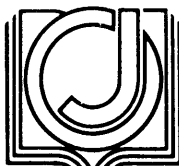


SENAT  
**DÉBATS PARLEMENTAIRES**

XPER  
63

**JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

DIRECTION DES JOURNAUX OFFICIELS  
26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15.  
TELEX 201176 F DIRJO PARIS



TÉLÉPHONES :  
STANDARD : (1) 40-58-75-00  
ABONNEMENTS : (1) 40-58-77-77

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1989-1990

**COMPTE RENDU INTÉGRAL**

10<sup>e</sup> SÉANCE

**Séance du mercredi 18 avril 1990**

## SOMMAIRE

## PRÉSIDENCE DE M. ÉTIENNE DAILLY

1. Procès-verbal (p. 348).
2. Modification de l'ordre du jour (p. 348).
3. Droits et protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. - Discussion d'un projet de loi (p. 348).

Discussion générale : MM. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale ; Jean Dumont, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis de la commission des lois ; Jacques Larché, président de la commission des lois ; Paul Souffrin, Henri Collard, Charles Descours, Mme Nelly Rodi, MM. Henri Belcour, Bernard Laurent, Franck Sérusclat, Louis Virapoullé.

Clôture de la discussion générale.

MM. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales ; le président, le ministre.

Article additionnel avant l'article 1<sup>er</sup> (p. 368)

Amendement n° 65 de M. Paul Souffrin. - MM. Paul Souffrin, le rapporteur, le ministre, Franck Sérusclat, Louis Virapoullé. - Adoption par scrutin public.

Rappel au règlement (p. 369)

MM. Robert Pagès, le président.

Demandes de priorité (p. 369)

Demande de priorité des amendements n°s 89 rectifié à 111. - MM. le rapporteur, le ministre. - La priorité est ordonnée.

Demande de priorité des amendements n°s 93 et 95. - MM. le rapporteur, le ministre. - La priorité est ordonnée.

Articles additionnels après l'article 1<sup>er</sup> (priorité) (p. 369)

Amendements n°s 93 et 95 de M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis. - MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur, le ministre, Franck Sérusclat.

*Suspension et reprise de la séance (p. 373)*

MM. Charles Descours, François Lesein, Franck Sérusclat, Paul Souffrin, Bernard Laurent. - Rejet, par scrutin public, de l'amendement n° 93.

M. le rapporteur pour avis. - Retrait des amendements n°s 89 rectifié à 92 rectifié et 94 à 111.

M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis. - Retrait de l'amendement n° 88.

*Suspension et reprise de la séance (p. 374)*

Article 1<sup>er</sup> (p. 374)

Amendement n° 6 de la commission. - MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

*Article additionnel avant l'article L. 326-1 du code de la santé publique (p. 375)*

Amendement n° 66 de M. Paul Souffrin. - MM. Paul Souffrin, le rapporteur, le ministre, Charles Descours. - Rejet.

*Article L. 326-1 du code de la santé publique (p. 376)*

Amendement n° 7 de la commission. - MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

Adoption de l'article du code, modifié.

*Article additionnel après l'article L. 326-1 du code de la santé publique (p. 376)*

Amendement n° 185 de M. Paul Souffrin. - MM. Paul Souffrin, le rapporteur, le ministre. - Rejet.

*Article L. 326-2 du code de la santé publique (p. 376)*

Amendement n° 8 de la commission. - MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

Adoption de l'article du code, modifié.

*Article L. 326-3 du code de la santé publique (p. 376)*

Amendements n°s 113 rectifié bis de M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis, 158 de M. Paul Souffrin, 9 rectifié de la commission et sous-amendements n°s 67 de M. Paul Souffrin, 44 rectifié de M. Michel Miroudot et 50 rectifié de M. Franck Sérusclat ; amendements n°s 160 rectifié de M. Henri Belcour, 40, 41 de M. Charles Descours et 68 de M. Paul Souffrin. - MM. le rapporteur pour avis, Paul Souffrin, le rapporteur, le ministre, Henri Belcour, Charles Descours, Michel Miroudot, Franck Sérusclat, François Lesein. - Rejet de l'amendement n° 113 rectifié bis et des sous-amendements n°s 67 et 44 rectifié ; adoption de l'amendement n° 158, du sous-amendement n° 50 rectifié et, par division, de l'amendement n° 9 rectifié, les autres amendements devenant sans objet.

Adoption de l'article du code, modifié.

*Article L. 327 du code de la santé publique (p. 384)*

Amendement n° 114 de M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis. - MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur, le ministre, Paul Souffrin. - Adoption.

Adoption de l'article du code, modifié.

*Article L. 328 du code de la santé publique. - Adoption (p. 385)*

*Article L. 329 du code de la santé publique (p. 385)*

Amendement n° 10 de la commission. - MM. le rapporteur, le ministre. - Adoption.

Adoption de l'article du code, modifié.

*Article L. 330 du code de la santé publique (p. 385)*

Amendement n° 42 de M. Charles Descours. - Retrait.

Amendement n° 51 de M. Franck Sérusclat. - Adoption.

Adoption de l'article du code, modifié.

*Article L. 330-1 du code de la santé publique. - Adoption (p. 385)*

Adoption de l'article 1<sup>er</sup>, modifié.

Article 2 (p. 386)

Amendement n° 112 de M. Michel Dreyfus-Schmidt. - Retrait.

*Article L. 331 du code de la santé publique (p. 386)*

Amendement n° 69 de M. Paul Souffrin. - MM. Paul Souffrin, le rapporteur, le ministre, Franck Sérusclat. - Rejet.

Adoption de l'article du code.

*Article L. 332 du code de la santé publique (p. 387)*

Amendements n°s 115 rectifié *bis* de M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis, 11 rectifié de la commission, 161 rectifié et 162 rectifié de M. Henri Belcour, 1 du Gouvernement et 70 de M. Paul Souffrin. - MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur, le ministre, Henri Belcour, Charles Descours, Franck Sérusclat. - Rejet de l'amendement n° 115 rectifié *bis*; adoption de l'amendement n° 11 rectifié constituant l'article du code, modifié, les autres amendements devenant sans objet.

*Article L. 332-1 du code de la santé publique (p. 392)*

Amendement n° 52 de M. Franck Sérusclat. - MM. Franck Sérusclat, le rapporteur, le ministre. - Adoption.

Adoption de l'article du code, modifié.

Renvoi de la suite de la discussion.

**4. Transmission d'un projet de loi (p. 392).**

**5. Renvoi pour avis (p. 392).**

**6. Dépôt de rapports (p. 392).**

**7. Ordre du jour (p. 392).**

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

## PRÉSIDENCE DE M. ÉTIENNE DAILLY, vice-président

La séance est ouverte à quinze heures cinq.

**M. le président.** La séance est ouverte.

1

## PROCÈS-VERBAL

**M. le président.** Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation ?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

## MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Mes chers collègues, je vous informe qu'en raison de l'organisation, demain, jeudi 19 avril, à quatorze heures trente, d'un entretien télévisé avec les présidents de groupe, la séance publique consacrée aux questions au Gouvernement ne débutera qu'à quatorze heures quarante-cinq.

Il n'y a pas d'opposition ?...

Il en est ainsi décidé.

3

## DROITS ET PROTECTION DES PERSONNES HOSPITALISÉES EN RAISON DE TROUBLES MENTAUX

### Discussion d'un projet de loi

**M. le président.** L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi (n° 45, 1989-1990) relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. [Rapport n° 216 et avis n° 241 (1989-1990).]

Dans la discussion générale, la parole est à M. le ministre.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Monsieur le président, messieurs les rapporteurs, mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai l'honneur de vous soumettre un projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

Pourquoi vous présenter aujourd'hui un tel texte ? Tout simplement parce qu'il est temps que nous nous interroguions ensemble sur la réalité des droits des malades mentaux, dont les capacités décisionnelles sont très souvent altérées ; dans certains cas, elles sont réduites et parfois même abolies, au

moins temporairement. Les malades mentaux se trouvent fréquemment dans une situation de très grande fragilité et de dépendance vis-à-vis de nos institutions, notamment lorsque leur état nécessite une hospitalisation.

C'est la raison pour laquelle je suis résolu à promouvoir et à préserver les libertés individuelles de ces personnes, tout en garantissant aide et protection à celles qui ne sont pas en mesure de donner un consentement libre et éclairé à des soins pourtant nécessaires, compte tenu de leur état.

Toutefois, avant de vous détailler le contenu de ce projet, je tiens à vous dire que ce texte s'inscrit dans une perspective plus large, qui comporte deux dimensions : tout d'abord, la promotion des droits généraux des malades, des handicapés et de leurs familles, quelle que soit la nature de leur affection ou de leur handicap - je reviendrai tout à l'heure sur cette première composante - ensuite, la rénovation globale de notre politique de santé mentale, qui constitue pour moi une priorité. Sur ce dernier point, je tiens très clairement à vous dire que ma politique de santé mentale ne se réduit pas, loin s'en faut, à la promotion des droits des malades mentaux.

J'ai deux autres objectifs prioritaires. Le premier consiste à développer la recherche et l'évaluation en psychiatrie. Pour ce faire, j'ai confié au professeur Edouard Zarifian une mission d'étude afin de promouvoir, dans cette discipline, une politique de recherche qui soit digne de notre pays.

En effet, la recherche en santé mentale est, aujourd'hui, notoirement insuffisante en France, et ce dans trois domaines : l'épidémiologie, la recherche clinique et l'évaluation des protocoles de soins psychiatriques. Il me paraît donc essentiel de stimuler la recherche en psychiatrie dans toutes ces composantes, et pas seulement dans le domaine exclusif de la recherche fondamentale sur les neurosciences, qui ne constitue qu'un élément de cette recherche.

Le professeur Zarifian sera donc conduit à me faire des propositions d'action, mais je lui ai demandé de procéder également à un inventaire et à une analyse critique de l'état de la recherche tant en France qu'à l'échelon international. Son rapport me sera remis avant la fin de cette année.

Par ailleurs, la création de départements d'information médicale en psychiatrie sera encouragée, y compris financièrement, pour médicaliser le système d'information en psychiatrie et mieux évaluer la pertinence des pratiques en santé mentale. C'est pourquoi, le 11 avril dernier, j'ai fait parvenir à nos préfets et directeurs d'établissements des directives précises visant à expérimenter de tels départements d'information médicale dans les centres hospitaliers spécialisés, en dégageant des moyens supplémentaires, hors taux directeur.

Ma seconde et principale priorité consiste à rénover et à transformer profondément notre dispositif de soins psychiatriques. L'objectif, en effet, est de dépasser définitivement les pratiques asilaires et de développer, hors des enceintes hospitalières, des gammes multiformes de prestations et de services de proximité, intégrées dans la communauté sociale et mieux adaptées aux besoins des populations.

Je peux ainsi vous signaler la parution, au *Journal officiel* du 3 avril dernier, d'une très importante circulaire sur les grandes orientations de ma politique de santé mentale. Ce texte est publié exactement trente ans après la circulaire du 15 mars 1960, qui incitait à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

Ces directives viennent parachever, au plan qualitatif et technique, les importantes réformes législatives et réglementaires entreprises à partir de 1985. Je citerai la légalisation du secteur psychiatrique et l'instauration des conseils départementaux de santé mentale, prévues par la loi du 25 juillet 1985 ; l'unification des actions et des financements de l'intra- et de l'extra-hospitalier en psychiatrie publique,

instituée par la loi du 31 décembre 1985 ; la mise en place, par le décret et l'arrêté du 14 mars 1986, des bases réglementaires définissant et favorisant l'organisation des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique ; l'installation d'une nouvelle procédure déconcentrée et concertée de planification en santé mentale, qui devrait trouver sa consécration législative dans la future réforme de la loi hospitalière.

Je vous renvoie donc, mesdames, messieurs les sénateurs, à la lecture de cette circulaire, qui comprend de nombreuses indications et instructions. J'insisterai simplement sur deux points.

La transformation des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie constitue le point clé de la mutation de notre dispositif de lutte contre les maladies mentales avec, corrélativement, un développement de la couverture psychiatrique à l'hôpital général.

La fermeture de lits en psychiatrie et le déploiement des moyens sur des structures alternatives à l'hospitalisation ainsi que le renforcement des prestations ambulatoires à domicile et dans la communauté constituent la première des priorités de cette politique.

Les instructions détaillent les niveaux minimaux qui devront être atteints en cinq ans dans chaque secteur psychiatrique : en matière d'accueil et d'urgence, de prestations extra-hospitalières, de soins à temps complet, de réadaptation, de coordination avec les autres dispositifs de prévention et de soins, de participation à des actions spécifiques, qu'il s'agisse de la lutte contre le suicide ou de la lutte contre les mauvais traitements à enfants.

La circulaire insiste également sur le respect de la nouvelle démarche concertée de planification en santé mentale récemment mise en place et actuellement en cours de réalisation.

Dans le respect des priorités régionales définies préalablement, cette démarche doit conduire dans chaque département à l'instauration de schémas départementaux d'organisation des équipements et des services de lutte contre les maladies mentales.

Ces schémas seront confectionnés à partir des différents projets de transformation émanant des équipes de soins et des établissements concernés. Après validation des cartes sanitaires de la psychiatrie fondées sur ces schémas départementaux s'engagera la phase active de programmation. Les programmes d'établissement définitifs en découlant devront être mis en place à partir de la fin de l'année 1990.

Les années 1990 et 1991 seront donc, à ce titre, décisives pour la psychiatrie.

Ces deux années concrétiseront, enfin, la mutation profonde de notre système de santé mentale vers une psychiatrie ouverte, mieux intégrée dans la communauté sociale et dépassant les tendances à l'hospitalo-centrisme.

Le texte insiste, enfin, sur les modalités de redéploiement des moyens et de rééquilibrage nécessaires pour réaliser les objectifs que je viens de rappeler.

J'ai pu, en effet, constater que, dans le passé, certains redéploiements réalisés à partir de la psychiatrie n'avaient pas été de nature à favoriser la transformation de notre dispositif de santé mentale et la promotion de structures et de services extra-hospitaliers au détriment d'une hospitalisation encore largement surdimensionnée.

C'est pourquoi des directives précises ont été données aux préfets pour que les redéploiements en postes et en crédits profitent principalement au développement des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique, que ces alternatives soient de nature sanitaire ou de nature médico-sociale : foyers de vie médicalisés, centres d'aide par le travail ou ateliers protégés, notamment.

Cette circulaire vise principalement à accélérer le processus de transformation de notre système de santé mentale et à guider l'action et les choix des préfets de région et de département, des administrations hospitalières, des professionnels de psychiatrie et, plus largement, des principaux acteurs de la communauté sociale.

Nous pouvons donc considérer aujourd'hui que nous avons un dispositif législatif et réglementaire satisfaisant pour transformer profondément notre système de santé mentale.

