de patients hospitalisés et en SSC en 2015 par rapport au total des patients hospitalisés	Evolution du % de patients hospitalisés en SSC entre 2011-2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	39,8	40,4	0,6
CH MOULINS YZEURE	18,8	26,2	7,4
CH MONTLUCON	25,8	42,4	16,6
CH VICHY	21,6	26,8	5,2
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	23,3	29,8	6,5
CH ST-FLOUR	6,3	21,4	15,1
CH AURILLAC	24,1	24,8	0,7
CH LE VALMONT	44,0	49,2	5,1
HÔPITAUX DROME NORD	34,4	31,6	-2,8
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	22,9	43,6	20,8
CHU GRENOBLE	25,9	33,6	7,8
CH ALPES ISÈRE	45,3	39,6	-5,7
CH DE VIENNE	40,9	41,4	0,5
CH DU FOREZ	41,9	49,7	7,8
CH DE ROANNE	38,4	26,5	-11,8
CHU SAINT ETIENNE	27,4	34,8	7,4
CH SAINTE MARIE LE PUY	15,3	22,7	7,4
CH SAINTE MARIE CLERMONT	22,0	32,7	10,7
CHU CLERMONT-FERRAND	10,1	9,8	-0,3
CH THIERS	20,6	23,6	3,0
CH LE VINATIER	46,9	45,6	-1,3
CH ST CYR AU MONT D'OR	38,4	50,2	11,9
CH SAINT JEAN DE DIEU	48,1	51,8	3,7
CH LA SAVOIE	42,9	42,4	-0,6
CH ANNECY-GNEVOIS	59,6	47,8	-11,8
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	46,1	47,4	1,2
CH DU LEMAN	30,7	37,0	6,3
		Min	-11.8
		Max	20.8

On constate que, pour 15 établissements sur 19 dont la file active de patients hospitalisés à temps plein sur la période a diminué, le pourcentage de patients hospitalisés en SSC augmente en parallèle sur la période.

Seuls 4 établissements sont arrivés à diminuer à la fois le nombre total de patients hospitalisés et le nombre de patients hospitalisés en SSC (Hôpitaux Drôme Nord, Centre Hospitalier Alpes Isère, CH le Vinatier, CH de Savoie).

Noms des établissements	Evolution du % de patients hospitalisés en SSC entre 2011-2015	Evolution entre 2011 et 2015 du nb total de patients hospitalisés à temps plein
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	0,6	-1,7
CH MOULINS YZEURE	7,4	-4
CH MONTLUCON	16,6	-8,8
CH VICHY	5,2	-10,1
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	6,5	-3,7
CH ST-FLOUR	15,1	0,5
CH AURILLAC	0,7	-3,4
CH LE VALMONT	5,1	-19,4
HÔPITAUX DROME NORD	-2,8	-2,3
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	20,8	-6,8
CHU GRENOBLE	7,8	-17,1
CH ALPES ISÈRE	-5,7	-2
CH DE VIENNE	0,5	-13,2
CH DU FOREZ	7,8	-5,7
CH DE ROANNE	-11,8	12,3
CHU SAINT ETIENNE	7,4	10,8
CH SAINTE MARIE LE PUY	7,4	-8,8
CH SAINTE MARIE CLERMONT	10,7	0,6
CHU CLERMONT-FERRAND	-0,3	3,4
CH THIERS	3	-19,8
CH LE VINATIER	-1,3	-0,7
CH ST CYR AU MONT D'OR	11,9	-21
CH SAINT JEAN DE DIEU	3,7	2,3
CH LA SAVOIE	-0,6	-16,5
CH ANNECY-GENOVOIS	-11,8	5,3
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	1,2	13,7
CH DU LEMAN	6,3	-2,7

7. Pourcentage de journées d'hospitalisation à temps plein réalisées en soins sans consentement

En 2015, les journées d'hospitalisation temps plein en soins sans consentement représentaient de 16.2 % (hors CHU de Clermont) à 62% du nombre de journées global des établissements examinés, soit 35.2% de l'ensemble des journées d'hospitalisation temps plein produites par ces 27 établissements.

Ce pourcentage a continué de croître sur la période 2011-2015 alors qu'il était déjà plus élevé que le chiffre national (35.2% versus 29.5% en France, augmentation de +4.1 versus +3.5% en France).

Noms des établissements	% de journées en SSC par rapport à l'ensemble des journées à temps plein 2011	% de journées en SSC par rapport à l'ensemble des journées à temps plein 2015	Evolution du % entre 2011-2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	48,2	41	-7,2
CH MOULINS YZEURE	15,8	16,2	0,4
CH MONTLUCON	20,5	28,2	7,7
CH VICHY	23,7	29,6	5,9
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	19	25,1	6,1
CH ST-FLOUR	3,5	27,6	24,1
CH AURILLAC	31,3	33,3	2
CH LE VALMONT	33,2	44,4	11,2
HÔPITAUX DROME NORD	30,3	34	3,7
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	19,3	32,6	13,3
CHU GRENOBLE	23,7	41,6	17,9
CH ALPES ISÈRE	41,6	43,9	2,3
CH DE VIENNE	37,5	26,6	-10,9
CH DU FOREZ	56,2	62	5,8
CH DE ROANNE	39,9	25,4	-14,5
CHU SAINT ETIENNE	28,5	37,8	9,3
CH SAINTE MARIE LE PUY	17,3	23,5	6,2
CH SAINTE MARIE CLERMONT	25,8	29,6	3,8
CHU CLERMONT-FERRAND	8,9	7,8	-1,1
CH THIERS	15,9	20,3	4,4
CH LE VINATIER	38,5	42,7	4,2
CH ST CYR AU MONT D'OR	31,4	40,8	9,4
CH SAINT JEAN DE DIEU	37,7	40,3	2,6
CH LA SAVOIE	39,2	35,4	-3,8
CH ANNECY-GENEVOIS	51	48,9	-2,1
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	27,8	28,3	0,5
CH DU LEMAN	27,6	20,4	-7,2
Total 27 établissements	31,1	35,2	+4,1
Ensemble des 254 Ets français autorisés SSC	26	29,5	+3,5
Min	3,5	16.2 (Hors CHU Clermont)	-14,5
Max	56,2	62	24,1

Si on examine ces données par département, le poids des journées d'hospitalisation à temps plein et en SSC varie selon les départements de 13.5 % à 41% du total des journées d'hospitalisation.

Numéro du département	% de journées
01	41
03	18,3
07	25,1
15	32,5
26	36,6
38	29,4
42	19,9
43	23,5
63	13,5
69	23,6
73	25
74	18

8. Comparaison de l'évolution du nombre total de patients en SSC et du nombre total de patients hospitalisés à temps plein en SSC entre 2011-2015

Si on compare l'évolution 2011-2015 du nombre de patients global ayant eu une mesure de SSC et l'évolution du nombre de patients hospitalisés à temps plein en SSC, on observe que les chiffres ne suivent pas toujours les mêmes tendances au sein des établissements.

Certains établissements présentent une augmentation de leur nombre de patients bénéficiant de SSC (CPA, CH d'Aurillac, CH Le Valmont, Hôpitaux Drôme Nord, CH Alpes Isère, CH de Vienne, CH Le Vinatier, CH Annecy-Genevois) du fait de l'utilisation des programmes de soins, mais leur nombre total de patients hospitalisés à temps plein en SSC a eu tendance à baisser.

On trouve, en parallèle, un groupe réunissant de nombreux établissements qui ont, entre 2011 et 2015, à la fois augmenté leur nombre global de patients en SSC et leur nombre de patients hospitalisés à temps plein en SSC (CH de Moulins, CH de Montluçon, CH de Vichy, Ste Marie de Privas, CH de St Flour, Centre Psychothérapique Nord Dauphiné, CHU Grenoble, CH du Forez, CHU de St Etienne, CH Ste Marie Le Puy, CHU Clermont, CH de St Cyr, SJDD, EPSM de la Vallée de l'Arve, CH du Lemman).

Seuls 3 établissements ont à la fois diminué, sur la période, la file active de patients en SSC et celle de patients hospitalisés à temps plein en SSC (CH de Roanne, CH de Thiers, CHS de Savoie).

Noms des établissements	Evolution en % de la FA de patients hospitalisés à temps plein en SSC de 2011 à 2015	Evolution en % du nb de patients ayant eu une mesure de SSC sur la période 2011-2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	-0,2	9,1
CH MOULINS YZEURE	33,7	43
CH MONTLUÇON	50	113,6
CH VICHY	11,6	37
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	23,3	43,2
CH ST-FLOUR	241,7	533,3
CH AURILLAC	-0,6	23,7
CH LE VALMONT	-10,1	20,3
HÔPITAUX DROME NORD	-10,3	1,4
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	77,8	85,8
CHU GRENOBLE	7,8	42,2
CH ALPES ISÈRE	-14,3	9,9
CH DE VIENNE	-12,2	10,4
CH DU FOREZ	11,8	41,4
CH DE ROANNE	-22,3	-20,5
CHU SAINT ETIENNE	40,6	70
CH SAINTE MARIE LE PUY	35,7	55,1
CH SAINTE MARIE CLERMONT	49,5	62,6
CHU CLERMONT-FERRAND	0,8	1,5
CH THIERS	-8	-5,3
CH LE VINATIER	-3,4	5,9
CH ST CYR AU MONT D'OR	3,4	7,8
CH SAINT JEAN DE DIEU	10,1	26,2
CH LA SAVOIE	-17,6	-12,8
CH ANNECY-GENEVOIS	-15,5	13,8
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	16,7	46,4
CH DU LEMAN	17,4	29

9. Focus sur les patients majeurs pour l'année 2015

Compte tenu du faible nombre de mesures de soins sans consentement chez des mineurs et du fait que certains des 27 établissements n'ont pas de secteur de pédopsychiatrie rattaché, il semble intéressant d'examiner uniquement les chiffres qui concernent les personnes de 18 ans ou plus.

Les patients adultes en SSC représentent de 4.4% à 11.5% des files actives totales de patients majeurs des 27 établissements (seulement 2.7% pour le CHU de Clermont Ferrand qui ne reçoit pas de SDRE).