Il restait à réaliser l'ultime réforme législative nécessaire pour satisfaire à la troisième priorité : la promotion des droits des malades mentaux.

C'est l'objet du projet de loi qui vous est soumis aujourd'hui. Il a été élaboré en étroite concertation avec la Chancellerie et le ministère de l'intérieur et tient notamment compte de trois séries de paramètres.

Tout d'abord, les importants progrès réalisés par la discipline psychiatrique depuis plus de 150 ans ont eu pour effet de rendre la loi du 30 juin 1838 pour une grande part désuète et inadaptée.

Les techniques diagnostiques et thérapeutiques se sont, en effet, considérablement améliorées et permettent, aujourd'hui, de traiter et de stabiliser bon nombre de pathologies qui, voilà encore quelques décennies, présentaient un réel danger pour la sécurité du malade ou de son entourage.

Il devient donc, aujourd'hui, possible d'élargir très sensiblement les droits des malades mentaux.

Ensuite, malgré les progrès que je viens d'évoquer, force est de constater que la décroissance globale des placements volontaires et d'office connaît un tassement depuis 1980.

En 1988, il y avait toujours près de 20 000 personnes présentes, un jour donné, en placement contraignant, soit 26 p. 100 des malades présents hospitalisés en psychiatrie.

Par ailleurs, 11 p. 100 des admissions dans l'année, ce qui correspond à 30 000 personnes, représentent encore des placements effectués sans le consentement des intéressés.

Dès lors que ces modes de placement sont encore inévitables, il convient d'apporter la meilleure aide et la meilleure protection aux personnes qui en font l'objet et de garantir le mieux possible l'exercice de leurs droits.

Cela est d'autant plus nécessaire que l'on remarque encore des disparités régionales importantes en matière de placements.

Les dernières statistiques disponibles montrent que, si 4,4 p. 100 des admissions dans telle région correspondent à des placements imposés, ces mêmes placements représentent plus de 28 p. 100 des entrées dans telle autre région.

Ces disparités importantes ne paraissent aucunement justifiées par des raisons épidémiologiques particulières. Le projet de loi vise également à résorber l'hétérogénéité des pratiques observées.

Enfin, il convient de mettre notre législation en cohérence, d'une part, avec les recommandations relatives à la « protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires », adoptées par le comité des ministres du Conseil de l'Europe, le 22 février 1983, d'autre part, avec le projet de résolution n° 1989-40 de la Commission des droits de l'homme de l'O.N.U., relatif aux « principes et garanties pour la protection des personnes détenues pour maladies mentales et souffrant de troubles mentaux ».

Ces recommandations et ces résolutions mettent chacune l'accent sur la nécessité de créer des mécanismes de révision périodique de la durée des placements, de renforcer les contrôles *a posteriori* de ces placements et de respecter la séparation des pouvoirs et des compétences entre les autorités ou les personnes qui décident d'un placement et celles qui les contrôlent.

Le projet de loi qui vous est soumis, en tenant le plus grand compte de ces diverses évolutions, se veut donc novateur au regard du développement des libertés publiques, tout en restant pragmatique, afin d'épouser la réalité des pratiques soignantes et de préserver l'accès rapide aux soins.

Je tiens à préciser que le Gouvernement est résolument hostile à la décision de tout placement par le juge pour trois raisons.

D'abord, ce n'est pas son rôle, qui est essentiellement de contrôler les procédures et de servir de recours et d'arbitre.

Ensuite, il convient de préserver un équilibre des pouvoirs et des contre-pouvoirs entre le préfet, le médecin et le magistrat.

Enfin, les juridictions auront de grandes difficultés à statuer en urgence et l'accès aux soins les plus diligents s'en trouvera retardé ou entravé.

Le texte qui vous est soumis aujourd'hui vise à satisfaire quatre principaux objectifs.

Le premier est de promouvoir les droits des malades hospitalisés librement dans tout établissement public ou privé accueillant des malades mentaux.

Le projet de loi instaure le principe de droit commun de l'hospitalisation libre en psychiatrie, nécessitant le consentement du malade. Une telle notion ne figure pas pour l'instant explicitement dans notre code de la santé publique.

Les nouvelles dispositions proposées mentionnent clairement que le malade librement hospitalisé dispose de l'ensemble des droits liés à l'exercice des libertés individuelles, la loi actuelle se contentant d'énumérer de façon limitative un certain nombre de droits.

J'ajoute que le futur projet de loi relatif, cette fois, aux droits généraux de tout malade hospitalisé, que je compte soumettre au Parlement l'année prochaine et que nous préparons actuellement, devra s'appliquer dans toutes ses dispositions aux malades librement hospitalisés en psychiatrie.

Le deuxième objectif du projet de loi vise à mieux garantir les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement dès lors qu'une telle prise en charge est inévitable.

Trois séries de dispositions nouvelles correspondent à cet objectif.

Tout d'abord, toute personne placée sans son consentement verra ses droits étendus : elle pourra échanger des correspondances, communiquer avec un médecin ou un avocat de son choix, mieux connaître enfin les diverses possibilités de recours qui lui sont offertes.

S'agissant maintenant du placement d'office, la nouvelle procédure offrira de nouvelles garanties permettant d'éviter tout internement injustifié.

Un avis médical sera dorénavant requis avant toute décision de placement par le préfet. Le Gouvernement vous proposera par un amendement de préciser que cet avis ne pourra émaner du médecin qui sera amené ultérieurement à soigner le malade.

En cas de danger imminent, les mesures provisoires d'urgence prises par les maires ne pourront dépasser quarante-huit heures, en l'absence d'une décision préfectorale confirmant le bien-fondé du placement.

Une procédure de renouvellement périodique de la décision du placement d'office sera également instaurée afin de limiter à sa stricte pertinence ce mode d'hospitalisation et de l'adapter à la situation de chaque personne placée.

Concernant, enfin, le « placement sur demande d'un tiers », nouvelle expression se substituant à celle de « placement volontaire », de nouvelles exigences permettront d'éviter d'éventuels abus.

Ce type de placement sera mieux défini, afin d'en limiter les indications.

La demande formulée par le tiers devra être motivée et être dorénavant assortie de deux certificats médicaux concordants, préalablement à l'admission.

Toutefois, en cas d'extrême urgence, le premier certificat, qui émanera le plus souvent d'un médecin généraliste de ville, sera très difficile à obtenir dans des délais très courts.

C'est pourquoi le Gouvernement vous proposera un amendement afin de ne pas faire obstacle à la délivrance des soins immédiats nécessités par la gravité de l'état de certains malades. Dans ce cas, le premier certificat pourra ne pas être exigé préalablement à l'admission.

Un autre amendement du Gouvernement vous sera également soumis afin d'instaurer, comme pour le placement d'office, un dispositif de révision périodique de la décision du placement sur demande en prévoyant une levée automatique du placement en l'absence d'un certificat médical confirmant la nécessité de poursuivre les soins sans le consentement du malade.

La périodicité de la révision sera, d'abord, fixée à quinze jours, puis à un mois, le cas échéant renouvelable.

Le troisième objectif du projet de loi vise à instaurer un meilleur contrôle des conditions d'hospitalisation en psychiatrie, au regard du respect des libertés individuelles.

Ce point constitue l'un des éléments essentiels du nouveau projet de loi, aussi permettez-moi de faire un bref rappel historique.

En 1844, six ans seulement après la promulgation de la loi de 1838, Eugène Sue écrivait à propos de celle-ci :

« Sans doute il est accordé aux magistrats toute latitude pour visiter les maisons d'aliénés ; cette visite leur est même recommandée. Mais nous savons de source certaine que les

nombreuses et incessantes occupations des magistrats rendent ces inspections tellement rares qu'elles sont pour ainsi dire illusoire.

« Il nous semblerait donc utile de créer des inspections au moins semi-mensuelles et composées d'un médecin et d'un magistrat, afin que les réclamations fussent soumises à un examen contradictoire. »

Et Eugène Sue de conclure : « N'appartient-il donc pas au pouvoir civil d'aller au-devant de ces réclamations par une surveillance périodique fortement organisée ? »

On ne peut qu'admirer aujourd'hui la grande lucidité du célèbre écrivain, grand défenseur des libertés publiques, qui proposait déjà le renforcement des contrôles *a posteriori* des procédures de placement.

La même idée fut reprise, en 1906, par Georges Clemenceau, alors ministre de l'intérieur, dans une circulaire adressée aux préfets, restée célèbre à juste titre, qui préconisait la création de missions indépendantes chargées de contrôler la pertinence des placements des malades mentaux.

Il ajoutait d'ailleurs, dans ce texte, une réflexion, que je fais mienne, à l'attention de certains psychiatres qui pourraient être parfois peu enclins à accepter de gaieté de cœur de tels contrôles :

« Aucun médecin ne se plaindra d'une telle enquête, elle ne peut être redoutée par ceux qui ont conscience de leurs devoirs ; elle les délivrera même des suspicions qui, en se généralisant à la suite de quelques incidents particuliers, deviennent gravement injustes et leur pèsent. »

Malheureusement, cette circulaire est restée lettre morte. Force est de constater aujourd'hui, comme on pouvait le faire hier, que les contrôles du procureur de la République, du préfet, du président du tribunal ou du maire, pourtant prescrits par la loi, soit ne sont pas effectués faute de temps, soit, lorsqu'ils sont pratiqués, le sont de façon trop souvent formelle et superficielle, sans l'efficacité souhaitable.

C'est pourquoi j'attache une telle importance à la création législative de commissions départementales indépendantes, chargées d'effectuer des contrôles périodiques des dossiers individuels des personnes hospitalisées.

Ces nouveaux organismes auront à examiner la situation des personnes placées et, obligatoirement, de celles dont le placement sur demande se prolongerait au-delà de trois mois. Ils pourront, en outre, se saisir ou être saisis par toute personne hospitalisée, pour apprécier la pertinence des hospitalisations, quelles qu'elles soient.

Ces commissions rendront compte de leurs activités et propositions aux autorités compétentes, qui prendront ensuite, le cas échéant, toute décision opportune.

Il ne s'agit en aucun cas de créer des organismes « en trompe l'œil » plus par souci d'affichage que d'efficacité ; ces commissions seront composées de quatre experts indépendants et spécifiquement rémunérés pour accomplir leur mission. Ces experts auront, eux, la disponibilité et l'expérience nécessaires pour rendre ces contrôles effectifs et rigoureux.

Un décret en Conseil d'Etat, actuellement préparé par mes services, détaillera précisément les modalités d'organisation et de financement de ces commissions, qui devront toutes être mises en place le 1<sup>er</sup> janvier 1991 au plus tard. Un crédit budgétaire sera dégagé spécifiquement à cet effet.

Le quatrième objectif poursuivi par ce projet de loi tend à favoriser la réadaptation, la guérison ou la réinsertion sociale des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Pour ce faire, le texte prévoit des aménagements des conditions de prise en charge des personnes relevant d'un placement d'office ou sur demande, sous forme de sorties d'essai.

Ces sorties d'essai, qui impliquent un suivi médical, pourront s'effectuer non seulement au lieu de résidence du patient, mais également dans certaines structures extra-hospitalières.

Le texte réalise ici une autre avancée importante en légalisant une pratique très inégalement utilisée, car elle reposait sur une circulaire sans fondement légal de 1957.

La consécration législative de la sortie d'essai permettra de généraliser le retour plus rapide des patients dans la communauté sociale. Pourront ainsi s'établir entre malades et équipes soignantes de véritables « contrats thérapeutiques » favorisant la levée du placement.

Telles sont donc, mesdames, messieurs les sénateurs, les principales dispositions du nouveau texte, qui permettra de transformer une loi restée immuable depuis plus de cent cin-

quante ans et d'adapter notre législation aux réalités sociales et thérapeutiques d'aujourd'hui ainsi qu'au contexte européen actuel.

Ce texte représente, à mon sens, bien plus qu'un simple aménagement de la loi de 1838. Le projet de loi qui vous est soumis consacre le total exercice des libertés individuelles pour les malades en hospitalisation libre et ouvre de nouveaux espaces de liberté pour ceux qui ne peuvent encore consentir à des soins qui leur sont nécessaires.

Ainsi, ce projet de loi inverse totalement la logique des législateurs de 1838 : il fait de l'hospitalisation libre la règle, et de l'hospitalisation imposée, l'exception.

Par ailleurs, l'application de la loi actuelle peut donner lieu à certains abus qu'il convient à tout prix d'éviter.

Je ne suis pas de ceux qui pensent que notre pays connaît un grand nombre d'internements arbitraires ; mais il n'est pas tolérable qu'il puisse encore en exister. C'est pourquoi j'attache une telle importance à ce que des procédures strictes soient définies en amont, préalablement à toute admission, et qu'en aval, une fois l'admission prononcée, les personnes hospitalisées sans leur consentement puissent bénéficier de contrôles périodiques et efficaces, ce que permettent notamment les dispositifs de révision périodique et les commissions médico-judiciaires.

Je formule également le vœu que le débat parlementaire sur ce texte soit aussi l'occasion pour nos concitoyens de réfléchir au sort de nos malades mentaux et aux attitudes ambiguës et paradoxales que suscite encore la folie dans notre corps social.

Un psychiatre disait à très juste titre : « Au regard de la société, tous les internements sont abusifs et toutes les sorties sont prématurées. »

Et il est vrai qu'on ne peut reprocher simultanément à la psychiatrie d'interner les gens contre leur gré et de laisser les malades mentaux en liberté.

Il est indéniable que la folie fait peur à nos concitoyens et suscite des comportements de rejet, encourageant, au moins implicitement, la mise à l'écart des malades dans des espaces séparés et clos. Dans le même temps, cette peur tend à générer le fantasme que de nombreux individus, sains d'esprit, seraient brutalement introduits, sans motifs fondés, dans les lieux réservés à la folie.

C'est pour lutter contre ces représentations sociales irrationnelles et archaïques que ma politique de santé mentale vise, d'une part, à mieux intégrer la psychiatrie et les malades mentaux dans la communauté sociale, en poursuivant résolument la transformation de notre système de soins, comme je l'ai évoqué précédemment, et, d'autre part, à instaurer une totale transparence dans les procédures de placement.

Ma lutte contre les exclusions de toute sorte a été clairement affirmée dans la communication que j'ai faite en conseil des ministres le 12 avril 1989 concernant les grandes orientations du Gouvernement en matière de santé. J'ai consacré un chapitre important à l'affirmation des droits des malades - c'était d'ailleurs le premier chapitre.

Hier encore, en première lecture à l'Assemblée nationale, j'ai présenté un projet de loi visant à lutter contre les discriminations envers les malades et les handicapés. Il s'agit de faire cesser les situations particulièrement injustes et choquantes que rencontrent encore trop souvent dans leur vie quotidienne des handicapés ou des malades atteints de cancer, de sida ou de maladie mentale, lorsqu'il s'agit, pour eux, de se loger, de travailler, de se déplacer ou même, tout simplement, de partir en vacances.

La société doit jouer, elle aussi, un rôle d'accueil, voire un rôle thérapeutique, au bénéfice de ces personnes, pour prévenir leur exclusion ou faciliter leur réinsertion.

S'il est vrai que les changements de comportement à l'égard du handicap, de la maladie et de la folie ne se décrètent pas, j'ai la volonté politique - et l'ensemble du Gouvernement avec moi - de favoriser le plus possible l'intégration de tous ces exclus dans une société plus solidaire.

C'est en vertu de cette même démarche que j'ai enclenché une réflexion approfondie sur les droits généraux des malades. Divers groupes de travail ont été constitués pour aboutir à diverses propositions sur le contrat individuel médecin-malade, sur les problèmes de déontologie médicale

et de recours disciplinaires, sur l'humanisation des hôpitaux et l'évolution du statut du malade hospitalisé et sur les règles de responsabilité en cas de dommage subi par un patient.

Toutes ces réflexions et propositions feront l'objet d'une large concertation.

Ce très important chantier me tient particulièrement à cœur et j'espère voir un premier aboutissement de ces travaux, sous la forme d'un texte de loi, dès 1991.

Je souhaite en tout cas, mesdames, messieurs les sénateurs, vous avoir convaincus de l'importance du texte qui vous est soumis aujourd'hui et qui s'inscrit dans une politique cohérente de promotion de la santé mentale de nos concitoyens et, plus largement, de lutte contre toutes les exclusions.

Comme hier à l'Assemblée nationale, à l'issue de l'examen d'un projet de loi garantissant les libertés pour les malades et les handicapés, j'ose espérer - pourquoi pas ? le débat en commission et m'autorise l'optimisme et je remercie une nouvelle fois les rapporteurs - que le Sénat sera unanime sur ce texte visant à défendre des libertés fondamentales. (*Applaudissements sur les travées socialistes, ainsi que sur certaines travées du R.D.E. - M. Philippe de Bourgoing applaudit également.*)

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur de la commission des affaires sociales.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, il n'est pas habituel, il est vrai, que le Parlement étudie une loi dont l'essentiel remonte à plus de 150 ans. Mais ce fait ne saurait à lui seul justifier l'importance du débat qui s'ouvre aujourd'hui devant notre Haute Assemblée.

En dépit des évolutions et des progrès considérables qui ont été réalisés au cours des dernières décennies, la psychiatrie conserve, dans l'esprit de beaucoup, une place particulière parmi les disciplines médicales, sans doute parce qu'elle touche à l'intégrité mentale de la personne et qu'elle peut être mise en œuvre sans le consentement du malade.

Il faut bien reconnaître que, chez un grand nombre de nos concitoyens, elle suscite un sentiment de prudence, sinon de crainte, sentiment renforcé par les détournements dont cette science a malheureusement fait l'objet dans certains pays ou sous certains régimes.

Bien entendu, il ne faut pas voir dans ce sentiment assez largement répandu un reflet de la réalité. Il faut cependant en tenir compte dès lors que l'on aborde la question des droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, objet de ce projet de loi.

Ce texte tend à renforcer et à aménager la célèbre loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

Une question vient immédiatement à l'esprit : comment se fait-il qu'un domaine aussi important de notre système de santé demeure régi par une loi votée sous Louis-Philippe ?

J'apporterai deux réponses.

La première consiste à rappeler que, depuis 150 ans, si de nombreux gouvernements ont réfléchi sur le statut et les conditions d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux, pas un seul des divers projets de réforme n'est allé jusqu'à son terme, tant il est apparu que la loi de 1838 établissait un équilibre très difficile à remettre en cause.

La seconde réponse revient à adresser un compliment à la loi de 1838 : elle n'a nullement empêché l'évolution rapide de la psychiatrie et des modes de traitement des malades.

Il s'agit là d'une force et d'une faiblesse. Cela a été, bien sûr, une force, car tout a été possible grâce à cette loi. C'est devenu une faiblesse en raison de l'évolution des techniques, et cette loi, maintenant dépassée, doit être revue.

Aujourd'hui, la loi de 1838 ne peut plus être considérée comme une référence parfaite pour la psychiatrie française, la découverte de médicaments modernes - neuroleptiques, anxiolytiques et antidépresseurs - ayant engendré une véritable révolution thérapeutique. Il ne s'agit plus aujourd'hui - vous l'avez souligné, monsieur le ministre - d'enfermer le malade mais de le soigner.

Par ailleurs, la sectorisation mise en place en 1960 et légalisée en 1985 a permis le développement de nouvelles structures de soins extérieures à l'hôpital psychiatrique.

Enfin - comme vous l'avez souligné, monsieur le ministre - l'hospitalisation libre a pris le pas sur l'hospitalisation sous contrainte, ce qui signifie tout simplement que la majorité des patients s'adressent maintenant à la psychiatrie comme à un autre service médical ou hospitalier.

**M. Henri Belcour.** Très bien !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Quel changement de mentalité !

Mes chers collègues, vous trouverez dans mon rapport écrit de nombreuses indications chiffrées faisant apparaître un moindre recours à l'hospitalisation et, surtout, à l'internement.

Permettez-moi simplement de rappeler que, depuis 1970, le nombre des malades hospitalisés en établissement psychiatrique a diminué de près de 40 p. 100, pour arriver à environ 75 000.

Sur ces 75 000 malades hospitalisés en psychiatrie, 2 500 - seulement ! dirai-je - sont en placement d'office et 17 000 - seulement également ! - sont en « placement volontaire », pour employer la terminologie en vigueur. Mais le placement « volontaire » étant, en réalité, tout sauf cela, nous modifierons cette appellation.

En conséquence, selon les derniers chiffres connus - ils datent de 1987 - 75 p. 100 des malades sont en hospitalisation libre.

En 1970, ils n'étaient que 25 p. 100 dans ce cas. C'est dire que l'hospitalisation libre s'est développée jusqu'à pratiquement devenir le mode normal d'admission.

Enfin, il faut savoir que, en 1987, 750 000 personnes ont eu recours à un service de la psychiatrie publique, que ce soit à l'hôpital ou dans une structure extra-hospitalière, et que moins de 5 p. 100 d'entre elles ont fait l'objet d'une mesure de placement.

Ces quelques éléments démontrent que l'on aurait tort de résumer la psychiatrie française à la seule loi de 1838 et aux placements sous contrainte.

Toutefois, ce déclin de l'internement psychiatrique ne signifie pas sa disparition. Selon l'expression des spécialistes, la courbe des placements d'office et des placements « volontaires » a décrit une asymptote : après avoir été fortement orientée à la baisse au moment de l'évolution la plus rapide des mentalités et des techniques de traitement, elle tend maintenant à se stabiliser au niveau d'une limite incompressible, dans l'état actuel de nos connaissances. Cette limite, c'est la nécessité de pouvoir placer dans un établissement spécialisé, sans son consentement, une personne dont les troubles mentaux mettent en danger sa propre sécurité ou la sécurité d'autrui.

Sur ce point, il faut noter que chaque pays de la C.E.E., y compris ceux qui, au cours des dix dernières années, ont entrepris des réformes, dispose d'une législation sur l'internement des malades atteints de troubles mentaux.

Face à cette réalité, il était difficile d'envisager la suppression pure et simple de la loi de 1838, qui, aujourd'hui encore, est largement reconnue comme une bonne loi.

Dans ces conditions, quels sont les objectifs du projet de loi présenté par le Gouvernement ?

Ces objectifs restent relativement limités, trop limités diront certains.

Ce projet de loi ne vise pas à toucher à l'organisation de la psychiatrie française : après la loi hospitalière, plusieurs textes sont intervenus en 1985 et en 1986 pour prendre en compte le développement de la sectorisation, qui constitue l'une des très bonnes acquisitions de la psychiatrie française au cours des dernières années.

Il ne tend pas non plus à répondre aux problèmes structurels des hôpitaux psychiatriques que tout le monde connaît : surcapacités ou accueil de personnes qui n'ont pas trouvé place dans d'autres structures - je veux parler, à cet égard, des internements qui, pour être volontaires, n'en sont pas moins abusifs, comme ceux qui concernent, par exemple, les personnes âgées.

Enfin, le texte n'aborde pas la difficile question de l'éthique médicale en psychiatrie, question qu'il faudrait d'ailleurs relier à celle, beaucoup plus générale, du traitement de toute personne à capacité décisionnelle réduite - c'est notamment le problème de l'acharnement thérapeutique.

Ce projet de loi s'attache simplement à réformer et à aménager la loi de 1838, codifiée depuis 1953 dans le code de la santé publique.

Au cours des nombreuses auditions auxquelles M. Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis de la commission des lois, et moi-même avons procédé, nous avons entendu de très fréquents éloges de la loi de 1838, souvent présentée comme un remarquable modèle d'équilibre entre les autorités administratives, judiciaires et médicales, c'est-à-dire entre la nécessaire protection de l'ordre public, la non moins nécessaire protection des libertés individuelles et les impérieuses nécessités thérapeutiques.

Néanmoins, nombre de nos interlocuteurs ont reconnu que la terminologie de ce texte était dépassée et que, sur certains points, cette loi méritait d'être améliorée dans le sens d'un renforcement des garanties apportées au malade.

On peut se référer, à ce sujet, à l'opinion de Clemenceau - monsieur le ministre, nous avons les mêmes sources, lesquelles doivent donc être excellentes... - qui, évoquant les internements abusifs déclarait :

« Sans aucun doute, les appréhensions de l'opinion publique sont le plus souvent mal fondées, et, si de telles séquestrations se sont produites, leur nombre ne peut être que très minime : mais n'y eût-il, dans tous les établissements privés ou publics de France, qu'une personne saine, et, par abus ou par erreur, soumise à ce régime, que le devoir s'imposerait à nous, impérieusement, de faire cesser, d'urgence, un tel scandale. »

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.** Absolument !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Le projet de loi qui nous est soumis s'inscrit dans les grandes lignes de la loi de 1838. En ce sens, et contrairement à la présentation qui peut en être faite, il nous semble préférable de parler d'aménagement ou de rénovation plutôt que de refonte totale, car c'est un prolongement de la loi.

Il faut d'ailleurs rappeler que ce projet de loi s'inspire en grande partie d'un rapport que Mme Michèle Barzach, alors ministre de la santé, avait demandé au docteur Zambrowski.

Ce projet de loi reprend également - je tiens à le souligner - l'approche pragmatique préconisée par ce rapport et écarte une série d'options, dont la première aurait consisté à « déspecifier » la loi, c'est-à-dire à traiter dans un même texte de l'hospitalisation de toute personne dont la capacité décisionnelle est réduite ou nulle sans forcément être atteinte de troubles mentaux.

Cette option nous a été présentée par certains de nos interlocuteurs. Or, l'ensemble des législations européennes comportent des dispositions spécifiques aux malades mentaux. En effet, la situation de ces personnes appelle une protection juridique et des garanties particulières au regard des libertés individuelles. A notre avis, la maladie mentale ne doit pas être assimilée aux autres maladies, car elle occupe, dans l'esprit du public, une place à part.

Le projet de loi écarte également l'option de la « judiciarisation » des procédures.

**M. Charles Descours.** Très bien !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** C'est un point sur lequel la commission des affaires sociales rejoint le Gouvernement, car elle souhaite une loi protectrice, mais surtout une loi applicable,...

**M. Jean Chérioux.** Très bien !

**M. Charles Descours.** Heureusement que nous sommes là ! (Sourires.)

**M. Jean Dumont, rapporteur.** ... constituant un réel progrès pour le système français de santé publique.

En effet, la commission des affaires sociales a estimé qu'une loi réaliste, relativement facile à appliquer, était préférable à une loi apparemment idéale, mais inapplicable, c'est-à-dire à une mauvaise loi.



J'évoquerai très brièvement, puisque M. le ministre les a déjà exposées, les principales innovations contenues dans le projet de loi.

Tout d'abord, le texte qui nous est soumis reconnaît la notion d'hospitalisation libre, c'est-à-dire la possibilité pour toute personne d'être hospitalisée, avec son consentement, dans un établissement psychiatrique comme dans tout autre hôpital, avec les mêmes droits que les malades hospitalisés pour d'autres causes.

Il définit ensuite les droits du malade qui est hospitalisé sans son consentement et qui fait donc l'objet d'une mesure de placement. Le projet de loi reprend sur ce point les recommandations adoptées en 1983 par le comité des ministres du Conseil de l'Europe et ratifiées par la France.

Afin de compléter les contrôles déjà prévus par la loi, mais bien souvent peu efficaces, il est proposé d'instituer dans chaque département une commission de quatre personnes issues notamment du monde médical et judiciaire, commission qui aura pour mission de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes dans les établissements psychiatriques. Ce point figurait déjà dans la circulaire Clemenceau, dans laquelle il était souligné avec beaucoup d'insistance, et dans un projet de loi antérieur à la loi de 1838.

Le point central du projet de loi concerne les procédures de placement. Les deux types de placements prévus par la loi de 1838 sont maintenus, le placement « volontaire » étant désormais intitulé « placement sur demande d'un tiers », expression plus conforme à la réalité.

S'agissant du placement sur demande, effectué sur l'initiative de la famille du malade ou d'un proche, je mentionnerai surtout l'exigence de deux certificats médicaux préalables, dont l'un émane d'un médecin extérieur à l'établissement. A l'heure actuelle - vous le savez, mes chers collègues - un seul certificat est exigé, et l'on peut même s'en dispenser en cas d'urgence.

En ce qui concerne le placement d'office, l'innovation essentielle consiste à mettre en place un système de mainlevée automatique - c'est une inversion par rapport à l'esprit qui régissait le système jusqu'à présent - dès lors qu'à l'issue de certains délais le préfet n'a pas expressément confirmé le placement.

Enfin, pour les deux types de placement, les sorties d'essai, déjà mises en pratique, sont légalisées, que ce soit au domicile du patient ou dans des équipements extra-hospitaliers.

Je voudrais maintenant vous faire part des observations et des propositions de la commission des affaires sociales, laquelle a consacré à ce texte plusieurs débats particulièrement riches et approfondis.

Tout d'abord, la commission des affaires sociales s'est ralliée à l'approche pragmatique du Gouvernement, qui nous propose d'adapter la loi plutôt que de la bouleverser. Elle a reconnu les avancées constituées par la reconnaissance des droits du malade et par l'amélioration des procédures et des contrôles.