En 2015, *36.2% des journées d'hospitalisation à temps plein produites par ces 27 établissements pour des patients majeurs sont des journées en SSC* (extrêmes : 17.6 à 62% selon les établissements) *ce qui est beaucoup plus élevé que le chiffre national de 30.4%.*

Noms des établissements	% de patients en SSC 18 ans ou plus par rapport à la file active globale de majeurs de l'établissement	% de journées à temps plein en SSC par rapport au nb de journées global produites pour des 18 ans ou plus
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	8,9	42,2
CH MOULINS YZEURE	5,9	17,6
CH MONTLUCON	11,2	28,2
CH VICHY	8,8	29,7
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	5,6	25,1
CH ST-FLOUR	8,2	27,6
CH AURILLAC	6,9	34,4
CH LE VALMONT	9,5	44,8
HÔPITAUX DROME NORD	9,4	35,6
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	6,7	32,8
CHU GRENOBLE	5,6	47,4
CH ALPES ISÈRE	8,6	44,6
CH DE VIENNE	7,3	27,7
CH DU FOREZ	10,5	62
CH DE ROANNE	4,4	25,7
CHU SAINT ETIENNE	6,2	41,2
CH SAINTE MARIE LE PUY	6,2	24
CH SAINTE MARIE CLERMONT	8,8	30,4
CHU CLERMONT-FERRAND	2,7	8,3
CH THIERS	5,5	20,4
CH LE VINATIER	10	43,8
CH ST CYR AU MONT D'OR	6,2	41,7
CH SAINT JEAN DE DIEU	10,5	41,3
CH LA SAVOIE	6,1	36,2
CH ANNECY-GENEVOIS	8,2	50,4
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	11,5	28,3
CH DU LEMAN	4,7	20,4
Min	4.4 (CHU Clermont non comptabilisé)	17.6 (CHU de Clermont non comptabilisé)
Max	11.5	62
	Total 27 établissements	36.2%
	Ensemble des 254 Ets français autorisés SSC	30.4%

10. Répartition des modes légaux de prise en charge en hospitalisation à temps plein en 2015

- Focus sur les patients hospitalisés à temps plein sur décision du représentant de l'Etat

Le poids, dans l'activité des établissements autorisés à recevoir des SSC, des patients hospitalisés à temps en SSC à la demande du représentant de l'Etat (SDRE) varie beaucoup selon les établissements.

Noms des établissements	% de journées temps plein en SDRE par rapport au nb total de journées temps plein en SSC	% de patients hospitalisés temps plein en SDRE par rapport au nb des patients hospitalisés à temps plein en SSC en 2015	% de journées temps plein effectuées en SDRE par rapport au nombre total de journées d'hospitalisation temps plein	% de patients hospitalisés temps plein en SDRE sur le nb total de patients hospitalisés temps plein en 2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	10,8	7,6	4,4	3,1
CH MOULINS YZEURE	28,8	12,8	4,7	3,4
CH MONTLUCON	14,3	9,8	4,0	4,2
CH VICHY	12,3	13,5	3,6	3,6
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	19,8	10,7	5,0	3,2
CH ST-FLOUR	12,3	14,6	3,4	3,1
CH AURILLAC	5,9	6,3	2,0	1,6
CH LE VALMONT	11,3	7,1	5,0	3,5
HÔPITAUX DROME NORD	23,0	10,9	7,8	3,5
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	18,1	11,5	5,9	5,0
CHU GRENOBLE	7,0	8,1	2,9	2,7
CH ALPES ISÈRE	27,9	22,8	12,3	9,0
CH DE VIENNE	12,6	11,9	3,3	4,9
CH DU FOREZ	15,1	8,5	9,3	4,2
CH DE ROANNE	15,3	8,0	3,9	2,1
CHU SAINT ETIENNE	23,8	14,2	9,0	4,9
CH SAINTE MARIE LE PUY	14,6	12,7	3,4	2,9
CH SAINTE MARIE CLERMONT	19,1	15,6	5,6	5,1
CHU CLERMONT-FERRAND	0,0	0,0	0,0	0,0
CH THIERS	18,1	15,9	3,7	3,8
CH LE VINATIER	29,9	17,0	12,8	7,7
CH ST CYR AU MONT D'OR	15,8	8,9	6,4	4,5
CH SAINT JEAN DE DIEU	23,8	15,6	9,6	8,1
CH LA SAVOIE	9,2	5,8	3,2	2,4
CH ANNECY-GENEVOIS	31,5	13,8	15,4	6,6
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	17,6	8,6	5,0	4,1
CH DU LEMAN	17,2	12,3	3,5	4,6
Total	20,2		7,1	4,9
Min (hors CHU Clermont)	5,9	5,8	2,0	1,6
Max	31,5	22,8	15,4	9,0

20.2% des journées d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement sont liées à une mesure de soins à la demande du représentant de l'Etat (extrêmes : 5.9 à 31.5% selon les établissements).

Les patients en SDRE hospitalisés à temps plein représentent de 5.8% à 22.8% de la file active des patients hospitalisés à temps plein en SSC selon les établissements. De plus, ils représentent 4.9% des patients hospitalisés à temps plein des 27 établissements (extrêmes : 1.6 à 9%).

Ils mobilisent en moyenne 7.1% des journées d'hospitalisation à temps plein produites par les 27 établissements (extrêmes : 2 à 15.4%).

- Focus sur les patients hospitalisés à temps plein à la demande d'un tiers

En 2015, 56% des journées d'hospitalisation temps plein en SSC produites par les 27 établissements concernent des patients hospitalisés à la demande d'un tiers (extrêmes : 45 à 88%).

Ces journées à la demande d'un tiers représentent 20% des journées d'hospitalisation totales produites par ces établissements (extrêmes : 7 à 49%).

Les patients hospitalisés à temps plein à la demande d'un tiers représentent de 39 à 90.9 % de la file active de patients hospitalisés à temps plein en SSC.

En moyenne, 24.2% des patients hospitalisés à temps plein dans ces 27 établissements sont des patients hospitalisés à la demande d'un tiers (extrêmes : 9 à 43%).

Noms des établissements	% de journées temps plein à la demande d'un tiers par rapport au nb total de journées temps plein en SSC	% de patients hospitalisés temps plein en SSC à la demande d'un tiers par rapport au Nb total de patients hospitalisés à temps plein en SSC	% de patients hospitalisés temps plein à la demande d'un tiers sur le nb total de patients hospitalisés à temps plein en 2015	% de journées temps plein à la demande d'un tiers par rapport au nb total de journées temps plein 2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	74	70,1	28,3	30
CH MOULINS YZEURE	65	74,3	19,5	11
CH MONTLUCON	86	90,9 Inclue les périls imminents	38,6	24
CH VICHY	88	88,3 Inclue les périls imminents	23,7	26
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	55	39,0	11,6	14
CH ST-FLOUR	59	63,4	13,5	16
CH AURILLAC	79	76,1	18,9	26
CH LE VALMONT	45	43,3	21,3	20
HÔPITAUX DROME NORD	53	76,1	24,1	18
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	58	70,8	30,9	19
CHU GRENOBLE	86	86,5	29,1	36
CH ALPES ISÈRE	51	60,2	23,8	22
CH DE VIENNE	49	58,4	24,2	13
CH DU FOREZ	79	85,7	42,6	49
CH DE ROANNE	73	76,7	20,4	18
CHU SAINT ETIENNE	63	79,2	27,6	24
CH SAINTE MARIE LE PUY	58	60,4	13,7	14
CH SAINTE MARIE CLERMONT	53	57,5	18,8	16
CHU CLERMONT-FERRAND	89	91,0	8,9	7
CH THIERS	64	68,1	16,1	13
CH LE VINATIER	45	55,9	25,5	19
CH ST CYR AU MONT D'OR	55	65,0	32,7	22
CH SAINT JEAN DE DIEU	48	56,4	29,2	19
CH LA SAVOIE	55	50,4	21,3	19
CH ANNECY-GENEVOIS	58	73,2	35,0	28
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	52	58,1	27,5	15
CH DU LEMAN	66	67,9	25,1	13
Total	56		24,2	20
Min	45	39	9	7
Max (hors CHU Clermont)	88	90.9	43	49

Les chiffres du CH de Montluçon et du CH de Vichy sont surestimés car les données concernant les soins sans consentement à la demande d'un tiers intègrent probablement les périls imminents.

En effet, ces deux CH ne déclarent aucun patient en SSC en lien avec un péril imminent. Il est probable que leurs recueils n'aient toujours pas été mis à jour depuis 2012.

18.5% des journées d'hospitalisation à temps plein en SSC sont des journées liées à des mesures pour des périls imminents ce qui représente 6.5% du total des journées d'hospitalisation temps plein produites par les établissements. Au total, 10.1% des patients hospitalisés à temps plein ont bénéficié d'une mesure en SSC pour péril imminent.

Une réflexion est à mener au sein des établissements qui ont des taux de mesures de « péril imminent » particulièrement élevés. En effet, de telles mesures ne devraient être déclenchées que lorsqu'il est réellement impossible d'obtenir un tiers. Comme le précise l'IRDES : « Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) ont été introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées ¹».

« La proportion de SPI au sein des soins sans consentement est très variable selon les départements ce qui questionne les pratiques et modes d'organisation des soins en urgence des établissements de santé et des autres acteurs du territoire... Dans quelle mesure les SPI facilitent-ils l'accès aux soins dans des situations complexes et des contextes d'urgence ou portent-ils atteinte à la liberté des personnes par la simplification des procédures d'admission ? ¹».

La problématique des soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) est toute autre puisque la mesure nécessite le cumul de 4 conditions qui sont différentes (présence de troubles mentaux ; impossibilité pour le patient de consentir aux soins ; nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ; atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public) de celles pour déclencher un SPI.

Noms des établissements	% de journées temps plein en péril imminent par rapport au nb total de journées temps plein en SSC	% de patients hospitalisés temps plein en péril imminent par rapport au nombre total de patients hospitalisés temps plein en SSC	% de journées temps plein en péril imminent par rapport au nb total de journées temps plein 2015	% de patients hospitalisés temps plein en péril imminent sur le nb total de patients hospitalisés à temps plein en 2015
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	10,8	19,3	4,4	19,3
CH MOULINS YZEURE	3,6	9,2	0,6	9,2
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	24,6	53,5	6,2	53,5
CH ST-FLOUR	27,1	19,5	7,5	19,5
CH AURILLAC	14,7	21,0	4,9	21,0
CH LE VALMONT	39,6	56,3	17,6	56,3
HÔPITAUX DROME NORD	11,3	13,9	3,8	13,9
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	18,2	24,3	5,9	24,3
CHU GRENOBLE	5,4	5,4	2,2	5,4
CH ALPES ISÈRE	18,6	19,5	8,2	19,5
CH DE VIENNE	38,1	34,7	10,1	34,7
CH DU FOREZ	6,1	6,3	3,8	6,3
CH DE ROANNE	8,1	9,3	2,1	9,3
CHU SAINT ETIENNE	12,6	11,1	4,8	11,1
CH SAINTE MARIE LE PUY	26,2	27,9	6,1	27,9
CH SAINTE MARIE CLERMONT	22,9	31,1	6,8	31,1
CHU CLERMONT-FERRAND	10,1	7,5	0,8	7,5
CH THIERS	17,8	15,9	3,6	15,9
CH LE VINATIER	12,6	21,3	5,4	21,3
CH ST CYR AU MONT D'OR	26,2	30,0	10,7	30,0
CH SAINT JEAN DE DIEU	23,4	31,5	9,4	31,5
CH LA SAVOIE	31,2	44,0	11,0	44,0
CH ANNECY-GENEVOIS	10,8	16,7	5,3	16,7
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	21,0	36,8	5,9	36,8
CH DU LEMAN	16,8	27,2	3,4	27,2
Total	18,5	56,3	6,5	10,1
Min (hors CHU Clermont)	3,6	5,4	0,6	5,4
Max (Hors CHU Clermont)	39,6	56,3	17,6	56,3