Toutefois, elle souhaite infléchir le projet de loi sur plusieurs points, et je suis certain que, sur beaucoup d'entre eux, sa philosophie rejoindra la vôtre, monsieur le ministre.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Je l'espère !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission des affaires sociales souhaite tout d'abord améliorer la garantie des droits du malade ; en l'occurrence, il s'agit de son droit à l'information, qui devient une obligation, sur sa situation juridique et sur l'étendue de ses libertés, de son droit au respect de la vie privée, en entourant de garanties de confidentialité la transmission au préfet et, éventuellement, au maire des informations relatives au placement sur demande, et, enfin, de son droit d'être entendu par le juge, en réintroduisant dans la procédure de référé le principe du débat contradictoire qui avait été supprimé.

Dans la même optique, la commission propose de modifier la rédaction de l'article L. 332 du code de la santé publique, qui comporte, lui semble-t-il, un risque de transfert injustifié ou, du moins, précipité vers des établissements psychiatriques.

La commission des affaires sociales entend également renforcer le rôle de la commission départementale, qui lui semble être l'une des avancées les plus significatives du projet de loi.

Cette commission départementale constitue, nous semble-t-il, une innovation intéressante. Les amendements déposés par la commission des affaires sociales tendront à étendre les compétences de cet organisme à l'ensemble des personnes hospitalisées, y compris en hospitalisation libre, à lui donner la possibilité, dans certains cas, de requérir la levée d'un placement sur demande, à la tenir informée de toute levée de placement et à préciser l'obligation d'information des personnels, lorsqu'elle les sollicite.

La commission des affaires sociales, notamment son rapporteur, souhaite également, tout en sachant bien qu'une telle disposition ne peut figurer dans la loi, que la commission départementale dispose de moyens suffisants. Nous avons d'ailleurs l'assurance qu'elle les aura.

Il faudra également lui assurer une réelle publicité, au sein des établissements comme au-dehors, et faciliter son accès aux malades. Pourquoi, par exemple, ne pas la doter d'un service d'accueil téléphonique, une sorte de « numéro vert », permettant de la joindre facilement ?

En ce qui concerne les procédures de placement, la commission des affaires sociales souhaite maintenir l'obligation d'un double certificat préalable à l'admission, étant entendu que le second peut émaner d'un médecin de l'établissement.

En revanche, elle vous proposera de supprimer l'obligation faite à la famille ou au proche de motiver la demande, qui est, selon nous, une formalité douloureuse, traumatisante et d'autant plus inutile qu'une telle demande s'accompagne déjà de deux certificats médicaux. Ils sont une attestation suffisante pour motiver la demande. De plus, une telle obligation peut être une source de conflits supplémentaires au sein de la famille.

Le point majeur évoqué par la commission est relatif à l'absence de procédure d'urgence, qui constitue incontestablement une lacune du projet de loi. Toutes les législations européennes prennent en compte ce type de situations. Il nous a donc paru indispensable de compléter le projet sur ce point.

S'agissant du placement d'office, nous souhaitons mieux séparer la mesure de protection de l'ordre public du traitement du malade, en précisant que l'avis médical préalable émane d'un médecin extérieur à l'établissement. Cette demande tendant à séparer le judiciaire, le pénal, l'ordre public et l'autorité du thérapeutique est une constante dans le monde médical afin de garder auprès des malades un coefficient de confiance nécessaire à la réussite des soins.

Enfin, la commission vous proposera de rééquilibrer les dispositions pénales du projet de loi, qui - vous avez tous pu le constater - visent exclusivement les chefs d'établissement et omettent la responsabilité du médecin, pourtant prévue par la loi actuelle.

En d'autres termes, un directeur d'établissement qui n'adresse pas les pièces nécessaires en temps voulu est passible de sanctions, alors que le médecin qui ne les a pas établies en temps voulu ne l'est pas. C'est là une lacune à laquelle il nous faut remédier, en rétablissant, peut-être, le texte initial.

En conclusion, la commission des affaires sociales a pleinement conscience que ce texte suscitera deux types de critiques au demeurant contradictoires.

Ceux qui s'attachent à la défense des droits de l'homme jugeront que le texte est trop timide et qu'aucune précaution supplémentaire ne sera superflue pour écarter tout risque d'atteinte aux libertés individuelles.

En revanche, ceux que préoccupent l'efficacité thérapeutique et la maîtrise des situations d'urgence estimeront que les mêmes dispositions protectrices ralentiront l'accès aux soins.

L'équilibre entre ces deux options est certes difficile à trouver, mais il nous semble que, sur la base de ce projet de loi, assorti des amendements que nous vous proposerons, il est possible de s'en approcher. C'est en tout cas dans cet esprit que nous abordons le débat d'aujourd'hui. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, permettez-moi tout d'abord de rendre hommage à notre collègue M. Dumont, rapporteur de la commission des affaires sociales, et de le remercier d'avoir bien voulu associer le rapporteur pour avis de la commission des lois aux auditions auxquelles il a procédé.

Je remercie aussi M. le président de la commission des affaires sociales d'avoir bien voulu demander au rapporteur pour avis de la commission des lois de venir, ce matin même, devant la commission des affaires sociales pour expliquer le système proposé par la commission des lois.

Je rends enfin hommage au législateur de 1838, qui a fait un travail d'autant plus considérable qu'il a fallu dix-huit mois au parlement de l'époque pour élaborer une loi.

En effet, un projet a d'abord été présenté le 6 janvier 1837 par le ministre de l'intérieur - aujourd'hui, il s'agit du ministre de la santé ! C'est le rapporteur M. Vivien, qui l'a ensuite exposé à la Chambre des députés, qui en a elle-même débattu les 3, 4, 5, 6 et 7 avril 1837, c'est-à-dire pendant cinq jours ! La Chambre des pairs, qui en a alors été saisie, en a débattu d'abord trois jours, à plusieurs mois d'intervalle entre chacune des séances, puis les 7, 8, 9, 10, 12 - le 11 était un dimanche ! - 13 et 14 février 1838, soit sept jours !

C'est pour nous une leçon ! Si nous voulons que nos œuvres durent un siècle et demi au moins, nous devons prendre notre temps pour en débattre. (*Sourires.*) C'est, bien entendu, l'avis du Gouvernement, qui, dans sa grande sagesse, n'a pas demandé l'urgence. Cela nous permettra, j'en suis certain, de faire, à notre tour, une grande loi.

Il faut encore rendre hommage au Gouvernement, qui a compris que certains aspects de la loi de 1838 étaient quelque peu « archaïques » - pour reprendre votre terme, monsieur le ministre - et qu'il fallait donc leur apporter quelques modifications.

Le principe retenu est donc non pas de refaire la loi, mais de reprendre celle de 1838, dont déjà vingt articles figurent intégralement dans l'actuel code de la santé publique. Dans le texte qui nous est aujourd'hui proposé, il faut bien le reconnaître, vingt articles encore s'inspirent très largement, voire sont même rigoureusement identiques au texte de la loi de 1838.

La maladie mentale, pourtant, n'est, fort heureusement, plus ce qu'elle était, M. le ministre et M. le rapporteur de la commission des affaires sociales l'ont parfaitement dit. Les neuroleptiques, les anxiolytiques et les antidépresseurs ont permis de réduire le nombre de placements. La sectorisation permet aussi de plus en plus, même si ce n'est pas encore suffisant, de réduire le nombre de personnes hospitalisées et le temps de leur hospitalisation. Il faudrait en effet plus de crédits - crédits qui émanent maintenant, n'est-il pas vrai ? non plus des départements, mais de la sécurité sociale - plus de dispensaires d'hygiène mentale, plus d'hôpitaux de jour, plus d'hôpitaux de nuit, plus de foyers de post-cure et plus d'appartements thérapeutiques.

Certes, il reste des cas où l'isolement est encore nécessaire. Ils font précisément l'objet de ce projet : ce sont les placements.

En 1838, ceux-ci ont fait l'objet d'un projet de loi d'environ quatorze articles. M. de Montalivet, ministre de l'intérieur de l'époque, proposait même d'instaurer une commission auprès du préfet, commission qu'Eugène Sue réclamait six ans après et qui avait déjà été prévue par le gouvernement dans la loi issue des travaux du Parlement, laquelle loi se composait alors de quarante articles !

Certes, il s'agit de situations « à la marge » : les internements abusifs. La presse en parle infiniment plus que les médecins. En effet, les psychiatres n'en ont - disent-ils - jamais rencontrés ! Il est vrai que la majorité d'entre eux font très scrupuleusement leur métier. Certes, de très rares incidents peuvent se produire, et ce sont précisément eux que nous avons pour mission d'éviter.

Vous aviez raison tout à l'heure, monsieur Dumont, d'insister sur les propos de Clémenceau, ministre de l'intérieur en 1906 : « N'y aurait-il qu'un cas, ce cas-là doit nous mobiliser. » C'est précisément la différence entre ce que propose la commission des lois - je vais essayer de le démontrer dans un instant - et la commission des affaires sociales.

Il n'y a pas que les « hypothétiques » et très rares - fort heureusement - internements abusifs ; il y a aussi les externements abusifs. La commission des lois a tout spécialement examiné ce problème des personnes déclarées irresponsables après avoir commis un crime ou un délit.

Dans le projet de code pénal actuellement en navette entre le Sénat et l'Assemblée nationale - puisque c'est le Sénat qui a été saisi le premier - notre assemblée a prévu que les personnes dont les facultés sont altérées doivent être placées dans des établissements pénitentiaires particuliers, médicaux en somme. Toutefois, ces établissements n'existant pas encore, l'Assemblée nationale a supprimé une telle disposition, suppression acceptée en deuxième lecture par le Sénat. L'Assemblée nationale proposait, pour remettre en liberté un individu qui a commis un crime ou un délit et qui a été reconnu irresponsable, de s'en remettre à une commission composée, d'une part, du représentant de l'autorité administrative compétente - c'est le texte - d'autre part, d'un magistrat et, enfin, d'un médecin. Cela signifie que le médecin sera en minorité. Or, selon la commission des lois du Sénat, seul un médecin est compétent pour savoir si quelqu'un est guéri ou non.

La commission des lois, examinant le code pénal, a demandé au rapporteur pour avis d'étudier attentivement ce problème et de le traiter dans cette loi relative aux malades atteints de troubles mentaux. Elle propose ainsi que deux médecins soient choisis, particulièrement en raison de leurs compétences, pour examiner les malades qui ont été reconnus irresponsables, afin de savoir s'ils sont guéris ou non. Je fais allusion à ce problème, car il me paraît être extrêmement important. Nous avons d'ailleurs déposé des amendements sur ce point.

Il reste la question de savoir qui doit être compétent. Tout le monde nous a dit - en tout cas ceux que nous avons entendus jusqu'à présent, c'est-à-dire M. le ministre et M. le rapporteur de la commission des affaires sociales - que le législateur de 1838 avait réussi à établir entre les différents pouvoirs - le pouvoir administratif, le pouvoir judiciaire et le pouvoir médical - un équilibre tel que l'on ne pourrait pas mieux faire et qu'il fallait donc le conserver.

**M. Henri Belcour.** C'est vrai !

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Depuis lors, il s'est passé en vérité beaucoup de choses.

D'abord, est intervenue la convention européenne des droits de l'homme. Celle-ci est parfaitement respectée par notre législation ; elle le sera complètement, en tout état de cause, lorsque nous serons parvenus à un accord sur la loi qui nous est actuellement soumise.

Cette convention prévoit que « toute personne a droit à la liberté et à la sûreté, que nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales, et particulièrement s'il s'agit de la détention d'un aliéné ».

Elle prévoit encore que « toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant le tribunal afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention ».

La Cour européenne des droits de l'homme a eu l'occasion de préciser que ce texte s'applique également non seulement aux détenus de droit commun, mais aussi aux aliénés qui se trouvent être eux aussi détenus.

C'est à la suite de cela que les ministres du Conseil de l'Europe ont, comme vous l'avez rappelé, monsieur le ministre, pris, en comité, une recommandation, dans laquelle le placement que nous appelons « volontaire » est appelé « involontaire », et qui précise qu'« un patient ne peut faire l'objet d'un placement dans un établissement que si, en raison de ses troubles mentaux, il représente un grave danger pour sa personne ou celle d'autrui ». C'est la définition que nous proposerons au Sénat de retenir, plutôt que celle qui fait référence à la notion fort vague et fort archaïque de « trouble à l'ordre public ».

La même recommandation poursuit : « La décision de placement doit être prise par un organe judiciaire ou tout autre autorité appropriée désignée par la loi ».

Nous ne constestons pas qu'une autre autorité que l'autorité judiciaire puisse prendre une telle décision. Mais il est vrai que les ministres du Conseil de l'Europe ont cité en premier l'organe judiciaire.

Je continue ma lecture : « En cas d'urgence, un patient peut être admis et retenu sur le champ dans un établissement sur décision d'un médecin qui doit alors informer immédiatement l'autorité judiciaire ou l'autre autorité compétente. La décision de l'autorité judiciaire ou autre, visée dans le présent paragraphe, doit être prise sur avis médical et selon une procédure simple et rapide... »

« Les restrictions imposées à la liberté individuelle du patient doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et l'efficacité du traitement, cependant, les droits du patient :

« a. de communiquer avec toute autorité appropriée, la personne visée à l'article 4 - c'est-à-dire une personne de confiance - et un avocat, et

« b. d'envoyer toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte, « ne peuvent être soumis à des restrictions. »

J'ai procédé à ce rappel car, visiblement, le Gouvernement a voulu, à juste titre, mettre notre législation en conformité avec ces recommandations. Voilà pourquoi on nous propose aujourd'hui de reconnaître des droits aux malades mentaux, ce qui n'était pas le cas antérieurement lorsqu'ils étaient internés.

Bien entendu, nous sommes d'accord pour que la justice puisse être saisie ; mais le problème se pose de savoir si elle doit l'être avant ou après. Nous avons constaté que les pays européens sont de plus en plus nombreux à avoir recours à ce que l'on appelle la judiciarisation ; c'est le cas en particulier de notre voisin de l'Est, la République fédérale d'Allemagne, en tout cas de la plupart de ses Länder, de l'Espagne, des Pays-Bas, et, demain, le Luxembourg et la Belgique suivront. Nous nous sommes rendus en mission en Belgique, mandatés par la commission des lois, pour étudier un tout autre sujet ; mais, à cette occasion, nous avons appris que le Sénat belge venait de voter une loi, dont nous nous sommes très largement inspirés pour présenter à la commission les propositions qu'elle a bien voulu accepter.

Il s'agit de saisir un juge d'une demande de placement. Nous avons proposé que ce soit le juge des tutelles. Il est en effet important, si l'on veut que le malade puisse écrire à n'importe qui, par exemple à son banquier ou à son patron, qu'aient été prises en même temps que la décision de l'interner des mesures relatives à la protection de ses biens. Il faut, par exemple, qu'il ait été mis sous sauvegarde de justice et qu'ait été ouverte une procédure de curatelle, voire de tutelle. Or cela n'est pas de la compétence du préfet. Seul le juge des tutelles, déjà chargé, depuis la loi de 1968, des incapables majeurs, peut être amené à le décider.