¹ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

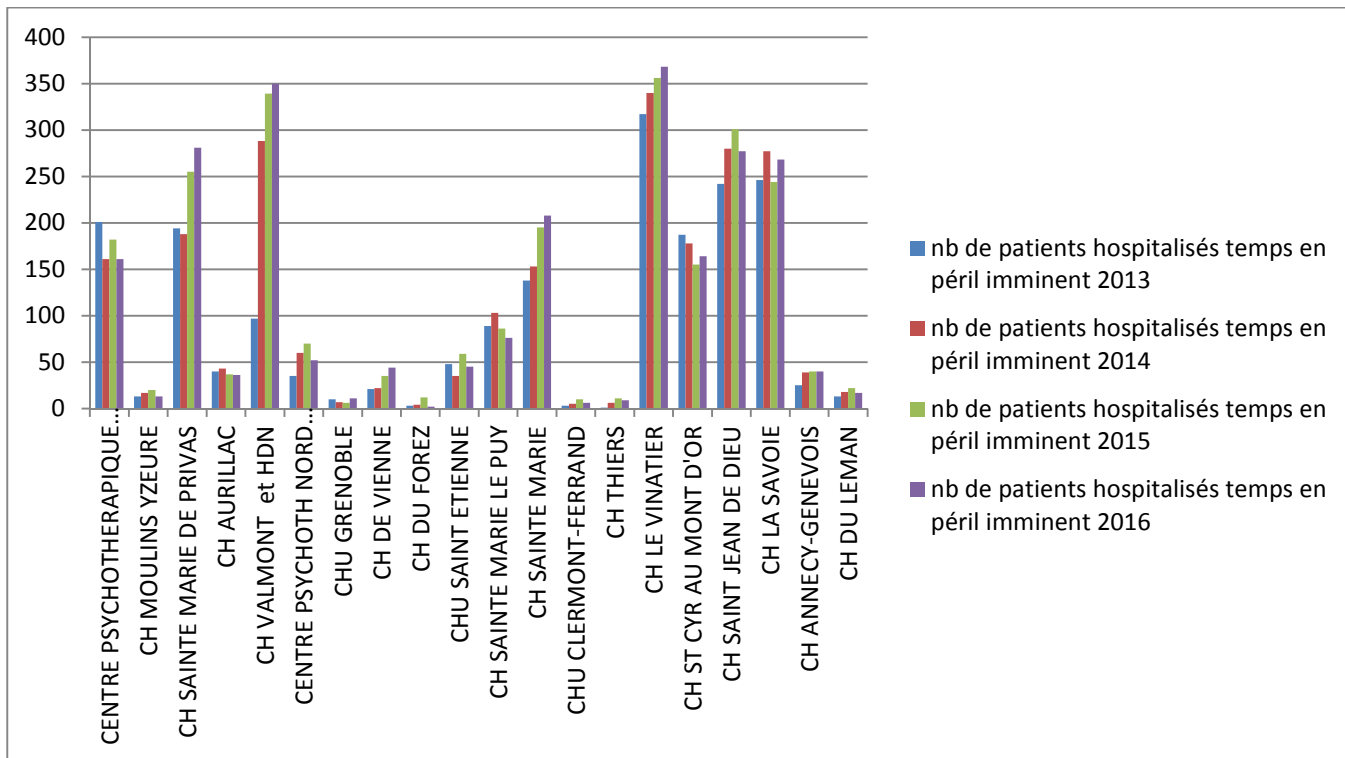
- Evolution du nb de patients hospitalisés à temps plein en SSC au motif d'un péril imminent selon les établissements entre 2013-2016

L'évolution 2013-2016 du nombre de patients hospitalisés en SSC pour un péril imminent ne peut être tracée que pour 20 établissements sur les 27, plusieurs établissements n'ayant intégré les modifications du RIM-Psy imposées par la loi de 2011 que tardivement. De plus, les recueils des CH de Montluçon et de Vichy n'ont toujours pas intégré les mesures de périls imminents en 2016.

Nom des établissements	nb de patients hospitalisés plein temps en péril imminent 2013	nb de patients hospitalisés plein temps en péril imminent 2014	nb de patients hospitalisés plein temps en péril imminent 2015	nb de patients hospitalisés plein temps en péril imminent 2016	Evolution du nb de mesures de péril imminent entre 2013-2016
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	201	161	182	161	-19,9
CH MOULINS YZEURE	13	17	20	13	petits chiffres
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	194	188	255	281	44,8
CH AURILLAC	40	43	37	36	-10,0
CH VALMONT et HDN	97	288	339	350	260,8 Fiabilité du chiffre de 2013 ?
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	35	60	70	52	48,6
CHU GRENOBLE	10	7	6	11	petits chiffres
CH DE VIENNE	21	22	35	44	109,5
CH DU FOREZ	3	4	12	2	petits chiffres
CHU SAINT ETIENNE	48	35	59	45	-6,3
CH SAINTE MARIE LE PUY	89	103	86	76	-14,6
CH SAINTE MARIE CLERMONT	138	153	195	208	50,7
CHU CLERMONT-FERRAND	3	5	10	6	petits chiffres
CH THIERS	1	6	11	9	petits chiffres
CH LE VINATIER	317	340	356	368	16,1
CH ST CYR AU MONT D'OR	187	178	155	164	-12,3
CH SAINT JEAN DE DIEU	242	280	301	277	14,5
CH LA SAVOIE	246	277	244	268	8,9
CH ANNECY-GENEVOIS	25	39	40	40	60,0
CH DU LEMAN	13	18	22	17	30,8
Total	1923	2224	2435	2428	26,3

Après une période de forte augmentation du nombre total de patients bénéficiant en hospitalisation d'une mesure pour péril imminent, le chiffre régional semble s'être stabilisé entre 2014 et 2016, mais il reste élevé.

Certains établissements semblent avoir pris des mesures pour contenir le nombre de périls imminents, alors que d'autres ont présenté une augmentation progressive de ce type de mesures au fil du temps (CH Ste Marie de Privas ; CH le Valmont et Hôpitaux Drôme Nord, CH de Vienne, CH Sainte Marie de Clermont, CH le Vinatier).



- Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement :

Pour l'ensemble des établissements, *27 patients ont été enregistrés dans le RIM-P, dans 10 établissements, comme ayant bénéficié d'une hospitalisation temps plein dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement au cours de l'année 2015.*

- Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables

Nom des établissements ayant pris en charge en hospitalisation temps plein une personne jugée irresponsable pénal en 2015	Nb Journées	Nb Patients	% de patients hospitalisés à temps plein avec une mesure d'irresponsabilité pénale par rapport au nb total de patients hospitalisés en SSC	% de journées en hospitalisation à temps plein avec une mesure d'irresponsabilité pénale par rapport au nb total de journées en SSC
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	1 322	7	0,7	2,6
CH STE MARIE DE PRIVAS	69	1	0,2	0,4
CH LE VALMONT	1 325	5	0,9	4,2
HÔPITAUX DROME NORD	1 413	4	2,0	12,2
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	670	3	1,0	6,1
CH ALPES ISÈRE	982	8	0,9	2,0
CH STE MARIE	1 079	4	0,6	3,6
CH LE VINATIER	5 222	28	1,7	5,1
CH ST CYR AU MONT D'OR	639	5	1,0	2,7
CH SAINT JEAN DE DIEU	2 318	26	2,7	4,7
CH LA SAVOIE	1 259	5	0,9	4,4
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	1 262	6	1,2	8,3
Total	17 560	102		

Sur la région, *102 personnes ont bénéficié en 2015 d'une hospitalisation temps plein au titre d'une mesure d'irresponsabilité pénale.*

Ces patients, hospitalisés dans seulement 12 établissements sur les 27, ont cumulé 17 560 journées d'hospitalisation à temps plein. On constate ainsi que *leur poids en nombre de journées en SSC est bien supérieur à leur poids en nombre de patients en SSC.*

11. Les prises en charge à temps complet en soins sans consentement hors hospitalisation temps plein

La loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013, permet que les soins sans consentement se réalisent sous d'autres modalités de prise en charge à temps complet que l'hospitalisation à temps plein et ce, dans le cadre d'un programme de soins. Au cours de l'année 2015, *seulement 28 patients ont été pris en charge en soins sans consentement à temps complet hors hospitalisation temps plein.*

Nom des établissements	Nb de patients pris en charge dans l'établissement à temps complet hors hospitalisation temps plein et en SSC
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	1
CH MOULINS YZEURE	7
CH MONTLUCON	1
CH VICHY	5
CHU SAINT ETIENNE	2
CH LE VINATIER	5
CH SAINT JEAN DE DIEU	4
CH LA SAVOIE	3
Total	28

12. Les prises en charge en SSC en hôpital de jour

- Les patients pris en charge en hôpital de jour

En 2015, *890 patients ont été pris en charge en hôpital de jour en soins sans consentement ce qui représente 8.6% de la file active globale de patients pris en charge en HDJ des 27 établissements, avec des variations selon les établissements (extrêmes : de 0% à 44%).*

Cette modalité de soins a été utilisée pour 8.4% de l'ensemble des patients en SSC avec des utilisations plus ou moins fréquentes selon les établissements (aucun patient à 21.3% des patients en SSC en ont bénéficié en 2015).

Nom des établissements	ratio nb de patients en HDJ et en SSC /nb total de patients pris en charge en HDJ	% patients en SSC ayant été pris en charge en SSC en HDJ
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	13,6	4,8
CH MOULINS YZEURE	3,0	3,5
CH MONTLUCON	2,8	2,7
CH VICHY	2,0	2,5
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	6,5	6,0
CH ST-FLOUR	44,0	14,5
CH AURILLAC	12,0	16,0
CH LE VALMONT	12,1	4,4
HÔPITAUX DROME NORD	11,3	9,0
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	3,8	3,0
CHU GRENOBLE	10,1	15,9
CH ALPES ISÈRE	8,2	5,9
CH DE VIENNE	1,0	0,8
CH DU FOREZ	0,0	0,0
CH DE ROANNE	8,2	5,3
CHU SAINT ETIENNE	4,0	3,4
CH SAINTE MARIE LE PUY	9,0	21,3
CH SAINTE MARIE	8,1	12,3

CHU CLERMONT-FERRAND	0,8	2,2
CH THIERS	2,0	2,8
CH LE VINATIER	13,3	11,1
CH ST CYR AU MONT D'OR	5,2	4,8
CH SAINT JEAN DE DIEU	14,9	11,1
CH LA SAVOIE	8,9	4,3
CH ANNECY-GENEVOIS	3,3	1,6
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	9,9	2,3
CH DU LEMAN	2,3	2,2
Total	8,6	8,4
Min	0	0
Max	44	21.3

- Les venues en hôpital de jour en SSC

En 2015, on comptabilise *23 458 venues en hôpital de jour pour des patients en soins sans consentement ce qui représente 5.5% de l'ensemble des venues en hôpital de jour de l'année* (extrêmes : aucune prise en charge en HDJ pour des patients en SSC à 47% pour le CH de Saint Flour).

Nom des établissements	Ratio nb de journées en HDJ et en SSC sur ensemble des venues en HDJ
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	8,4
CH MOULINS YZEURE	2,3
CH MONTLUCON	2,6
CH VICHY	1,9
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	4,5
CH ST-FLOUR	47,0
CH AURILLAC	5,3
CH LE VALMONT	8,0
HÔPITAUX DROME NORD	11,4
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	3,6
CHU GRENOBLE	31,7
CH ALPES ISÈRE	5,0
CH DE VIENNE	0,0
CH DU FOREZ	0,0
CH DE ROANNE	3,6
CHU SAINT ETIENNE	5,8
CH SAINTE MARIE LE PUY	5,4
CH SAINTE MARIE	5,4
CHU CLERMONT-FERRAND	0,0
CH THIERS	2,0
CH LE VINATIER	6,6
CH ST CYR AU MONT D'OR	3,1
CH SAINT JEAN DE DIEU	10,0
CH LA SAVOIE	7,0
CH ANNECY-GENEVOIS	4,3
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	4,6
CH DU LEMAN	3,7
Total	5,5
Min	0
Max	47

13. Les prises en charge en hôpital de nuit en SSC

En 2015, *seulement 34 patients ont été pris en charge en hôpital de nuit dans 7 hôpitaux de la région dans le cadre d'un programme de soins.*

14. Les prises en charge en SSC dans les CMP et dans d'autres lieux ambulatoires que les CMP

- Nombre de patients en SSC pris en charge dans les CMP et dans « d'autres lieux »

Dans le cadre d'un programme de soins, 3 073 patients en soins sans consentement ont été pris en charge en CMP en 2015 et 2 909 dans d'autres lieux ambulatoires. Cela représente 2.2% de la file active des CMP (extrêmes : 0 à 13% selon les établissements) et 3.1% de la file active des « autres lieux ambulatoires » (extrêmes : 0 à 8.3%).

En moyenne, 28.9% des patients en SSC de la région ont bénéficié d'une prise en charge en CMP dans le cadre d'un programme de soins (extrêmes : 0 à 55.5% selon les établissements).

Nom des établissements	Ratio nb de patients SSC pris en charge en CMP /nb total de patients pris en charge en CMP	Ratio nb de patients SSC pris en charge en CMP/ nb total de patients en SSC	Ratio nb de patients SSC PEC dans d'autres lieux que les CMP/total des patients PEC dans d'autres lieux
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	1,8	18,4	3,3
CH MOULINS YZEURE	1,0	18,1	1,9
CH MONTLUCON	3,7	44,7	8,3
CH VICHY	4,0	55,5	5,1
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	1,5	28,0	4,1
CH ST-FLOUR	13,0	22,4	4,4
CH AURILLAC	0,8	4,6	1,6
CH LE VALMONT	4,1	39,9	3,5
HÔPITAUX DROME NORD	1,3	15,8	4,6
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	1,5	16,3	6,7
CHU GRENOBLE	5,7	21,4	1,9
CH ALPES ISÈRE	4,5	52,2	4,6
CH DE VIENNE	2,4	38,6	0,4
CH DU FOREZ	1,8	24,7	4,2
CH DE ROANNE	0,0	0,0	0,0
CHU SAINT ETIENNE	0,5	4,4	2,1
CH SAINTE MARIE LE PUY	2,3	29,3	6,0
CH SAINTE MARIE	1,6	14,6	4,0
CHU CLERMONT-FERRAND	0,0	0,0	0,0
CH THIERS	0,1	1,4	pas de patient enregistré dans ces lieux de soins
CH LE VINATIER	2,0	16,7	2,3
CH ST CYR AU MONT D'OR	0,9	15,6	0,9
CH SAINT JEAN DE DIEU	2,9	28,3	4,6
CH LA SAVOIE	1,0	17,1	1,2
CH ANNECY-GENEVOIS	2,6	44,5	4,1
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	3,4	24,9	6,9
CH DU LEMAN	1,2	24,7	2,1
Total	2,2	28,9	3,1
Min	0,0	0,0	0,0
Max	13,0	55,5	8,3

- Nombre d'actes réalisés en CMP et dans d'autres lieux ambulatoires que les CMP pour des patients en SSC

En 2015, 48 953 actes ont été réalisés en CMP et 29 152 dans d'autres lieux ambulatoires pour des patients en SSC. Cela représente 3.5% des actes réalisés en CMP et 1.9% de ceux réalisés dans d'autres lieux.

L'utilisation de ces modalités de soins pour des patients en SSC est hétérogène selon les établissements.

Certains ne déclarent pas avoir pris en charge de patients en SSC selon ces modalités de soins ambulatoires, alors que pour d'autres cela représente 11.3% des actes réalisés en CMP et 8.7% de ceux réalisés dans d'autres lieux de soins.

Noms des établissements	ratio nb actes réalisés en CMP pour des patients en SSC /total des actes réalisés en CMP	ratio nb d'actes ambulatoires réalisés dans des lieux "autres que CMP"/nb d'actes total réalisé dans ces lieux
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	2,7	0,4
CH MOULINS YZEURE	0,7	1,5
CH MONTLUCON	6,6	7,8
CH VICHY	5,1	3,1
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	3,2	1,9
CH ST-FLOUR	11,3	8,7
CH AURILLAC	0,9	6,4
CH LE VALMONT	4,9	4,0
HÔPITAUX DROME NORD	2,3	3,6
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	2,2	3,1
CHU GRENOBLE	10,2	3,8
CH ALPES ISÈRE	8,2	2,6
CH DE VIENNE	2,0	0,3
CH DU FOREZ	2,8	5,0
CH DE ROANNE	0,0	0,0
CHU SAINT ETIENNE	0,7	5,7
CH SAINTE MARIE LE PUY	2,6	6,2
CH SAINTE MARIE	1,4	3,7
CHU CLERMONT-FERRAND	0,0	0,0
CH THIERS	0,0	Lieu de soins non utilisé dans le RIM-Psy pour les SSC
CH LE VINATIER	2,6	2,6
CH ST CYR AU MONT D'OR	1,0	0,5
CH SAINT JEAN DE DIEU	2,8	4,7
CH LA SAVOIE	2,2	1,1
CH ANNECY-GNEVOIS	2,8	3,2
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	3,5	2,9
CH DU LEMAN	1,1	0,8
Total	3,5	1,9
Min	0	0
Max	11.3	8.7

15. Taux de patients en SSC par rapport à 10 000 habitants

Il est possible de calculer le taux de patients en soins sans consentement pour 10 000 habitants pour chaque établissement en utilisant en numérateur le nombre de patients en SSC domiciliés dans la zone géographique rattachée à l'établissement (quel que soit l'établissement psychiatrique prenant en charge les patients en SSC ou quel que soit leur mode de prise en charge en SSC) et le nombre d'habitants rattachés à cet établissement (INSEE 2012).

On constate que le taux régional de patients en SSC pour 10 000 habitants est de 13.8 pour 10 000 habitants avec des extrêmes très dispersés (de 7 pour 10 000 habitants au CH de Vienne à 19.6 à SJDD).

Noms des établissements	Taux de patients en SSC pour 10 000 habitants
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'AIN	15,7
CH MOULINS YZEURE	19,1
CH MONTLUCON	10,4
CH VICHY	13,0
CH SAINTE MARIE DE PRIVAS	14,6
CH ST-FLOUR	11,9
CH AURILLAC	14,7
CH LE VALMONT	18,1
HÔPITAUX DROME NORD	12,1
CENTRE PSYCHOTH NORD DAUPHINE	12,2
CHU GRENOBLE-CHAI	13,3
CH DE VIENNE	7,0
CH DU FOREZ	10,9
CH DE ROANNE	11,1
CHU SAINT ETIENNE	13,0
CH SAINTE MARIE LE PUY	14,1
CH SAINTE MARIE-CHU CLERMONT	14,0
CH AMBERT-THIERS	9,1
CH LE VINATIER	17,5
CH ST CYR AU MONT D'OR	14,1
CH SAINT JEAN DE DIEU	19,6
CH LA SAVOIE	12,8
CH ANNECY-GENEVOIS	9,2
E.P.S.M. VALLEE D'ARVE	13,1
CH DU LEMAN	7,4
Total	13,8
Min	7
Max	19,6

Si on analyse les chiffres par départements, on remarque que *le taux de patients bénéficiant de soins sans consentement varie aussi beaucoup selon les départements.*

Il existe des taux de patients en mesure de soins sans consentement particulièrement élevés dans le Rhône, la Drôme et l'Ain et des taux assez élevés dans 3 des 4 départements auvergnats ainsi qu'en Ardèche.

Numéro de département	Taux de patients en soins sans consentement pour 10 000 habitants
1	15,7
3	14,1
7	14,6
15	14,1
26	16,1
38	12,2
42	12,2
43	14,1
63	13,3
69	17,5
73	12,8
74	10,6

Pour l'ensemble des établissements français autorisés en psychiatrie, le logiciel RME permet uniquement de connaître le nombre de patients ayant été hospitalisés (à temps complet ou temps partiel) en soins sans consentement soit **78 937 personnes pour la France entière en 2015**.

Pour cette année-là, cela correspond donc à un taux de 12 pour 10 000 habitants hospitalisés en soins sans consentement dans l'ensemble des 569 établissements français autorisés en psychiatrie versus 13.7 pour 10 000 habitants pour les établissements de la région ARA.

Le recours aux hospitalisations en soins sans consentement est donc plus élevé dans notre région.

Conclusion

Cette étude régionale sur les mesures de soins sans consentement montre une **augmentation significative, mais très variable selon les établissements et selon les départements, du nombre de patients suivis en SSC sur la période 2011-2015. Dans certains établissements, cette augmentation n'est pas seulement liée à un effet « stock » dû aux patients en SSC bénéficiant d'un programme de soins qui excède une année. De même, le recours aux programmes de soins est très variable d'un établissement à l'autre.**

Elle montre une hétérogénéité des modes d'admission en soins sans consentement et de l'utilisation des mesures en « périls imminent », des taux de recours aux soins sans consentement selon les établissements qui nécessiteraient que chaque établissement s'interroge sur ses pratiques.

Ce constat avait déjà été relevé dans le rapport Robillard : « l'admission en soins sans consentement se caractérise aussi par une hétérogénéité d'application selon les territoires dont les raisons mériteraient d'être creusées² ». Ce rapport précise, d'autre part, que « l'admission en soins pour péril imminent apparaît davantage comme un expédient pour désengorger les services d'urgence ».

En conséquence, les établissements de la région qui reçoivent un nombre élevé de patients en SSC par des procédures d'urgence ou allégées devraient aussi engager un travail afin d'améliorer la coordination avec leurs partenaires.

² D.Robillard ; D.Jacquat ; Commissions des affaires sociales ; « Examen, en application de l'article 145-7 alinéa 3 du règlement, du rapport d'information de la mission d'évaluation de la loi n°2013-869 du 27/9/2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5/7/2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » ; 12p ; 15 février 2017.