Comme vos collègues de la commission des lois, mes chers collègues - passez-moi l'expression - ne sont pas fous, ils ont admis qu'il peut y avoir des urgences. Ils ont estimé qu'en cas d'urgence il y a quelqu'un qui est chargé de l'ordre public, concurrence avec le préfet, qui est par définition l'homme du Gouvernement, c'est le procureur de la République. En cas d'urgence, le procureur de la République pourrait donc faire admettre l'intéressé dans l'établissement, étant entendu que ce même procureur de la République devrait, dans les vingt-quatre heures, saisir le juge des tutelles, qui, à son tour, pourrait revenir à la procédure que j'ai décrite antérieurement, c'est-à-dire, comme la loi belge le prévoit, visiter l'intéressé, éventuellement l'entendre contradictoirement si son état le permet, sinon entendre l'avocat qui lui serait désigné d'office, le médecin de son choix ou celui que le juge lui-même désignerait, de manière à pouvoir, en toute connaissance de cause, prendre la décision qui s'impose.

Ces débats ne sont pas nouveaux. Déjà, en 1837, M. de Montalivet disait, pour justifier le fait que ce soit l'autorité administrative qui prenne la première décision : « Messieurs, le temps n'est plus où l'autorité administrative était tenue en état permanent de suspicion, où l'on ne voyait dans ses actes que le danger de l'arbitraire. Aujourd'hui, sa responsabilité est réelle, sa marche légale, son intervention protectrice. On reconnaît que, comme tous les pouvoirs légitimes, elle est elle-même une garantie. »

Deux parlementaires au moins n'étaient pas d'accord avec cette déclaration. Le premier, c'était M. Odilon Barrot, qui devait être premier ministre en 1849, avant d'être arrêté le 2 décembre 1851.

M. Odilon Barrot envisageait un système intermédiaire entre celui qui était présenté par le ministre de l'intérieur de l'époque et celui de M. Isambert, dont je parlerai tout à l'heure, qui, lui, proposait le système que votre commission des lois vous soumet.

M. Odilon Barrot disait ceci : « Il me semble que la base sur laquelle repose l'amendement de M. Isambert est bonne et juste. S'il y a un principe fondamental dans notre droit public et dans notre droit civil, c'est que l'on ne peut toucher à la personne et à la propriété des citoyens que par des actes de justice. Vous vous rappelez tous quel scandale a causé, je ne dis pas seulement dans les Chambres, mais dans tout le monde intelligent, la première apparition de cette expression : " détention administrative ". Nous sommes un pays de justice et de droit. Et c'est une chose très heureuse ; il est très heureux que le sentiment du droit soit profond dans ce pays et que, quelque effort qu'on ait fait pour l'altérer, il ait toujours une grande énergie.

« Eh bien ! le droit dans ce pays est qu'on ne peut toucher ni à la personne ni à la propriété qu'en vertu d'actes judiciaires, d'actes de juridictions régulières. »

M. Odilon Barrot admettait que le préfet puisse intervenir au départ, mais il demandait que le juge soit systématiquement saisi après.

Il poursuivait : « Verriez-vous de graves inconvénients à ce que l'administration pût envoyer dans les établissements de fous un citoyen provisoirement, parce qu'il est furieux, parce qu'il compromet la sûreté publique, mais que, dans les vingt-quatre heures, que, dans un délai déterminé, les magistrats réguliers qui représentent la justice du pays fussent obligés de se transporter dans cet établissement, et de sanctionner d'une manière définitive, la mesure provisoire de l'administration ? Ce seraient là les véritables principes ; de cette manière, on satisfait à la fois à la sûreté publique et aux garanties individuelles. »

C'est le système que vous propose, aujourd'hui, M. Sérusclat, par le biais de deux amendements qui prévoient qu'à tout le moins le juge doit être obligatoirement saisi immédiatement après.

Toutefois, cette garantie ne semble pas suffisante à la commission des lois. Celle-ci est en effet plutôt de l'avis de M. Isambert, qui rappelait les principes de la Révolution.

Monsieur le ministre, l'exposé des motifs du projet de loi, qui a été déposé l'an dernier, débutait ainsi :

« Cette année de célébration du bicentenaire de la Révolution et de la proclamation des Droits de l'homme et du citoyen offre à notre société l'opportunité de s'interroger sur la réalité des droits des malades et, singulièrement, sur celle des droits des malades mentaux... »

Eh bien, précisément, M. Isambert se réclamait, devant la Chambre des députés, de l'article 9 de la loi du 26 mars 1790, qui avait supprimé les lettres de cachet. Il disait :

« Les personnes détenues pour cause de démence seront, pendant l'espace de trois mois, à la diligence de nos procureurs, interrogées par les juges dans les formes usitées ; et, en vertu de leurs ordonnances, visitées par les médecins, qui, sous la surveillance des directeurs de district, s'expliqueront sur la véritable situation des malades, afin que, d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet. »

Les principes de 1789, que nous avons célébrés l'an dernier, ce sont ceux-là mêmes.

M. Isambert ajoutait : « Qu'on jette un voile sur le passé, sur des irrégularités que l'insuffisance de la législation et la nécessité publique ont rendu excusables, à la bonne heure. Je n'en fais pas un chef d'accusation, mais je dis qu'aujourd'hui il faut rentrer dans les principes de la Constitution. Il n'y a de rationnel que le pouvoir du magistrat quand il s'agit de liberté individuelle. Comme l'a dit M. Laurence, pour les cas de contrainte par corps, pour les cas où un père de famille est réduit à la nécessité de provoquer des mesures contre son enfant mineur, le code civil dit que c'est au président du tribunal à y pourvoir. Les aliénés ne sont-ils pas assimilés aux mineurs par le code civil lui-même ? Je ne comprends donc pas qu'on veuille enlever ce pouvoir au président du tribunal et le conférer à l'autorité administrative. »

Je lis encore plus loin :

« Vous allez définir des conflits : pourquoi enlever le préfet à ses attributions administratives ? Pourquoi, quand l'intérêt de l'Etat est ou doit être étranger aux questions que nous discutons, pourquoi donner au préfet des soins nombreux au milieu de tant d'autres ? »

« La charte dit que la liberté individuelle est garantie ; contre quel pouvoir ? Contre le pouvoir discrétionnaire, contre le pouvoir de l'administration et du Gouvernement, de celui qui dispose de la force publique, qui gouverne les prisons.

« J'ai entendu dire à l'honorable M. Vivien » - c'était le rapporteur - « que le préfet offrait plus de garanties que le président ; en vérité, je n'ai pu le comprendre. Comment ! le préfet, qui est un homme essentiellement politique, qui ne connaît pas les familles, présenterait plus de garanties à la liberté individuelle quand il est inviolable ! »...

**M. Charles Descours.** Oh !

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** ... « quand une plainte élevée contre lui est toujours regardée comme une attaque politique que le Gouvernement a intérêt à repousser, alors même que le préfet aurait tort. C'est bien mal connaître le pays que de vouloir ainsi attribuer à l'administration un pouvoir si délicat. Il n'y a qu'une voix là-dessus en France : la liberté individuelle n'est bien garantie que par les tribunaux ! Si vous abandonnez la liberté à la discrétion des préfets, vous changez tout le système de la division des pouvoirs ; vous établissez, entre deux pouvoirs rivaux, un conflit ; vous mettez le malheureux qui sera l'objet des arrêtés administratifs hors du droit commun.

« Quand le préfet aura fait séquestrer un individu dans un établissement public, il faudra que le malheureux aille chercher des conseils, qu'il introduise une instance contre le préfet » - devant les tribunaux administratifs, avec la lenteur que l'on connaît - « il aura le préfet et vous pour adversaires, et vous prétendez que les garanties seront égales ? Et vous ne comprenez pas comment les garanties judiciaires sont les seules qui soient en harmonie avec la Charte. »

Notre charte, c'est la Constitution de 1958...

**M. Charles Descours.** Ah ?

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis** ... qui dispose, en son article 66, que c'est l'autorité judiciaire qui est la gardienne des libertés individuelles. C'est en vertu de ce grand principe, qui était déjà celui de la charte et celui de la Révolution française, que votre commission des lois vous propose la « judiciarisation », c'est-à-dire, cette fois, véritablement, une nouvelle loi et non pas seulement l'aménagement de la loi de 1838. (*Applaudissements sur les travées socialistes, ainsi que sur certaines travées du R.D.E. et de l'union centriste.*)

**M. Charles Descours.** Et la thérapeutique dans tout cela ?

**M. Jacques Larché, président de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des lois.

**M. Jacques Larché, président de la commission des lois.** J'ai écouté avec un grand intérêt les exposés très complets de M. Dumont et de M. Dreyfus-Schmidt.

Les thèses qui ont été exposées par M. Dreyfus-Schmidt ont fait l'objet d'un très large débat au sein de la commission des lois.

La « judiciarisation » pose quelques problèmes d'ordre matériel, dont on peut penser qu'ils auraient été résolus si certains propos du Premier ministre avaient été suivis d'effet. Nous avons tous gardé le souvenir de ce que M. Michel Rocard, ayant convoqué le ban et l'arrière-ban des magistrats, avait déclaré : « La justice sera la grande priorité de l'année 1991. »

Je crains de devoir constater l'existence, au sein du Gouvernement, d'une sorte de défaut de communication car, si l'on se reporte aux propos que M. Bérégovoy, orfèvre en la matière, a tenus devant l'Assemblée nationale au cours du débat d'orientation budgétaire, on constate que cette priorité pour la justice a totalement disparu. On y trouve l'éducation - très bien ! - la santé - parfait ! - la formation professionnelle - excellent ! - mais la justice est oubliée.

Au moment où nous aurons une décision à prendre sur ces problèmes importants, nous réfléchissons - et la commission des affaires sociales sera à même de nous éclairer - sur les conséquences matérielles de la judiciarisation.

Par ailleurs, M. Dreyfus-Schmidt me permettra de lui rappeler qu'en commission des lois nous avons très vivement contesté - ce dont il a bien voulu convenir - son interprétation de la Constitution : détention arbitraire et internement sont deux notions totalement différentes. (*M. le rapporteur pour avis marque son étonnement.*) Je viens de me référer au « bulletin des commissions », mon cher collègue ! J'ai en effet émis cet avis lors de nos débats : entre la détention arbitraire et l'internement, l'écart est considérable. L'internement est un acte thérapeutique, accompagné de tous les progrès de la médecine moderne - ils sont considérables, et Eugène Sue, qu'ont largement cité M. le ministre et M. le rapporteur, ne les connaissait évidemment pas - tandis que la détention arbitraire est tout autre.

Au moment où nous devons nous prononcer sur le mécanisme même de la judiciarisation, il nous faudra avoir présentes à l'esprit les conséquences matérielles considérables que celle-ci entraînerait. Nous ne devons pas perdre de vue l'objectif que nous recherchons tous - y compris, sans aucun doute, le Gouvernement - à savoir l'amélioration réelle d'une loi qui, bon an mal an depuis 1838, ne semblait pas poser de problèmes majeurs.

Le Gouvernement a estimé nécessaire de la modifier. Nous lui en donnons acte, mais avec la mesure qui me semble s'imposer en la matière. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I. et du R.P.R.*)

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur Larché, il est vrai que les membres de la minorité sénatoriale, dont je suis, n'ont pas l'habitude d'être nommés rapporteurs.

**M. Charles Descours.** Ils le sont plus souvent qu'à l'Assemblée nationale !

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je remercie donc une nouvelle fois la commission des lois de m'avoir fait, en l'occurrence, l'amitié et la confiance de me désigner comme rapporteur.

Habituellement, les rapporteurs s'expriment au nom de la commission, sans préciser - c'est pourtant toujours vrai - qu'il y a en son sein une minorité qui n'était pas d'accord. J'aurais dû, sans doute, le préciser et dire que c'est par onze voix contre cinq que le rapport que j'ai présenté a été adopté... et que, dans la minorité, il y avait - mais vous l'aurez compris - le président de la commission. (*Sourires sur les travées socialistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la loi de 1838 avait suscité - on vient de le rappeler - dix-huit mois de débat. C'est dire que le texte que nous examinons aujourd'hui ne va pas de soi !

L'évolution des idées sur les droits de la personne, l'exigence toujours plus grande de liberté et de solidarité et les progrès incessants en matière de psychiatrie nous autorisaient à espérer - et nous ne croyons pas être les seuls - que le Gouvernement nous présenterait un projet de loi comportant un renouvellement plus profond de notre politique de santé mentale.

**M. Charles Descours.** Très bien !

**M. Paul Souffrin.** Je dois constater qu'il n'en est rien et que, au lieu d'élaborer les principes novateurs qui doivent impulser, à l'échelon national et dans un mouvement d'ensemble, une politique différente, le Gouvernement s'est limité à effectuer un « dépoussiérage » de la loi du 30 juin 1838.

Je reviendrai tout à l'heure sur l'opportunité de ce « dépoussiérage » et sur les résultats auxquels ses auteurs sont parvenus.

Pour le moment, je voudrais réaffirmer ma déception devant ce que j'appellerai une occasion perdue : l'occasion, précisément, de mettre en place une politique de santé mentale de grande envergure, fondée, pour l'essentiel, sur le principe que la maladie mentale doit être abordée et comprise dans sa globalité, ce qui implique que, dans la recherche de ses causes et de ses remèdes, on doive absolument déborder de la singularité de la personne et accorder une large place au milieu où ont germé et où se sont constituées difficultés et souffrances.

Se soustraire à cette démarche, ignorer le rapport qui existe entre la maladie mentale et les situations d'échec et de misère que secrète notre société en crise signifie non seulement refuser toute crédibilité aux statistiques selon lesquelles 68 p. 100 des personnes atteintes de troubles mentaux se recrutent dans les couches les plus défavorisées, mais aussi méconnaître la nécessité, pour tout dispositif de santé mentale se voulant performant, de se situer au carrefour du sanitaire et du social.

C'est une nécessité impérative, car si la maladie mentale, dans son acception la plus communément admise, consiste à « prendre congé du social », il est évident que la guérison passe, dans une large mesure, par une réintégration du sujet dans l'environnement social.

Or quels sont les moyens mis à sa disposition pour favoriser cette réintégration ? Comment le Gouvernement entend-il conjuguer le versant sanitaire et le versant social ? Autant de questions qui, à notre avis, attendent encore une réponse satisfaisante.

Ce que je voudrais mettre en relief, c'est que, faute d'un dessein politique global en matière de santé mentale, le Gouvernement est amené à procéder par à-coups. Ainsi, il y a cinq ans, il a procédé à la légalisation du secteur psychiatrique, à l'unification du financement de la psychiatrie publique, à l'institution du conseil départemental de santé mentale.