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Magali Coldefy (Irdes), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille),
avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca)

La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares : l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement, et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. D'autre part, un nouveau mode d'admission en « soins en cas de péril imminent » est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées.

Réalisée à partir de données médico-administratives, cette étude analyse l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie, depuis la mise en place de la loi en 2011. 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires.

Le consentement aux soins est posé comme une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L.1111-4 du code de la Santé publique). Néanmoins, la législation française prévoit aussi, en cas de troubles psychiatriques sévères affectant la conscience du trouble et le besoin de soin, le recours aux soins sans consentement afin de prévenir le préjudice pour

le patient de l'absence de soins. S'ils sont désormais largement minoritaires, les soins psychiatriques sans consentement sont possibles dans de nombreux pays (Kisely *et al.*, 2011). En France, la législation relative aux soins sans consentement a été profondément transformée par 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. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge en psychiatrie sans leur consentement : obligation d'information sur les droits et voies de recours, association aux décisions les concernant. Deux mesures phares sont introduites : d'une part, le contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) de la nécessité de l'hospitalisation sans consentement et la

SOURCES ET MÉTHODE

La principale source utilisée est le **Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie** (Rim-P), diffusé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI). Renseigné par les établissements de santé français publics et privés autorisés en psychiatrie et mis en place en 2007, ce recueil médico-administratif obligatoire comprend des données individuelles anonymisées : caractéristiques démographiques, géographiques, cliniques et relatives aux modalités de prise en charge à temps complet, temps partiel et ambulatoire des personnes suivies en psychiatrie. Afin de tenir compte de la non-réponse partielle de certains établissements jusqu'en 2013 (représentant 1 % de l'activité), les taux et graphiques d'évolution présentés ici ne le sont que sur l'ensemble des établissements ayant répondu les différentes années. Les résultats incluent les départements d'Outre-Mer, d'où quelques différences avec le bilan sur l'année 2012.

Concernant la question spécifique des soins sans consentement, le Rim-P recueille pour chaque séquence de soins à temps complet ou partiel, et chaque acte ambulatoire, le mode légal de soins. L'information sur le programme de soins dans le Rim-P est déduite de la présence

d'actes ambulatoires ou de séquences de prise en charge à temps partiel avec un mode légal de soins non libre. L'absence d'un indicateur précis de mise en place d'un programme de soins limite l'analyse, notamment en termes de durée des programmes ou d'échec donnant lieu à une réhospitalisation.

Les données du **Répertoire général civil du ministère de la Justice** relatives aux interventions des JLD en matière des soins sans consentement, ont également été mobilisées. Elles permettent d'observer l'évolution des interventions des JLD, la part des saisines obligatoires et facultatives, ainsi que les résultats des saisines. Les données sont disponibles par tribunal ou département.

Par ailleurs, un comité de suivi régional a été mis en place pour discuter des résultats observés et des axes d'analyse à privilégier. Il était composé de représentants d'usagers et de familles, de médecins psychiatres, urgentistes, directeurs de l'information médicale, de directeurs d'établissements, d'élus, d'un juge des libertés et de la détention, de membres d'un conseil local de santé mentale et de décideurs de la région Provence-Alpes Côte d'Azur (Paca).

REPÈRES

Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'Observatoire régional des Urgences – Provence-Alpes Côte d'Azur et a fait l'objet d'une subvention par la Direction générale de la santé pour contribuer au suivi de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

possibilité de sa saisine par la personne hospitalisée ; et, d'autre part, la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. Par ailleurs, la loi met en place un nouveau mode d'admission en « soins pour péril imminent » afin de favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées.

Cette étude poursuit le bilan réalisé par l'Irdes l'année suivant la mise en place de la réforme (Coldefy, Tartour, 2015). Elle vise à vérifier si les tendances observées se confirment en décrivant l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie depuis 2012 et le développement des programmes de soins. L'intervention du JLD est ensuite abordée à travers les données produites par le ministère de la Justice. L'approche proposée est essentiellement quantitative, basée sur l'exploitation de bases de données médico-administratives (encadré Sources et méthode).

E

Les modes légaux de soins sans consentement en psychiatrie, depuis la loi du 5 juillet 2011

Tous requièrent 3 critères : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité de consentir aux soins, la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Les **soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État** (SDRE) remplacent et étendent les Hospitalisations d'office (HO) aux autres modalités de soins à temps partiel et ambulatoires. Un quatrième critère doit être réuni : l'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. La mesure d'admission est prononcée par voie d'arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre exerçant hors de l'établissement d'accueil.

Les **soins psychiatriques sur demande d'un tiers** (SDT), ex Hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), reposent sur la notion de « tiers » permettant à la personne malade d'entrer en soins. Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient justifiant de relations antérieures à l'admission (hors personnel soignant) peut être le « tiers ». Manuscrite, la demande de soins doit être complétée par deux certificats médicaux circonstanciés et concordants. Le premier certificat doit émaner d'un médecin externe à l'établissement tandis que le second doit provenir d'un psychiatre de la structure d'accueil.

Les **soins psychiatriques en cas de péril imminent** (SPI) ont été introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Les critères d'admission sont similaires à ceux des personnes admises en SDT. En outre, l'absence de tiers mobilisable en cas d'atteinte grave

et imminente pour la santé et/ou la vie de la personne constitue un prérequis essentiel pour son admission sur décision du directeur d'établissement motivé par un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le directeur a 24 heures pour informer la famille du patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt.

Les deux modalités de soins suivantes bénéficient du même régime que les admissions prononcées sur décision du représentant de l'État : les **soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables** (PJI) font partie d'un dispositif spécifique assorti d'un suivi renforcé.

Les **soins psychiatriques à destination des personnes détenues** (D398), antérieurs à la mise en œuvre de la réforme, sont spécifiques des personnes incarcérées présentant des troubles mentaux sévères nécessitant des soins hospitaliers et ne pouvant être maintenues dans un établissement pénitentiaire. Les soins se font au sein d'un service de psychiatrie classique. Le programme d'ouverture des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) depuis 2010 permet désormais d'hospitaliser « librement » les détenus dans des conditions spécifiquement adaptées lorsque ces unités existent sur le territoire.

Les **ordonnances de placement provisoire** (OPP) concernent les mineurs lorsque les parents s'opposent à une prise en charge thérapeutique considérée comme indispensable. Le médecin peut saisir le procureur de la République qui saisit le Juge des Enfants pour statuer sur la décision.

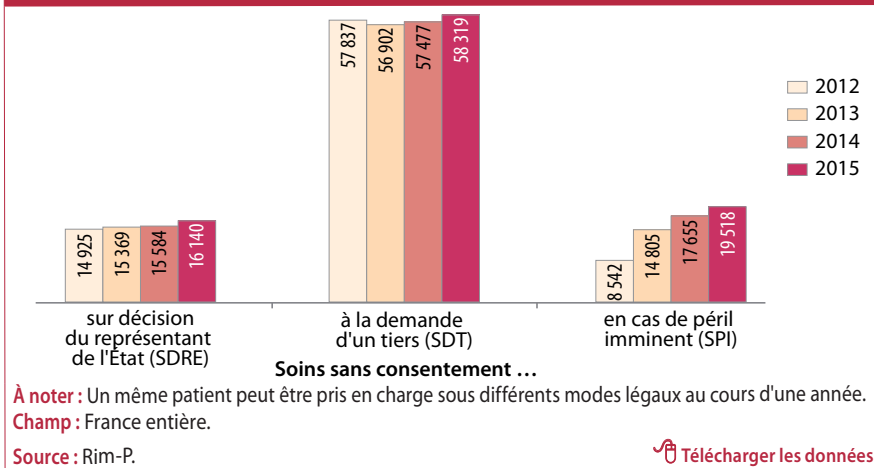
Plus de 92 000 personnes prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie en 2015 en France : une population majoritairement masculine, jeune et souffrant de troubles psychiatriques sévères

En 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli plus de 92 000 personnes âgées de 16 ans ou plus en soins sans consentement, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie¹. Cette population se

¹ La file active totale suivie en psychiatrie correspond à l'ensemble des personnes suivies au moins une fois au cours d'une année donnée.

G1

Evolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal



qu'on limite l'analyse aux personnes hospitalisées à temps plein. Parmi les 92 000 personnes prises en charge sans leur consentement en 2015, 80 000 ont été hospitalisées au moins une fois à temps plein dans l'année, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2012. Parallèlement, la file active hospitalisée à temps plein en psychiatrie (librement ou sans consentement) est restée stable (342 500 personnes âgées de 16 ans ou plus hospitalisées en 2015) et la file active hospitalisée exclusivement librement a diminué de 4 % sur la période. En 2015, la file active hospitalisée sans consentement représente 24 % de la file active hospitalisée à temps plein (et 25 % des journées) dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, contre 21 % en 2012 (graphique 2).

différencie de la patientèle prise en charge librement en psychiatrie par plusieurs aspects :

- Les hommes sont surreprésentés avec 60 % des personnes prises en charge sans consentement contre 47 % parmi l'ensemble des personnes suivies en psychiatrie ;
- Avec un âge moyen de 43 ans, les personnes suivies sans leur consentement sont plus jeunes que les personnes suivies en psychiatrie générale (47 ans en moyenne) ;
- Les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques représentent près de la moitié des personnes prises en charge sans consentement (11 % des personnes suivies en psychiatrie). Les troubles bipolaires (11 %) et troubles de la personnalité (8 %) sont également plus fréquents chez les personnes prises en charge sans leur consentement. Ce sont donc les personnes souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères qui nécessitent plus fréquemment que les autres, à un moment de leur parcours de soins, une prise en charge non consentie.

moins une fois prises en charge sans leur consentement (à temps complet, temps partiel ou en ambulatoire), soit 15 % de plus qu'en 2012. Cette évolution est supérieure à celle de la file active totale suivie en psychiatrie (+5 % sur la période). Alors qu'en 2012, 4,8 % des patients étaient suivis sans leur consentement, ils représentent 5,4 % des patients en 2015, soit une hausse du recours à la contrainte en psychiatrie, mesurée en part de patients concernés, de journées ou d'actes réalisés. Cette augmentation concerne l'ensemble des modes légaux de soins (encadré p. 2) mais est plus marquée pour les Soins en cas de péril imminent (SPI), introduits par la loi de 2011 (graphique 1).

Cette augmentation du nombre de personnes concernées par des soins sans consentement s'observe également lors-

Une hausse du nombre de personnes en soins sans consentement expliquée par l'extension de ces soins en dehors de l'hôpital dans le cadre des programmes de soins...

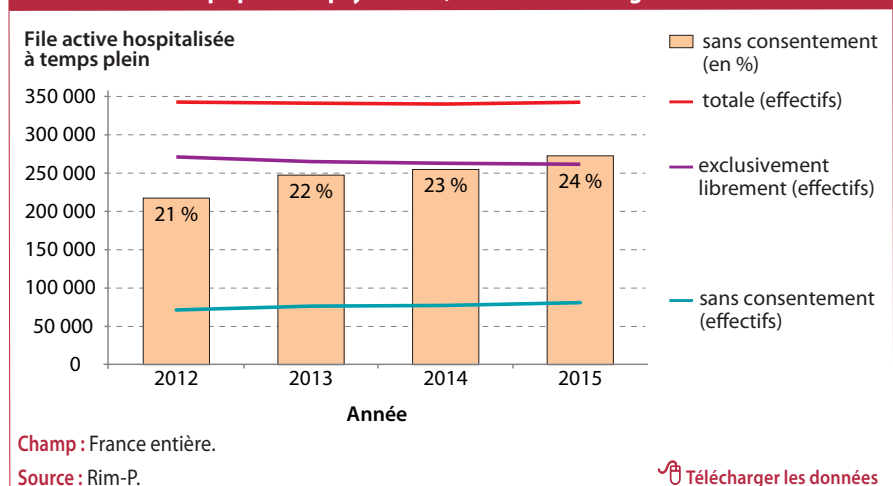
Un premier facteur explicatif de cette hausse est lié à l'extension des modalités de prise en charge sans consentement aux soins ambulatoires et à temps partiel, dans le cadre des programmes de soins. Le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement a augmenté du fait de l'allongement de la durée des soins sans consentement en dehors des

Depuis 2012 : une hausse sensible du recours aux soins sans consentement en psychiatrie

En 2015, plus de 1,7 million de personnes âgées de 16 ans ou plus ont été suivies dans les établissements de santé publics et privés autorisés en psychiatrie. Parmi elles, plus de 92 000 personnes ont été au

G2

Evolution entre 2012 et 2015 des files actives hospitalisées à temps plein en psychiatrie, selon le mode légal de soins



murs de l'hôpital. Une étude réalisée en Ile-de-France deux ans après la mise en place de la loi (Vidon *et al.*, 2015) estimait ainsi de 12 à 22 mois la durée moyenne de ces programmes en fonction du mode légal.

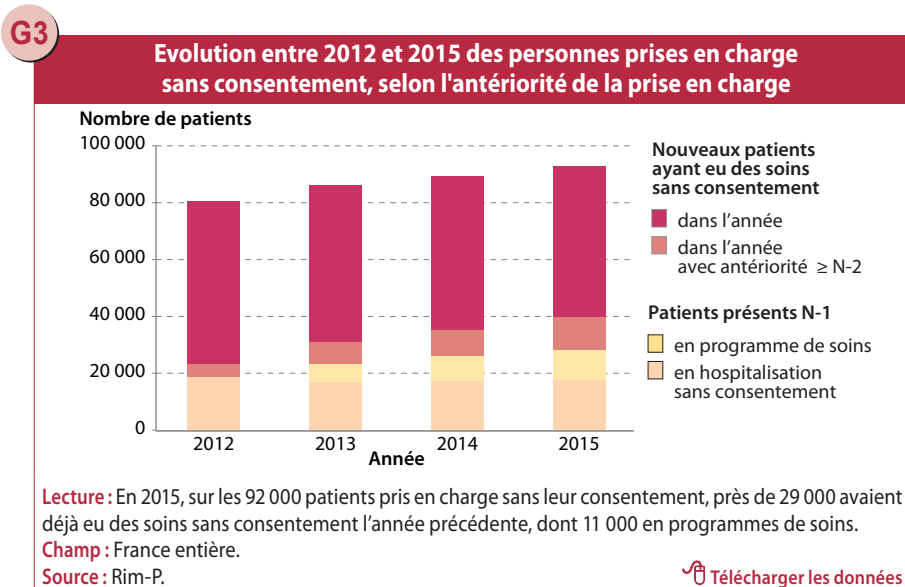
Parmi les 92 000 patients pris en charge sans consentement en 2015, près de 29 000 (31 %) avaient déjà eu des soins sans consentement l'année précédente. Cette proportion tend à augmenter depuis 2012. Parmi eux, près de 11 000 personnes étaient déjà suivies pour des soins ambulatoires sans consentement l'année précédente. C'est cette sous-population en programme de soins qui tend à croître fortement année après année (graphique 3).

Par ailleurs, la population prise en charge sans consentement se renouvelle de plus de moitié chaque année. En 2015, 64 000 patients ayant reçu des soins sans consentement n'en avaient pas eu l'année précédente, et 52 000 n'en avaient pas eu non plus les trois années précédentes.

... et par la montée en charge des Soins pour péril imminent (SPI)

Les différents modes légaux d'admission ont été différemment affectés par l'évolution entre 2012 et 2015. Comme en 2010, les soins à la demande d'un tiers restent majoritaires avec 64 % des personnes concernées en 2015, suivis désormais par les soins pour péril imminent (21 %), puis les soins à la demande du représentant de l'État (18 %). Les autres mesures (hospitalisation en D, 398 des détenus, personnes jugées pénalement irresponsables et ordonnances de placement provisoire pour les mineurs) restent minoritaires, représentant moins de 4 % des personnes prises en charge sans leur consentement².

Le nombre de personnes concernées par des soins à la demande d'un tiers, 59 000 personnes en 2015, enregistre une augmentation de 1 % entre 2012 et 2015, soit un net ralentissement depuis la loi de 2011 (graphique 1). Pendant la même période, le nombre de personnes en soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) a augmenté de 8 %, pour



atteindre un peu plus de 16 000 personnes en 2015. La plus forte augmentation a concerné la nouvelle mesure d'admission de la loi de 2011 pour des soins en cas de péril imminent. Le nombre de personnes admises en SPI a plus que doublé depuis sa mise en place en 2011-2012. 19 500 personnes ont été admises en SPI en 2015 contre 8 500 en 2012 (soit +128 %). Les SPI représentent désormais 21 % des soins sans consentement. Initialement destinée aux personnes désocialisées ou isolées, pour lesquelles il était difficile de recueillir la demande d'un tiers, cette mesure a connu une montée en charge qui dépasse la procédure d'exception.

Les urgences comme lieu principal d'initiation des SPI

Les patients admis en SPI en 2015 ont des caractéristiques cliniques et démographiques³ relativement similaires aux patients admis en SDT. Les troubles psychotiques (y compris schizophréniques) sont majoritaires, mais les personnes admises en SPI se démarquent légèrement par une fréquence plus importante des troubles de la personnalité ou des troubles liés à l'addiction et des troubles névrotiques. Enfin, les personnes admises en SPI se distinguent par une durée moyenne de séjour plus courte que celles admises en SDT. 27 % (des séjours achevés dans l'année) en SPI en 2015 ont une durée inférieure ou égale à 72 heures (période initiale de soins et d'observation mise en

place par la loi de 2011) et 56 % moins de 12 jours (délai d'intervention du JLD) : 16 % ont donné lieu à une sortie d'hospitalisation après ces 72 heures, 10 % ont été transformés en hospitalisation libre et 1 % en un autre mode légal non consenti. Comparativement, 23 % des séjours en SDT ont une durée inférieure à 72 heures et 51 % inférieure à 12 jours. La différence s'explique essentiellement par la transformation plus fréquente en hospitalisation libre pour les SPI (10 % des SPI sont transformés en soins libres au-delà de 72 heures, contre 6 % des SDT).

Avec la durée plus brève de prise en charge, un des facteurs les plus discriminants de l'admission en SPI semble être le passage par les urgences. 63 % des patients admis en SPI en 2015 sont passés par un service d'urgence⁴ avant leur admission en SPI, 6 % ont été transférés ou mutés depuis un autre service et seuls 31 % sont venus directement de leur domicile. Comparativement, pour les personnes admises en SDT, un passage par les urgences est repéré pour 53 % d'entre elles, un transfert ou une mutation pour 7 % et une admission depuis le domicile pour 41 %.

² La somme des pourcentages est supérieure à 100, une personne pouvant être admise sous plusieurs modes légaux au cours de l'année.

³ Les données du Rim-P ne permettent cependant pas de renseigner l'environnement social de la personne qui pourrait expliquer la difficulté à mobiliser un tiers.

⁴ Ces patients sont identifiés par leur mode d'entrée et leur provenance dans le Rim-P ou par un séjour contigu ou un passage aux urgences ayant fait l'objet d'une facturation dans le PMSI MCO.

Deux dimensions sont avancées par les acteurs de terrain, professionnels et représentants de familles de patients pour expliquer la montée en charge de ce dispositif. Les SPI constitueraient une simplification de la procédure d'admission en soins psychiatriques dans un contexte d'urgence. Gobillot *et al.* (2015) ont ainsi montré un adressage plus fréquent par les services d'urgence ou SOS médecins, par des médecins non psychiatres, urgentistes ou généralistes. Le recours à cette modalité de soins est alors justifié par la difficulté à attendre aux urgences la recherche de tiers ou du consentement de la personne pour des patients en crise. Les SPI peuvent également être utilisés pour protéger le tiers (Klifa, 2014). La demande d'admission en soins sans consentement, dans le cadre d'un SDT, est souvent difficile pour le tiers (membre de la famille ou proche) et peut nuire à sa relation avec la personne. Dans le cas des SPI, le médecin porte seul la responsabilité morale et médicale

de la décision. Depuis 2012, le nombre de personnes admises en SDT tend à se stabiliser (+0,5 % de personnes hospitalisées sous ce mode, soit 51 256 personnes en 2015), confirmant ce transfert potentiel d'une partie des SDT vers les SPI. Cependant, le doublement depuis 2012 du nombre de personnes admises en SPI (plus de 18 000 personnes hospitalisées en 2015) s'expliquerait davantage par l'entrée simplifiée dans le circuit de soins psychiatriques que permet ce dispositif.

Une hétérogénéité territoriale du recours aux SPI

La proportion de SPI au sein des soins sans consentement est très variable selon les départements (carte), ce qui questionne les pratiques et modes d'organisation des soins en urgence des établissements de santé et des autres acteurs du territoire.

Alors qu'au niveau national, deux patients en soins sans consentement sur dix l'ont été au moins une fois en SPI en 2015, c'est le cas de moins d'un patient sur dix dans 22 départements mais de plus de quatre patients sur dix dans les départements de l'Ariège, l'Ardèche, la Creuse, le Lot, l'Eure, la Savoie, la Drôme ou le Bas-Rhin. Au sein même des départements, les pratiques peuvent fortement varier d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre. En 2015, parmi les 260 établissements publics autorisés en psychiatrie, 40 n'ont déclaré aucun patient admis en SPI. A l'opposé, 40 autres ont déclaré avoir accueilli plus de 35 % des patients en soins sans consentement sous cette modalité. Ces établissements ont concentré à eux-seuls 36 % des patients en SPI alors qu'ils prennent en charge 19 % des patients admis en soins sans consentement et 16 % de la file active suivie globalement en psychiatrie en France.