Aujourd'hui, le Gouvernement prend en compte l'aménagement des procédures du placement d'office et sur demande. Dans les cinq ans à venir - du moins si l'on en croit une récente circulaire ministérielle - il se penchera sur les problèmes que pose l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux et sur des questions telles que la prévention, la recherche, la formation et le statut des personnels, l'accueil et la réponse à l'urgence.

Il est évident que, dans un domaine aussi complexe et délicat, tout ne peut pas être fait en un jour : il faut procéder aux consultations les plus amples, établir les priorités, chiffrer les coûts.

Toujours est-il que l'action gouvernementale s'étire trop en longueur et que, dans les lenteurs de sa démarche, on perd de vue la solidarité qui doit exister entre les différents éléments constituant un dispositif de santé mentale.

Tout le monde semble le reconnaître, l'insertion sociale représente pour la personne atteinte de troubles mentaux une valeur thérapeutique fondamentale. Il est clair que tout doit être mis en œuvre pour favoriser cette réinsertion : il faut accélérer la mise en place des structures alternatives à l'hospitalisation, créer des lieux d'habitat avec les aménagements appropriés et les mesures d'aide et d'assistance nécessaires, attribuer à la personne malade un revenu social adéquat, instaurer des stages de préparation à l'emploi.

Tout cela implique évidemment des coûts, et des coûts considérables. Or que fait le Gouvernement ? Au lieu de créditer des allocations budgétaires à la hauteur de ces besoins, au lieu d'utiliser l'actuelle surcapacité hospitalière en psychiatrie pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de réadaptation sociale, il diminue les crédits et se sert du patrimoine hospitalier vacant pour favoriser la spéculation financière, comme le prouve l'affaire des deux centres hospitaliers spécialisés de Neuilly-sur-Marne qui font l'objet, à l'heure actuelle, de propositions de rachat en vue d'une vaste opération immobilière privée.

Certes, le Gouvernement peut objecter que, dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, quelque chose a été fait en matière d'alternative à l'hospitalisation. Ce qu'il oublie de dire, toutefois, c'est que le coût de ces réalisations est retombé sur la sécurité sociale, et donc, encore une fois, sur la masse des salariés.

Faut-il rappeler, à ce propos, que la loi du 31 décembre 1985 a transféré à l'assurance maladie les charges de la sectorisation psychiatrique ? Faut-il rappeler

que ce transfert a comporté, pour la sécurité sociale, une dépense supplémentaire de 2,5 milliards de francs, et ce sans aucune compensation financière ?

Telles sont, monsieur le ministre, mes chers collègues, les conséquences d'une politique qui manque d'une perspective globale.

Pour parer à ces conséquences, il faut que le dispositif national de santé mentale que l'on entend mettre en place soit conçu comme un tout...

**Mme Hélène Luc.** C'est vrai !

**M. Paul Souffrin.** ... et qu'il s'inspire de deux principes susceptibles d'assurer la cohérence de l'ensemble : en premier lieu, l'individu atteint de troubles mentaux est un malade comme les autres et il conserve, à ce titre, toutes les prérogatives d'un sujet de droit ; en second lieu, la maladie mentale se place à l'intersection d'une subjectivité et d'un environnement humain, ce qui implique la nécessité de repousser toute logique consacrant la rupture et l'isolement du patient de son contexte de vie.

Un effort important doit donc être accompli pour que le statut et les droits des personnes atteintes de troubles mentaux soient réglés dans le cadre du droit commun et pour que toutes ces victimes de l'exclusion puissent retrouver, dans le retour à leur milieu naturel, une occasion majeure de guérison.

Or c'est justement par rapport à ces deux exigences de fond que le projet de loi suscite de sérieuses réserves.

La première concerne le fait que, malgré les quelques aménagements positifs que ce texte présente au regard de la loi de 1838, il reste encore trop articulé autour du critère de la « dangerosité », ce qui en fait plus un dispositif de sécurité qu'un instrument de protection des droits du malade, même si - c'est une nouveauté paradoxale et intéressante - ce texte n'émane plus du ministère de l'intérieur mais de celui de la santé.

La preuve en est la place qu'occupent, dans les différents articles, les notions « d'ordre public » et de « sûreté des personnes » - ces expressions reviennent au total sept fois ! - et le recours à des termes assez flous, tels que « danger imminent », « troubles manifestes », « notoriété publique » ainsi que, enfin et surtout, l'emploi du mode conditionnel - état qui « pourrait » compromettre... - qui permet d'intervenir à titre préventif et autorise, en définitive, tout procès d'intention.

Certes, en avançant ces réserves, je ne me cache pas les difficultés que comporte le problème soumis aujourd'hui à notre attention, je l'ai dit d'emblée. Je sais bien - nous savons tous bien, d'ailleurs - que la spécificité de la discipline psychiatrique est justement d'être confrontée depuis toujours à la contradiction entre les besoins de la personne souffrante et les exigences de l'ordre social.

Je suis profondément convaincu, toutefois, pour les raisons que j'ai énoncées au début de mon intervention, que l'accent doit être mis sur les besoins du malade, sur les droits qu'il a de voir respecter sa liberté de citoyen et sa dignité.

Ce sont là des acquis de civilisation que les élus communistes auraient bien voulu voir traduits d'une façon explicite dans la loi. Malheureusement, nous devons constater que, sur le plan des principes généraux, le Gouvernement fait preuve d'une réserve et d'une circonspection qui nous semblent inquiétantes.

Pourquoi, par exemple, a-t-il retranché la déclaration de principe sur « l'inviolabilité de la dignité de la personne » contenue dans la version du projet de loi du 12 septembre 1989 ?

Pourquoi, afin d'éviter toute assimilation entre ordre public et ordre idéologique, n'a-t-il pas ressenti le besoin de préciser - comme l'a fait d'ailleurs la Cour européenne de justice - qu'aucune personne ne peut faire l'objet d'un placement « du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée » ?

**M. Charles Descours.** C'est bien que ce soit vous qui le disiez !

**M. Paul Souffrin.** Tout à fait, et je vous remercie de le noter !

Pourquoi, enfin, a-t-il confié toute décision de placement à l'autorité administrative, garante de l'ordre, et non pas à l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté ? C'est là un vieux

débat qui a déjà eu lieu lors de l'adoption de la loi de 1838 et qui a suscité de nombreuses thèses contradictoires ; je développerai ultérieurement la position de mon groupe sur ce point.

Voilà, monsieur le ministre, mes chers collègues, des prises de position qui suscitent bien des inquiétudes et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir lors de la discussion des articles.

Je voudrais avancer une autre réserve d'ordre général qui concerne le problème de la réadaptation et de la réinsertion sociale des personnes qui ont fait l'objet d'un placement d'office ou d'un placement sur demande d'un tiers.

Je trouve contestable la façon expéditive dont l'article L. 350 traite un problème aussi important.

Se limiter à dire que ces personnes « peuvent bénéficier d'aménagements de leur condition de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet », c'est ne faire qu'effleurer le problème.

Nous aurions souhaité que le Gouvernement affirmât d'une façon explicite la primauté du public dans un domaine que guette déjà la spéculation privée ; qu'il indique les crédits qu'il entend affecter pour l'optimisation de ces différents services ; qu'il déclare sa volonté de sauvegarder l'emploi en refusant la logique de ceux qui voient dans l'élargissement de la dimension extra-hospitalière la cause d'une régression inévitable des effectifs affectés au service public hospitalier en psychiatrie ; qu'il mette en relief, surtout, la place centrale que le « secteur » doit occuper dans l'alternative à l'hospitalisation.

Nous aurions voulu aussi que, faisant sien le principe selon lequel aucune réintégration n'est possible sans un minimum d'autonomie économique vis-à-vis de l'entourage familial et de la société, il subviennne de façon plus adéquate aux besoins de ceux que la maladie a marginalisés. Ce ne serait là que justice : cette société, qui a si largement contribué à créer l'inadaptation, doit donner les moyens d'y faire face.

Mais venons-en, après ces observations générales, à quelques remarques plus ponctuelles, que nous aurons d'ailleurs l'occasion de développer lors de la discussion des articles.

Il est regrettable que le Gouvernement ait laissé inchangé le premier alinéa de l'article L. 326, qui limite à la prévention, au diagnostic et aux soins les actions que comporte la lutte contre les maladies mentales. Nous aurions apprécié que le Gouvernement souligne, avec toute la force qu'a une déclaration de principe, la complémentarité qui doit exister entre ces actions et les actions de réadaptation et de réinsertion sociale. C'est pourquoi nous avons déposé un amendement tendant à réaffirmer l'indispensable complémentarité qui doit exister entre le sanitaire et le social.

En ce qui concerne l'article L. 343, nous prenons acte qu'il retire aux maires le droit d'ordonner des placements dans les établissements visés à l'article L. 331 au titre des mesures provisoires qu'ils sont appelés à prendre à l'encontre des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux.

Nous prenons acte, également, que ces mesures deviennent caduques dans un délai de quarante-huit heures faute de décision préfectorale. Cette nouvelle rédaction permettra d'écarter les inconvénients dont pourrait être cause un internement hâtif.

Cependant, monsieur le ministre, reste la question de savoir en quoi consistent ces mesures provisoires : où vont-elles être exécutées, et avec quels moyens ? Le projet de loi est muet sur ces points qui ont pourtant une grande importance et demandent à être éclaircis.

Si ces « mesures provisoires » devaient consister en une « garde à vue psychiatrique », elles devraient, selon nous, être exécutées dans un service spécialisé apte à répondre aux cas d'urgence.

D'où la nécessité impérieuse de développer les dispositifs d'urgence en psychiatrie, seules instances capables de faire face aux situations de crise, d'évaluer la nature et la gravité des troubles de la personne en détresse et de l'orienter, si besoin, dans le service le mieux adapté à son cas.

Or, monsieur le ministre, vous connaissez bien les carences que présentent actuellement ces services, carences dues au manque à la fois de personnels qualifiés et de moyens finan-

ciers adéquats. Comment comptez-vous remédier à ces carences ? Quels crédits envisagez-vous de débloquent pour rendre ces services plus efficaces ?

S'agissant de l'article L. 345, nous jugeons positivement la mise en place du renouvellement périodique de la décision de placement d'office, qui inverse, vous l'avez dit, la règle de l'automatisme.

En effet, alors que, dans la loi de 1838, le placement d'office était automatiquement maintenu en l'absence d'un arrêté préfectoral de levée expressément prononcé, dans ce projet, le placement est automatiquement levé, sauf décision explicite de maintien prise par le préfet après avis médical. C'est une modification importante qui limite à sa stricte pertinence la durée du placement et qui offre une garantie supplémentaire à ceux qui se trouvent dans la situation la plus contraignante.

Reste, toutefois, la question de savoir pourquoi le Gouvernement n'a pas étendu la même garantie aux malades souffrant de troubles mentaux placés sur demande d'un tiers. Pourquoi ces placements ne prendraient-ils pas fin automatiquement à l'issue des mêmes délais prévus pour les placements d'office, sauf, naturellement, décision explicite de maintien prise par qui de droit ?

Ma dernière remarque portera sur l'article L. 348 qui demande, selon nous, à être reconsidéré.

Pourquoi, monsieur le ministre, devrait-on laisser au préfet le pouvoir de décider du placement d'un délinquant malade mental alors qu'il n'a joué aucun rôle dans la procédure ? C'est la justice qui a déclenché les poursuites, ordonné la détention provisoire, instruit l'affaire, prescrit l'expertise médicale et, enfin, déclaré l'irresponsabilité du malade. Dans ces conditions, confier au préfet la responsabilité de prononcer un placement d'office nous apparaît injustifié.

Cette charge devrait revenir, de fait, à l'autorité judiciaire, d'autant que, en vertu de l'article L. 351 du présent projet, le tribunal est compétent pour ordonner la sortie de tout individu interné. On comprend mal pourquoi la justice, compétente pour libérer un individu, ne le serait pas pour décider de son placement.

Telles sont, monsieur le ministre, les quelques observations dont je tenais à vous faire part dans cette discussion générale. Les amendements que nous avons déposés nous permettront de revenir de manière plus approfondie sur ce texte, un texte qui, finalement, soulève plus de problèmes qu'il n'en résout. (*Applaudissements sur les travées communistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Collard.

**M. Henri Collard.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je tiens d'abord à remercier M. Lesein d'avoir bien voulu me laisser son temps de parole.

La majorité des Français, ainsi que tous les malades mentaux et les personnels des hôpitaux psychiatriques, ne peuvent que se réjouir de l'examen de ce projet de loi en première lecture, aujourd'hui, devant le Sénat.

Comme vous l'avez écrit dans l'exposé des motifs, monsieur le ministre : « Le degré de démocratie de notre société se juge aussi à la manière dont elle traite ses malades mentaux... » Vous écrivez, d'ailleurs, « notre société », mais je suppose que cela ne vise pas exclusivement la France, car il est bien d'autres pays où les problèmes sont beaucoup plus importants encore que chez nous.

La loi de 1838 était nécessaire et justifiée il y a cent cinquante ans ; elle ne l'est plus depuis plusieurs dizaines d'années, depuis 1950 environ. En effet, jusque vers 1950, il n'y avait guère d'autre possibilité, pour les malades atteints de troubles mentaux, que l'internement, l'asile, c'est-à-dire la suppression de la personnalité et de la liberté. Chacun a dans ses souvenirs de lecture le cas de personnes internées ; Camille Claudel, internée sur la demande de son frère, en est un exemple.

Mais, depuis quarante ans, la découverte des neuroleptiques puis des tranquillisants a transformé le traitement des maladies psychiatriques, donnant un caractère arriéré aux thérapeutiques précédentes. Ce sont ces médicaments qui ont permis l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, notamment la sectorisation psychiatrique, légalisée seulement en 1985, mais qui existait déjà de fait depuis quelques années sous forme de dispensaires d'hygiène mentale ou de consultations dans d'autres services publics ou privés. C'est d'ailleurs depuis

cette date qu'on ne parle plus d'internement mais d'hospitalisation en milieu psychiatrique, même s'il s'agit toujours de placement d'office.

Aujourd'hui, moins de 10 p. 100 des malades mentaux relèvent du placement selon la loi de 1838, le plus grand nombre relevant de la psychiatrie de ville ou de secteur, soit totalement, soit après un passage par l'hôpital psychiatrique. A ce titre, la réalisation de petits centres de soins dans la ville - appartements thérapeutiques, en particulier - est un complément important pour faciliter la remise des malades dans notre société.

J'ajoute que ce sont ces mêmes médicaments qui ont permis de parler de guérison. Jusqu'à il y a cinquante ans, pratiquement aucune psychose - je dis bien « psychose », ou syndrome psychotique, et non névrose - n'était guérissable. De nombreux malades finissaient leurs jours internés.

Si l'on y ajoute la difficulté de certains diagnostics psychiatriques et le danger que représentaient quelquefois les malades pour eux-mêmes et pour autrui, on comprend volontiers la nécessité de l'admission d'office régie par la loi de 1838 et le fait qu'elle ait été d'actualité jusque voici quarante ans.