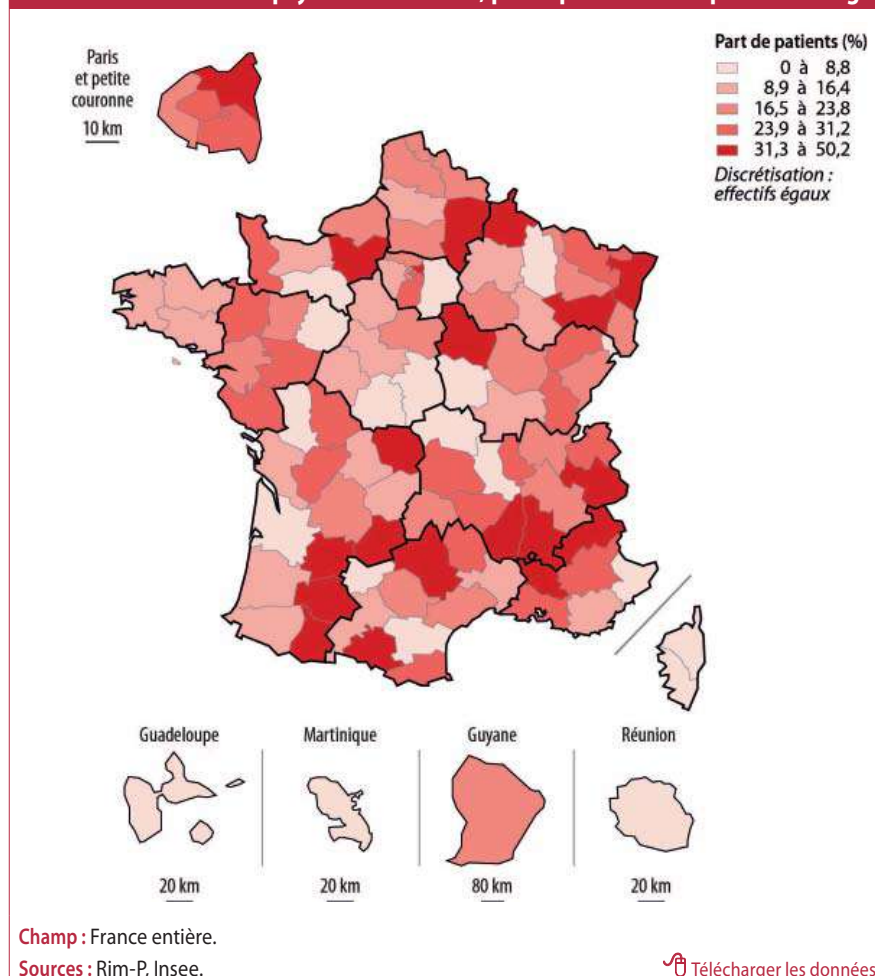
La montée en charge de ce dispositif et l'hétérogénéité importante de son utilisation entre territoires et établissements interroge sur ses finalités. Dans quelle mesure les SPI facilitent-ils l'accès aux soins dans des situations complexes et des contextes d'urgence ou portent-ils atteinte à la liberté des personnes par la simplification des procédures d'admission ?

Les programmes de soins : bilan quatre ans après leur mise en place

Les programmes de soins, mis en place par la loi du 5 juillet 2011, permettent une prise en charge extrahospitalière à temps partiel et en ambulatoire sans consentement qui n'existait pas auparavant. Le programme de soins définit, dans un document écrit, et après entretien avec la personne, les modalités de sa prise en charge ainsi que leurs fréquences : hospitalisations à temps partiel (de jour ou de nuit), soins ambulatoires (au centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), soins à domicile, et dans certains cas, le traitement médicamenteux. Les programmes de soins étendent ainsi les principes de la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques aux soins sans consentement.

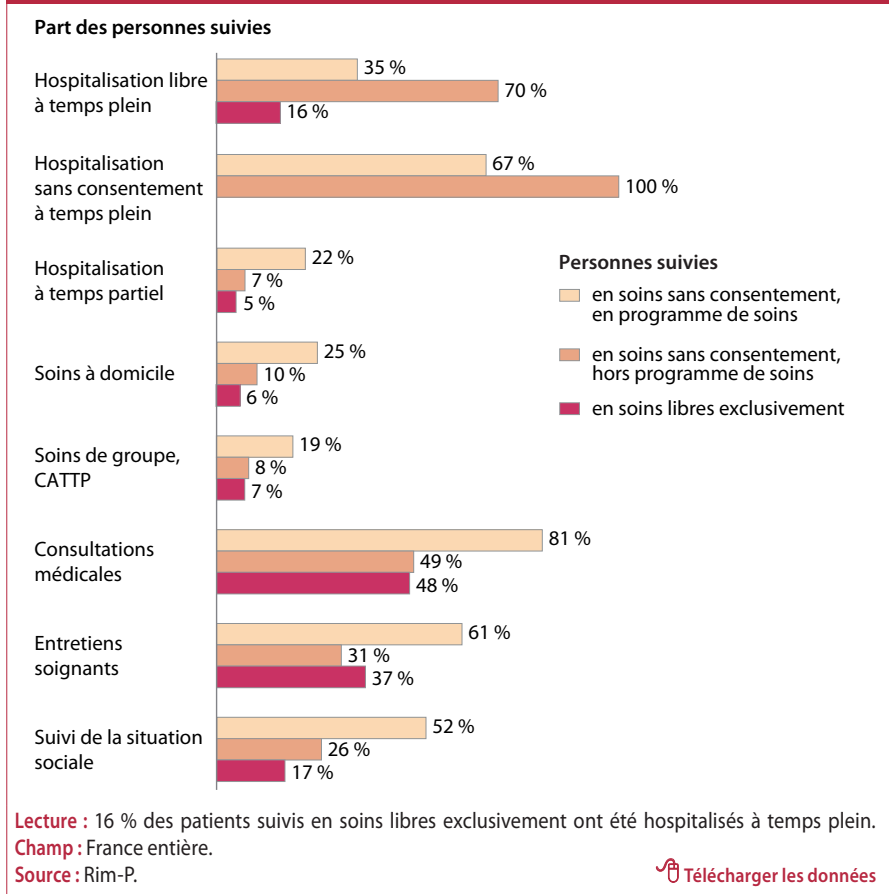
C

Proportion de patients admis en SPI parmi les patients admis en soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de prise en charge



G4

Accès aux modalités de soins des personnes suivies sans leur consentement



tées aux différentes phases de la pathologie mises en place par la politique de secteur. Ainsi, 81 % des personnes en programmes de soins ont eu des consultations médicales, 61 % des entretiens soignants (graphique 4). Plus de la moitié a également eu un suivi social, 25 % des soins à domicile. Ces taux sont près de deux fois supérieurs à ceux observés pour les personnes hospitalisées sans consentement mais hors programme de soins. Ils sont également très supérieurs à ceux observés auprès des personnes suivies librement qui regroupent une grande variété de pathologies et de niveaux de sévérité.

Cet accès plus important à l'ensemble des modalités de soins s'accompagne d'une plus grande intensité de ces soins mesurée en nombre moyen d'actes ou de journées de prise en charge dans l'année (graphique 5). Les programmes de soins constituent ainsi une forme de soins intensifs à destination des personnes souffrant de troubles psychiques sévères nécessitant des soins sans consentement. Cette intensité des soins s'observe aussi pour les prises en charge hospitalières à temps complet, qu'elle s'exprime en durée d'hospitalisation ou en fréquence des séjours hospitaliers dans l'année. Si un tiers des patients en programmes de soins n'a jamais été hospitalisé à temps plein dans l'année (leur programme ayant commencé l'année précédente), pour les deux tiers, ces hospitalisations sont plus longues et plus fréquentes que pour les autres personnes suivies en psychiatrie, prises en charge librement ou sans leur consentement.

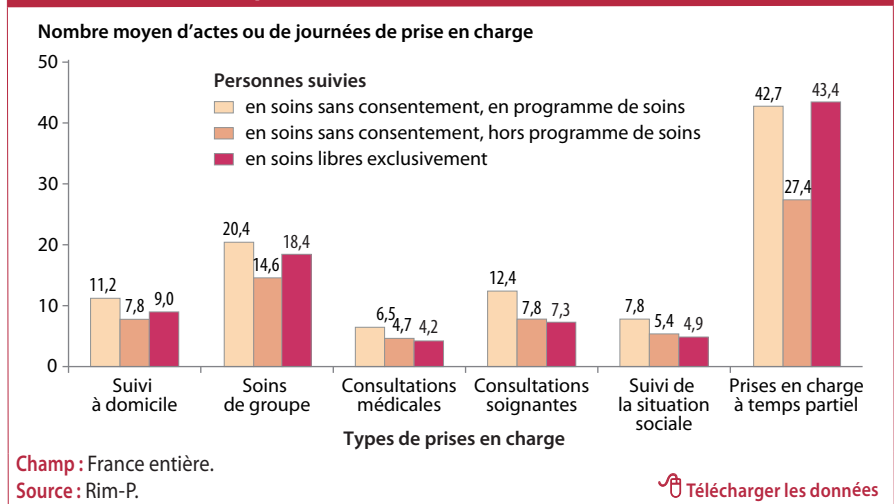
En 2015, près de 37 000 personnes ont eu des soins ambulatoires ou à temps partiel sans consentement⁵, soit 40 % des personnes ayant reçu des soins sans consentement. Leur nombre a progressé mais moins fortement que celui des personnes hospitalisées sans consentement. Cette progression limitée s'explique en partie par les difficultés de mise en place sur le terrain. Les programmes de soins sont plus fréquemment utilisés dans le cadre des SDRE (53 % des patients en SDRE en 2015) pour lesquels il est possible de mobiliser les forces de l'ordre si la personne rompt son programme. Pour les patients en SDT, pour lesquels le respect du protocole de soins en dehors de l'hôpital est plus difficile à appliquer, les programmes de soins sont en légère baisse depuis 2014 (40 %).

Les soins ambulatoires et à temps partiel sans consentement sont majoritairement destinés aux personnes présentant

des troubles psychotiques (59 % des personnes en programmes de soins), et ce quel que soit le mode légal de prise en charge. L'ouverture des soins ambulatoires aux personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère nécessitant des soins sans consentement leur permet d'accéder à l'ensemble des modalités de soins adap-

G5

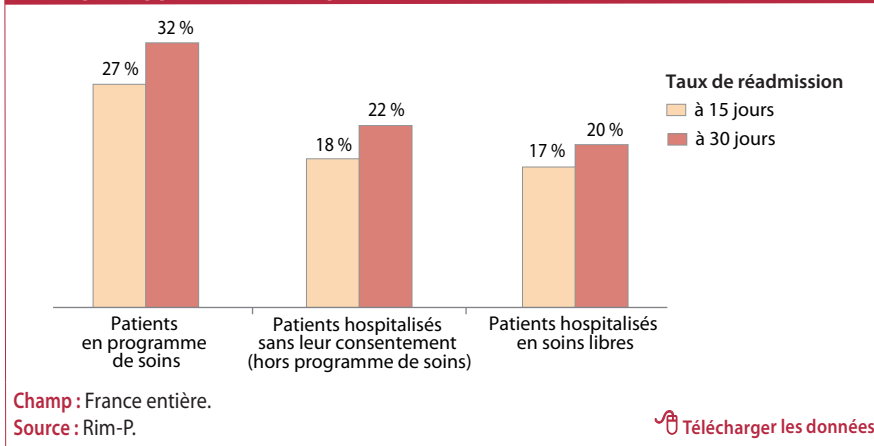
Intensité des prises en charge ambulatoires et à temps partiel des personnes suivies en psychiatrie en 2015



⁵ Le Rim-P ne permet pas d'identifier directement les programmes de soins. Ils sont indirectement repérés via la présence d'au moins deux actes ambulatoires ou séquences de soins à temps partiel avec un mode légal sans consentement.