Nous pouvons toutefois regretter qu'aucune modification de ce texte n'ait été proposée depuis 1950 ou 1960, même si plusieurs de vos prédécesseurs, monsieur le ministre, avaient déjà envisagé de le faire. Je vous félicite de l'avoir fait en déposant ce projet sur le bureau du Sénat.

Je ne reviendrai guère sur le texte lui-même, M. le ministre et MM. les rapporteurs en ayant rappelé les aspects essentiels : la nécessité du consentement du malade ou de son représentant légal pour toute hospitalisation ou maintien en hôpital psychiatrique ; la création d'une commission départementale *ad hoc* chargée de garantir la liberté individuelle des malades mentaux ; la sortie d'essai sous surveillance médicale stricte.

Quelques améliorations ont été apportées par la commission des affaires sociales, son président et son rapporteur. Qu'il me soit permis de les remercier et de les féliciter.

Cependant, certains points méritent, à mon sens, réflexion, et j'aimerais, monsieur le ministre, obtenir quelques précisions.

D'abord, le terme « proches », utilisé à plusieurs reprises dans le texte, a-t-il une signification juridique ? Que signifie-t-il exactement ? Signifie-t-il qu'en l'absence des enfants ou des parents les autres membres de la famille, voire d'autres personnes étrangères à la famille, peuvent intervenir ?

En deuxième lieu, bien que vous veniez d'apporter une précision à ce sujet, il m'apparaît que l'obligation du double certificat médical pourrait entraîner des difficultés, du retard et, bien entendu, un certain danger pour le malade et pour les autres. La commission des affaires sociales et vous-même, monsieur le ministre, avez déposé un amendement pour faciliter et rendre plus rapide l'hospitalisation en cas d'urgence. Ces amendements me paraissent nécessaires.

Enfin, le projet de loi donne la possibilité de prendre conseil ou avocat de son choix. Or, actuellement - vous le savez, monsieur le ministre - il est difficile, pour ne pas dire impossible, à un médecin hors de l'hôpital, en particulier au médecin traitant, de faire des observations médicales dans l'hôpital, donc des observations utilisables. Il en est d'ailleurs ainsi dans la quasi-totalité des hôpitaux de France, ce qui, à mon sens, est très regrettable.

Au total, il s'agit d'un projet de loi nécessaire, que j'approuverai en me fondant sur les observations des deux rapporteurs.

Je ne voudrais pas terminer sans évoquer les difficultés matérielles de l'hôpital psychiatrique, bien que ce ne soit pas directement le sujet du débat de ce jour.

La santé est de la compétence de l'Etat, je dirai même que c'est une compétence majeure ; son financement relève de l'assurance maladie. Or l'hôpital psychiatrique est réellement, et depuis longtemps, le parent pauvre de la médecine française.

Pendant des années, la France a été malade de ses hôpitaux. Heureusement ! depuis une trentaine d'années, la quasi-totalité des hôpitaux régionaux et généraux ont été rénovés, ou ils le seront prochainement. De même, avec l'aide des collectivités départementales et régionales, doivent être remises en état, humanisées et rénovées la plupart des maisons de retraite pour les personnes âgées.

Or rien, ou presque rien, n'a encore été fait pour les hôpitaux psychiatriques publics. Les hôpitaux psychiatriques conservent, je dois le dire, un caractère archaïque ou même asilaire, avec salles communes, fenêtres grillagées, sanitaires inqualifiables, etc.

Monsieur le ministre, il est temps de mettre à la disposition des malades mentaux et des personnels les équipements auxquels ils ont droit. Le nombre des malades hospitalisés a vraisemblablement baissé de plus de la moitié depuis trente ou quarante ans, la plupart des hôpitaux psychiatriques sont sous-utilisés, le nombre des personnels a augmenté et, pourtant, ces derniers ne parviennent pas à soigner convenablement les malades.

Les conditions de travail sont en partie responsables de cet état de fait. Il est donc préférable d'améliorer les équipements et les conditions de travail plutôt que d'augmenter les personnels, au moins dans un premier temps.

En conclusion, monsieur le ministre, je voterai ce projet de loi avec les amendements proposés par les rapporteurs. Je souhaite que l'Etat, qui, je le répète, a la responsabilité de la santé, et l'assurance maladie, qui la finance, prennent en compte les besoins matériels de la psychiatrie. Enfin, et enfin seulement, les malades mentaux seront des malades comme les autres. (*Applaudissements sur les travées du R.D.E., de l'union centriste, du R.P.R. et de l'U.R.E.I.*)

**M. le président.** La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** Monsieur le président, monsieur le ministre, je dirai, tout d'abord, qu'il y a un symbole qui fait que nous ne sommes plus en 1838 : c'est le ministre de la santé et non celui de l'intérieur qui présente le projet de loi. Et je me réjouis, monsieur le ministre, qu'il en soit ainsi. Cela prouve qu'aujourd'hui les malades mentaux sont des malades comme les autres : ils relèvent du ministre chargé de la santé...

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Et de la solidarité !

**M. Charles Descours.** ... et non de celui qui est chargé de l'ordre public. C'est pourquoi, je vous remercie, monsieur le ministre, d'avoir présenté ce texte de loi aujourd'hui au Sénat.

Je vais essayer de parler des malades et des thérapeutiques, car nous sommes là pour cela, et, depuis un petit moment, je n'en entends pas beaucoup parler.

Je vous salue, monsieur le ministre, de vous attaquer à l'une des plus anciennes lois en vigueur dans notre pays puisqu'elle est pratiquement aussi ancienne que le code pénal, que nous avons réformé la semaine dernière.

La loi de 1838 était relative aux « aliénés ». Ce terme a disparu de notre vocabulaire et je m'en réjouis : aujourd'hui, on parle de « personnes atteintes de troubles mentaux » et de « malades ».

Il s'agit d'un vaste domaine, très délicat puisqu'il mêle des problèmes de société, de protection des biens et des personnes, de sécurité publique, mais également d'éthique et de défense de la personne humaine. Il s'agit donc d'une entreprise très difficile.

Monsieur le ministre, le premier reproche que je pourrais vous adresser - nous ne nous sommes pourtant pas concertés avec M. Souffrin ! - c'est la timidité de ce texte, ou du moins son caractère parcellaire. Rouvrir le chantier de la loi de 1838 était difficile, mais parler de la politique de santé mentale était nécessaire, voire indispensable.

La chimiothérapie et les progrès de cette science depuis quelques années ont été largement évoqués. Je rappellerai que l'on a fait autant de progrès, sinon plus, en matière de psychothérapie et d'abord de psychanalyse. Cette dernière est une méthode thérapeutique avant d'être une méthode philosophique. C'est d'abord pour soigner des malades que Freud a inventé la psychanalyse.

Aujourd'hui, en raison des progrès de la psychothérapie et de la chimiothérapie, le caractère forcément asilaire autrefois est devenu sinon exceptionnel, du moins très rare, ce qui a d'ailleurs été reconnu par la sectorisation mise en place depuis les années soixante.

Mais la mise à jour fondamentale que j'aurais souhaitée, monsieur le ministre, aurait nécessité une concertation approfondie avec des interlocuteurs variés, et souvent d'avis opposés. Elle aurait également obligé, probablement, à entrer en conflit avec certains syndicats de personnels conserva-

teurs, plus occupés parfois à défendre des postes dans les hôpitaux départementaux qu'à prévoir la nécessaire évolution des structures.

C'est pour cela que nous avons aujourd'hui un débat *a minima*, comme le titrait hier le journal *La Croix*, et ce à cause d'un texte qui ne concerne qu'en partie la politique psychiatrique.

Vous avez un peu reculé, me semble-t-il, devant l'ampleur et la difficulté de la tâche, monsieur le ministre. C'est tellement vrai que le jour même où vous êtes venu présenter ce projet de loi devant la commission des affaires sociales paraissait la circulaire en date du 15 mars élaborant une politique de santé beaucoup plus ambitieuse. A cet égard, j'ai chronométré, monsieur le ministre, le temps pendant lequel vous avez parlé de cette circulaire et le temps pendant lequel vous avez évoqué ce projet de loi : la durée était exactement identique, ce qui prouve bien que ce projet de loi n'est que parcellaire, et je le regrette.

En effet, dans cette circulaire, qui s'adresse aux préfets - vous n'êtes pas ministre de l'intérieur, mais cela ne vous empêche pas de vous adresser aux préfets ! - je relève les intitulés suivants : « Titre I<sup>er</sup> : principaux objectifs et orientations de la politique de santé mentale ; titre II : principes généraux d'organisation et de coordination au dispositif public et privé de santé mentale ; titre III : la transformation du dispositif psychiatrique public ». Selon moi, ces titres auraient mérité un débat au Parlement.

J'aurais été heureux qu'une circulaire de cette importance, avant d'être adressée aux préfets - plus de 150 ans après la loi de 1838 - donne lieu à un débat parlementaire, qui aurait pu être aussi long que celui qui a eu lieu en 1838, monsieur Dreyfus-Schmidt.

Aujourd'hui, vous nous soumettez un texte certes intéressant, mais qui aborde le problème par le petit bout de la lorgnette. Et que dire du battage médiatique ? Je constate, depuis quelques jours, un véritable déferlement d'articles de presse à ce sujet.

Tout le monde l'a dit, s'il y a des internements abusifs, excessifs ou intempestifs, ils sont très exceptionnels. Mais ils font la une des journaux ! C'est pourquoi, je crains qu'en présentant un texte de loi traitant spécifiquement de ce problème on ne laisse l'opinion publique, extrêmement sensible à ce sujet, penser qu'il s'agit de pratiques courantes ou assez fréquentes, ce qui n'est évidemment pas le cas.

Je voudrais citer un certain nombre de ces articles que j'ai pu lire ces jours derniers dans la presse.

Je passe rapidement sur le titre d'un journal grenoblois : « Stress chez les psy », pour m'attarder quelque peu sur un article publié dans un hebdomadaire paraissant le vendredi. Le surtitre : « Camisoles », le titre : « Silence, on interne », le sous-titre : « La loi de 1838 autorise toutes sortes d'abus », ne peuvent que laisser croire à l'opinion publique que les internements dits « abusifs » sont des pratiques fréquentes, alors qu'elles sont exceptionnelles.

Dans le corps de l'article en question on peut lire : « D'une clinique à l'autre, quatre années d'enfer, jusqu'au jour où un psychiatre l'examine » - il s'agit évidemment d'un patient dont je ne connais pas le cas - « sérieusement. »

Plus loin, on lit encore : « Le placement à la demande d'un tiers permet toujours à une famille d'obtenir l'hospitalisation d'un malade mental pour des raisons de pure commodité. » Diantre ! Les psychiatres apprécieront !

Je poursuis la lecture de l'article : « De tels internements abusifs ne sont pas rares ». On a l'impression que les placements dits volontaires, quelque 20 p. 100 des cas, selon l'article, seraient des internements abusifs.

Il m'apparaît donc qu'en élaborant un projet de loi centré sur cette question, nous dramatisons à l'excès un problème qui est réel - nous devons le canaliser, l'éliminer - sans aborder l'ensemble de la politique psychiatrique qui convient à un pays moderne, compte tenu des thérapeutiques actuelles.

Plus grave est le risque que, devant ces multiples articles - j'en tiens d'autres à votre disposition ! - l'opinion et les malades mentaux perdent confiance en leurs médecins psychiatres, ce qui serait extrêmement préjudiciable.

Je reconnais effectivement que, même s'il n'y avait qu'un seul internement abusif, comme le disait M. le rapporteur pour avis de la commission des lois, nous devons être vigilants. Je suis sûr toutefois que les républicains que nous

sommes sont aussi attentifs à la protection des droits de l'homme que ceux dont nous avons cité les noms et qui vivaient voilà 150 ans, ou même au début de ce siècle.

Je me ferai maintenant l'écho d'un certain nombre de propos qui ont été tenus par le syndicat national des psychiatres des hôpitaux notamment, déplorant que ce projet de loi soit « axé sur une politique de défiance vis-à-vis des personnes qui soignent les malades ».

Les certificats médicaux et les hospitalisations, tels qu'ils sont aujourd'hui définis, n'ont rien des lettres de cachet d'un pouvoir absolu et dictatorial. Cependant, même s'il n'existait qu'un seul cas d'internement abusif, encore faudrait-il le réformer.

J'en viens à quelques réflexions générales sur le texte qui nous est soumis aujourd'hui, me réservant d'intervenir à nouveau lors de l'examen des articles.

Les syndicats de psychiatres, pour une fois d'accord, sont plutôt réservés sur le double certificat. D'ailleurs, un certain nombre de dangers sont inhérents à cette pratique.

Ce double certificat - le rapporteur pour avis a rappelé que la commission des affaires sociales l'avait soutenu sur ce point - se justifie par une meilleure protection de la personne humaine contre l'arbitraire ; il va donc dans le sens de la défense des droits de l'homme. Mais je voudrais que l'on examine de près cette modification importante. Il ne faudrait pas qu'à l'occasion de certaines difficultés qui pourraient apparaître lors de l'obtention du second certificat, on en vienne à considérer comme urgentes des situations qui ne le sont que modérément et qu'on assiste alors à une augmentation des placements d'office. Cela serait évidemment un comble et irait à l'encontre de l'effet recherché.

En tout cas, les amendements présentés par la commission des affaires sociales, notamment en ce qui concerne les situations d'urgence - monsieur le ministre, lors de votre audition devant la commission des lois, vous nous avez dit que vous les accepteriez - me semblent indispensables afin que cette procédure lourde en cas d'urgence ne soit plus retenue et qu'ainsi le placement d'office ne soit pas généralisé.

Je dirai également quelques mots du maintien du placement d'office et de la main-levée automatique telle qu'elle est prévue dans le projet de loi. Certes, les progrès thérapeutiques sont indéniables. Je crains cependant, si cette procédure administrative n'est pas respectée, que l'on n'assiste à une sortie automatique du malade, qui, à la limite, peut lui être préjudiciable. Je dis cela parce que, chaque année, nous voyons, malheureusement, des prévenus de droit commun libérés pour des raisons de non-respect de procédure par les juges.

Je crains donc que la procédure que le projet de loi instaure, à savoir le renouvellement du certificat tous les trois mois, n'aboutisse à faire sortir des malades qui ne sont pas guéris d'un point de vue thérapeutique. Cette crainte me semble devoir être exprimée. Je proposerai un amendement qui, s'il ne règle pas la question, puisqu'il ne fait que différer un peu les problèmes, rendra ceux-ci moins fréquents.