G6

Taux de réhospitalisation à 15 et 30 jours des personnes en programmes de soins, par rapport aux autres personnes hospitalisées en psychiatrie en 2015



Les personnes en programmes de soins ayant nécessité une hospitalisation à temps plein (soit en début de programme, soit en cours sous forme séquentielle, ou à l'occasion d'une réintégration suite à une rupture du programme de soins), l'ont été en moyenne 75 jours dans l'année (dont 61 jours sans consentement) contre 68 jours (dont 45 jours sans consentement) pour les personnes prises en charge sans leur consentement hors programme de soins. Cette durée est très supérieure à celle observée pour les personnes hospitalisées exclusivement librement dans l'année (49 jours en moyenne). Par ailleurs, le temps d'hospitalisation « contraint » est supérieur à celui des personnes hors programmes de soins.

En améliorant le suivi ambulatoire en dehors de l'hôpital, les programmes de soins auraient pu limiter le recours à l'hospitalisation. Pour autant, les taux de réhospitalisation à 15 et 30 jours sont plus élevés pour les personnes en programmes de soins (graphique 6). Les données utilisées ne permettent cependant pas de savoir si ces réhospitalisations constituent une composante du programme (hospitalisations séquentielles) justifiée par le niveau de sévérité des troubles, ou si elles correspondent à des rechutes ou réintégrations en hospitalisation suite à son non-respect.

Mis en place dans de nombreux pays, depuis parfois assez longtemps (dès les années 1980 aux États-Unis et en Australie, depuis 2008 en Angleterre) [Kisely *et al.* 2014, Churchill *et al.*, 2007], les soins ambulatoires sans consentement

font l'objet de nombreuses controverses, posant des questions d'ordre éthique et médical. Les études étrangères ayant cherché à évaluer leur impact concluent, pour la plupart, à des résultats controversés ou à l'absence de résultats significatifs en termes de réduction du recours à l'hospitalisation, d'utilisation des services de santé ou plus généralement de bénéfices pour la personne (Burns *et al.*, 2016 ; Molodynski *et al.*, 2010 ; Castelles-Aulet *et al.*, 2015 ; Maughan *et al.*, 2014 ; Dawson, 2005).

Les données du Rim-P sont limitées pour analyser l'efficacité des programmes de soins. Des études complémentaires de type enquêtes longitudinales, essais contrôlés randomisés, sont nécessaires pour évaluer en France le bénéfice de ces programmes, à la fois en termes de réduction de l'hospitalisation, d'observance du traitement, mais aussi et surtout en termes d'amélioration de l'état de santé, de degré de rétablissement et de qualité de vie des personnes, ainsi qu'en termes de satisfaction. Légalement, les programmes de soins étendent les soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans les lieux de vie de la personne, et parfois pour des durées longues, contribuant ainsi à augmenter le nombre de personnes concernées par ces soins. Si la révision de la loi en 2013 précise qu'"aucune contrainte ne peut être mise en oeuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins", la menace de réhospitalisation en cas de non respect des programmes de soins peut être vécue comme une atteinte à la liberté pour la personne soumise à ces programmes. L'importance

des enjeux éthiques autour de la question de l'extension des soins sans consentement en dehors de l'institution hospitalière dans le cadre des programmes de soins (Guibet-Lafaye, 2014) nécessite de poursuivre les études permettant d'évaluer leur efficacité et de connaître le point de vue des personnes directement concernées. Rares sont en effet les études ayant cherché à analyser la perception de ces programmes par les personnes qui les ont expérimentés.

L'intervention du Juge des libertés et de la détention

Afin d'améliorer les droits des personnes admises en soins sans consentement, la loi de 2011 a introduit un nouvel acteur dans la prise en charge, le Juge des libertés et de la détention. Le JLD doit s'assurer que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'hospitalisation psychiatrique sans consentement est nécessaire et proportionnée (Senon *et al.*, 2012). Conformément à la hausse du nombre de personnes suivies sans leur consentement, le nombre total de saisines du juge connaît une évolution régulière. Cette hausse est d'autant plus importante depuis la révision de la loi en 2013 qui a raccourci le délai d'intervention du juge pour statuer sur la nécessité du maintien en hospitalisation complète dans les 12 jours suivant l'admission de la personne (au lieu de 15 jours en 2011). Cette hausse provient très majoritairement des saisines dites « obligatoires » qui représentent 96,8 % des saisines confondues en 2015, contre 94,4 % en 2013, et qui s'accompagnent d'une diminution conjointe des saisines « facultatives » (respectivement de 5,2 % en 2013 contre 3,1 % en 2015). Cette diminution pourrait être en partie due à la réduction de la durée de présentation devant le JLD. Si la meilleure information du patient sur ses droits et l'introduction du JLD constituent des avancées majeures de la loi de 2011 dans le respect des droits des personnes nécessitant à un moment de leur parcours des soins sans consentement, la faible part de saisines facultatives peut cependant questionner l'effectivité de cet accès au droit et aux voies de recours.

Près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée de la mesure de contrainte (données du ministère de la Justice), avec des variations importantes entre départements (de 0 à 38 % en 2015 pour les contrôles obligatoires du JLD). La proportion de mainlevées est plus élevée mais reste limitée dans le cas de saisines facultatives effectuées par les personnes ou leurs proches (13,5 %). Elle est plus élevée en cas de désaccord entre psychiatres et préfet (25 % des saisines aboutissent alors à une mainlevée de la mesure, seules 72 mesures ont été recensées en 2015). Pour statuer sur la nécessité, le bien-fondé et l'adéquation de la mesure de soins avec la privation de libertés individuelles, le travail du juge s'effectue sur la base de documents limités (décision d'admission du directeur de l'établissement, certificats médicaux circonstanciés) et dans des délais contraints. Les principaux motifs de contestation de la mesure portent sur des vices de procédure (59 %) [non-respect de notification des droits de la personne, auteur du certificat psychiatrique, qualité du tiers, non-respect des délais prévus par la loi], des vices de forme (24 %) pour insuffisance de la motivation de la nécessité de l'admission en soins,

ou sur les compétences de l'auteur de l'acte administratif (17 %) [Legohérel, 2014].

* * *

Depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement en psychiatrie tend à augmenter plus rapidement que la file active suivie en psychiatrie. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette augmentation. Le premier est lié au développement des programmes de soins, qui étendent les soins sans consentement en dehors des murs de l'hôpital et du seul temps de l'hospitalisation. La proportion de patients suivis plusieurs années sans leur consentement augmente ainsi depuis 2012, les programmes de soins pouvant s'étendre sur un temps long. Ce faisant, le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement se trouve mécaniquement augmenté chaque année. Le deuxième facteur explicatif est la montée en charge du dispositif de soins en cas de péril imminent, mis en place par la loi afin de favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées pour lesquelles la demande de tiers était dif-

ficile à obtenir. Ce dispositif déployé de façon hétérogène sur le territoire semble être utilisé à la fois pour faciliter le circuit d'admission dans un contexte d'urgence et pour protéger le tiers de la difficile démarche de demander des soins pour un proche contre sa volonté.

Ces résultats, issus de l'exploitation des données du Rim-P, appellent des études complémentaires et une amélioration des systèmes d'information pour permettre une réelle évaluation des dispositions mises en place par la loi du 5 juillet 2011. Une évaluation s'avèrerait d'autant plus nécessaire que ces nouvelles dispositions touchent aux libertés individuelles des personnes. L'extension d'une forme diffuse de contrainte aux soins au sein du lieu de vie de la personne peut constituer une atteinte aux libertés individuelles et aux droits de la personne à laquelle il faut veiller. Ces mesures au caractère exceptionnel doivent être proportionnelles au bénéfice attendu pour la personne, d'autant plus dans un contexte d'évolution préconisée des relations entre médecins et patients vers une plus grande participation des personnes aux choix de leurs traitements. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Burns T., Rugkåsa J., Yeeles K., Catty J. (2016). "Coercion in Mental Health: A Trial of the Effectiveness of Community Treatment Orders and an Investigation of Informal Coercion in Community Mental Health Care". *Programme Grants Appl Res*, 4(21).
- Castells-Aulet L., Hernandez-Violet M., Jimenez-Maros J.U., Canete-Nicolas C., Bellido-Rodriguez C., Calabuig-Cresp R., Asensio-Pascual P., Lera-Catalayud G. (2015). "Impact of Involuntary Out-patient Commitment on Reducing Hospital Services: 2-year Follow-up". *Psychiatric Bulletin*, 39, 196-199, doi: 10.1192/pb.bp.114.047464.
- Churchill C., Owen G., Singh S., Hotopf M. (2007). *International experiences of using community treatment orders*, 222 p.
- Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 205, janvier.
- Dawson J., (2005). *Community Treatment Orders: International Comparisons*. The New-Zealand Foundation, 188 p.
- Gobillot C., Claudel H. (2015). « Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI): une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier ». *L'information psychiatrique*, 91 (4), 339-347.
- Guibet-Lafaye C. (2014). « Au coeur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire ». *L'information psychiatrique*, 90 (7), 575-582.
- Kisely S., Campbell L.A., Preston N. (2014). "Compulsory Community and Involuntary Outpatient Treatment for People with Severe Mental Disorders". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2):44 p.
- Klifa M. (2014). *L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soin sans consentement*. [Thèse de Doctorat en médecine en ligne]. Lyon : Université Claude Bernard - Lyon 1, Faculté de médecine Lyon est. [Consulté le 20/08/2016] p. 136. Disponible sur : <http://bibnum.univ-lyon1.fr>
- Legohérel D. (2014). *Étude sur les soins psychiatriques sans consentement*. Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de Cassation, 132 p.
- Maughan D., Molodynski A., Rugkåsa J., Burns T. (2014). "A Systematic Review of the Effect of Community Treatment Orders on Service Use". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4):651-63.
- Molodynski A., Rugkasa J., Burns T. (2010). "Coercion and Compulsion in Community Mental Health Care". *British Medical Bulletin*, (95), 105-119.
- Senon J.L., Jonas C., Voyer M. (2012). « Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Annales médico-psychologiques*, 170 : 211-215
- Vidon G., Hardy-Baylé M.C., Younès N. (2015). « Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins ». *L'information psychiatrique*, 91(7), 602-607.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relectrices : Véronique Lucas-Gabrielli, Zeynep Or, Nadia Younès • Infographiste : Franck-Séverin Clérémbault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) •

Dépôt légal : février 2017 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).