Je traiterai également de la judiciarisation proposée par certains auteurs d'amendements. La nécessaire protection de la personne humaine est - nous en sommes tous d'accord - un impératif absolu. Mais il faut rendre les procédures possibles et non pénalisantes pour le malade lui-même. Ainsi que je l'indiquais au début de mon intervention, il s'agit d'hommes et de femmes malades qui ont d'abord besoin de thérapeutiques. Il s'agit de placements effectués soit à la demande d'un tiers, soit d'office, et non pas d'une hospitalisation libre, c'est-à-dire d'une certaine structure d'urgence ou de semi-urgence. L'intervention systématique de la justice me semble une procédure très lourde. Comment cela se passera-t-il concrètement ? Le juge des tutelles qui sera saisi prendra d'abord connaissance du dossier ; ensuite il demandera l'avis d'un psychiatre - du moins je l'espère - qui devra examiner le malade. Ainsi, pendant un délai forcément long, compte tenu des lenteurs actuelles de notre justice, le malade dont le cas aura été jugé suffisamment grave pour justifier une procédure d'admission à la demande d'un tiers ne recevra aucun soin. C'est donc pour des raisons d'ordre purement sanitaire et par souci de protéger la santé du malade que je suis totalement opposé à cette procédure.

D'ailleurs, l'ordre judiciaire est déjà représenté, puisque la commission de surveillance prévue à l'article L. 332-3 du code de la santé publique comprend un juge, qui est désigné par le premier président de la cour d'appel. Je rappelle que



cette commission est informée par le préfet de tout placement et qu'elle examine obligatoirement, certes, la situation des personnes placées aussi, depuis trois mois, mais « en tant que de besoin, celle de toute personne hospitalisée ».

La judiciarisation de la procédure de placement me semble donc peu compatible avec le traitement d'un malade qui se trouve dans une des situations visées dans ce texte.

Dans ces conditions et sans rien retirer des réserves que j'ai faites à propos de la relative modestie de ce texte, qui focalise l'attention sur un problème, certes réel mais qui n'est qu'une toute petite partie de la psychiatrie, je tiens à vous féliciter, monsieur le ministre, pour vous être attelé à une tâche très délicate. Le Sénat est, comme vous, attentif à la défense et au respect des droits de l'homme, notamment lorsqu'il s'agit, comme c'est le cas, des personnes les plus fragiles.

C'est pourquoi, après avoir apporté les quelques modifications qui nous semblent nécessaires, mon groupe et moi-même voterons ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à Mme Rodi.

**Mme Nelly Rodi.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, incontestablement la prudence s'impose lorsque l'on aborde la très délicate question de l'hospitalisation psychiatrique. Pourtant, chacun s'accorde à reconnaître qu'il est nécessaire d'adapter la législation en vigueur, cette fameuse loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés. En effet - et c'est heureux - les conditions globales de traitement des maladies mentales ont évolué dans des proportions importantes depuis cette date et une nouvelle approche des droits généraux des malades se fait sentir avec toujours plus d'acuité.

J'avais considéré ce projet de loi, tout d'abord, comme peu ambitieux, parfois trop vague, en un mot un peu hésitant. Mais pouvait-il en être autrement, compte tenu de la très grande difficulté du sujet ? Non et, à la réflexion, je crois que les grandes lignes de ce projet sont équilibrées mais perfectibles, ainsi que le démontre le travail de la commission des affaires sociales.

Monsieur le ministre, après ces préliminaires, je vais revenir à quelques cas pratiques, tirés de mon département, et qui, je le crois, illustreront bien le débat de ce jour.

Nous constatons de plus en plus souvent une évolution très rapide de la taille des structures d'accueil des établissements psychiatriques. En effet, les thérapeutiques modernes privilégient les structures légères afin de mieux contribuer à l'insertion et à la protection du malade mental.

Cette démarche, parfaitement bénéfique, nous incite à vous poser la question de l'avenir des grandes unités psychiatriques, qui, désormais, se révèlent obsolètes. Je prendrai un seul exemple pour illustrer mon propos, celui de l'hôpital psychiatrique de Bécheville aux Mureaux, dans le département des Yvelines, mais il y en a d'autres.

Cet établissement fut construit dans les années soixante-dix et comprenait six cents lits équipés. Or, n'oublions jamais qu'il s'écoule environ dix ans entre la conception et la réalisation d'un tel ensemble.

Les prévisions faites dans les années soixante étaient parfaitement raisonnables, compte tenu de l'état d'avancement de la médecine psychiatrique, d'une part, des projets d'allègement d'unités dans ce qui s'appelait alors la Seine-et-Oise, d'autre part. Or, dans les années soixante-dix, les techniques de soins ont considérablement évolué, ce qui a provoqué à Bécheville l'utilisation réelle de cent cinquante lits psychiatriques sur les six cents.

Ce n'est pas pour autant que nous avons connu un excédent de personnel, au contraire ! D'une part, celui-ci a été redéployé vers les structures plus légères qui ont été mises en place ; d'autre part, la population parisienne s'est déplacée vers la petite couronne dans un premier temps, puis vers la grande couronne.

La conséquence directe, pour mon département, c'est l'arrivée d'une population souvent fragile et nous nous trouvons confrontés à un déficit en personnel, mais pas en lits. Que va-t-on faire de ces derniers ? Permettez-moi, monsieur le ministre, d'insister fortement sur cet aspect de la question,

car l'hospitalisation mentale dans de bonnes conditions fait, à mon sens, partie intégrante des droits et de la protection des malades.

Après avoir évoqué ces questions matérielles, qui sont cependant fort importantes, j'en reviens à l'évolution actuelle de la psychiatrie, laquelle tend à faire en sorte que l'enfermement devienne l'exception. En effet, l'idée essentielle est de rapprocher les structures psychiatriques de la population et, ainsi, de favoriser l'organisation de petites unités. D'ailleurs, des équipes médicales qui s'occupent des malades mentaux mettent en œuvre des solutions qui vont tout à fait dans le sens de la circulaire parue au *Journal officiel* du 3 avril 1990.

Il est nécessaire que votre ministère apporte son appui aux propositions faites dans le cadre de l'examen de ce texte. Je pense principalement à la mise en place d'appartements thérapeutiques, loués par l'hôpital et occupés par les malades, qui y vivent normalement, sous la surveillance d'infirmiers.

De même, l'hôpital de jour peut être prolongé, pour les soins, par l'ouverture d'un foyer où le malade aurait la possibilité de suivre une sorte de cure. Dans le même ordre d'idée, pourrait être ouvert un centre d'accueil à temps partiel, structure souple où le malade pourrait trouver conseils et aide, cela, bien sûr, afin de lui éviter l'hospitalisation et de l'orienter au mieux.

En conclusion, monsieur le ministre, je dirai que je suis un peu déçue par votre projet de loi, en particulier par son aspect « conditions d'hospitalisation ». Je le suis d'autant plus que votre circulaire du 14 mars 1990 aurait mérité un large débat devant la représentation nationale, qui aurait très bien pu se dérouler aujourd'hui.

Cependant, j'apprécie cet effort de modernisation et d'humanisation que traduit le texte qui nous est soumis aujourd'hui. C'est pourquoi, sous réserve de l'adoption des amendements de la commission des affaires sociales et de ceux auxquels je me suis associée, je voterai ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Belcour.

**M. Henri Belcour.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, le présent projet de loi se donne pour but la révision de la loi du 30 juin 1838 relative aux aliénés.

En effet, si ce texte, vieux de cent cinquante ans, a su instaurer un équilibre entre les différents protagonistes concernés par le placement des malades mentaux, il se révèle aujourd'hui inadapté aux progrès survenus dans la connaissance des maladies mentales et, surtout, dans leur traitement. L'internement, c'est-à-dire l'admission en service spécialisé, n'est plus qu'un moyen thérapeutique accessoire ; s'il permet toujours un isolement indispensable en période de crise aiguë, il ne représente, dans la plupart des cas, qu'un séjour de courte ou de moyenne durée.

La société évolue. Le comportement face à la maladie, en particulier face à la maladie mentale, s'est totalement modifié. Il était donc nécessaire de prendre en compte ces mutations. Aussi Mme Michèle Barzach, en tant que ministre de la santé, avait-elle demandé au docteur Zambrowski de lui présenter un rapport sur ce sujet. Les dispositions que la Haute Assemblée doit examiner présentement s'en inspirent largement.

Il faut se féliciter de l'ambition première du projet, qui est de promouvoir et de mieux garantir les droits des personnes hospitalisées pour troubles mentaux. Il n'est aucunement question d'accroître pour autant les obstacles à la mise en œuvre rapide et efficace des soins médicaux lorsque ceux-ci s'imposent.

Par ailleurs, dans le cadre des mesures proposées, le maire, acteur local auquel nous sommes particulièrement attachés dans cet hémicycle, doit avoir un rôle adapté à l'évolution récente de ses attributions.

Je vais revenir successivement sur ces deux derniers points.

En premier lieu, certaines dispositions de ce projet visant à renforcer les garanties et les libertés des malades hospitalisés sont susceptibles d'entraîner, dans les faits, des lourdeurs administratives parfois incompatibles avec la nécessité d'une hospitalisation urgente du patient.

Ainsi, dans les cas de placement à la demande de tiers, il est désormais exigé deux certificats médicaux, lors du dépôt de la demande d'admission. On peut s'interroger sur l'opportunité d'une telle disposition, dès lors qu'est établi, par ailleurs, un autre certificat médical par un psychiatre de l'établissement d'accueil, dans les vingt-quatre heures suivant l'admission. Ce dernier certificat paraît donc être une garantie suffisante pour n'en exiger qu'un seul lors de l'hospitalisation du malade, parfois précipitée du fait de son état.

En second lieu, si le présent texte s'efforce de prendre en compte les mutations diverses qui ont affecté l'hospitalisation des malades mentaux, il assigne en revanche un rôle aux maires, qui me paraît aujourd'hui inadapté.

En effet, lorsque, pendant de nombreuses années, au siècle dernier, le maire était non pas élu mais nommé par le pouvoir central, il était, en tant que tel, lié à l'exécutif. On pouvait donc très bien concevoir son rôle comme un relais de celui du préfet, en matière d'information comme en matière d'action. Il en va tout autrement aujourd'hui. La décentralisation opère plus nettement la distinction entre les attributions du maire et celles du préfet. De plus, l'essor des communications donne la possibilité au représentant de l'Etat dans le département d'agir directement et rapidement.

On peut ainsi mettre en cause, entre autres, l'obligation, pour le maire, de visiter au moins une fois par an les établissements de sa commune accueillant des malades atteints de troubles mentaux, comme il est prévu dans ce projet de loi. Le maire n'a pas toujours la possibilité ou les compétences requises pour procéder à l'instruction des réclamations des personnes hospitalisées. Cette mesure semble donc dépasser ses attributions habituelles.

En outre, quand la sortie d'un malade hospitalisé à la demande d'un tiers est demandée par une personne compétente, et si le médecin n'y est pas favorable, on ne voit pas pourquoi le maire « ordonnerait » immédiatement un sursis à la levée du placement. Cet ordre ressortit davantage au rôle du préfet, qui peut alors éventuellement prononcer un placement d'office.

Par ailleurs, le placement sur demande d'un tiers obéit à des motivations strictement thérapeutiques relevant de la vie privée des malades. On peut donc craindre qu'une publicité excessive à ce sujet ne nuise à l'intéressé. L'obligation, pour le directeur d'établissement, d'informer le maire de la commune où réside la personne placée de son hospitalisation apparaît alors non fondée. Le maire n'a pas à connaître davantage les soins nécessités par une maladie mentale que ceux qui sont imposés par une pathologie physique.

En revanche, « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes », le rôle du maire comme officier de police doit être pris en compte. Il semble alors justifié qu'il soit informé par le préfet des placements d'office ainsi que de la sortie des personnes domiciliées sur le territoire de sa commune.

J'espère avoir pu vous faire part, monsieur le ministre, à l'occasion de ces dernières remarques, de l'expérience que je crois avoir acquise à ce sujet, à la fois comme élu local et comme médecin. Je reviendrai sans doute sur ces thèmes lors de l'examen des articles en séance publique.

Pour terminer mon propos, j'insisterai sur la nécessité de conserver l'esprit de la loi de 1838, à la fois dans les principes qu'elle exige comme dans son mode d'application.

On pourra également observer que ce projet de loi aurait pu avoir une dimension plus ambitieuse, en visant à régler pour l'ensemble de la médecine, et non plus seulement pour la psychiatrie, le problème de la contrainte aux soins, lorsqu'un malade a perdu toute capacité décisionnelle. Il conviendrait donc de prévoir tous les cas où un sujet ne peut décider lui-même l'accès à une thérapeutique.

Par ailleurs, nous devons avoir toujours présent à l'esprit que l'intérêt des patients passe avant tout par la primauté du dispositif d'accès aux soins ; cela sous-entend un soutien de la politique de sectorisation psychiatrique. J'espère donc, monsieur le ministre, que vous nous exposerez vos intentions dans ce domaine.

Pour ma part, dans la mesure où les amendements de la commission des affaires sociales, saisie au fond, seront pris en compte, j'approuverai ce texte dans son ensemble. *(Applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.)*

**M. le président.** La parole est à M. Laurent.

**M. Bernard Laurent.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la finalité de ce projet de loi est d'adapter la loi de 1838 relative aux aliénés aux évolutions de la société, des mœurs, des mentalités, ainsi qu'à celles des pratiques diagnostiques et thérapeutiques dans le traitement des maladies mentales. Tout cela doit être fait, nous dit l'exposé des motifs de votre projet de loi, monsieur le ministre, dans le souci de promouvoir les droits des malades hospitalisés librement, de garantir contre tout abus les personnes hospitalisées d'office, de favoriser la guérison, la réadaptation et la réinsertion sociale des malades quels qu'ils soient, d'améliorer les conditions matérielles d'hospitalisation.

Nous voilà bien loin de la coutume ancienne selon laquelle les « asiles », comme on les appelait autrefois, avaient pour principale vocation de protéger le corps social contre des malades mentaux dangereux pour l'ordre public ou supposés avoir le devenir. Il faut dire que les établissements hospitaliers spécialisés d'aujourd'hui ne sont plus les « maisons de fous » d'hier.

Pourtant, quelle que soit l'évolution qui s'est produite durant ces cent cinquante ans, il reste toujours évident que la loi de 1838 avait réussi à mettre en place un équilibre que, dans son principe, il n'est pas souhaitable de remettre en cause. Cet équilibre est réalisé entre l'autorité judiciaire, garante des droits des personnes et des libertés individuelles, l'autorité administrative, responsable de la sécurité de tous, malade et entourage, et l'autorité médicale dont la seule vocation est de soigner et de guérir.

C'est sans doute cette autorité médicale qui a parcouru le plus de chemin depuis cent cinquante ans. Grâce à la mise en place de nouvelles thérapeutiques, le traitement a maintenant pris la place de la contention et de l'isolement du malade.

Les résultats le prouvent : baisse sensible du nombre des malades hospitalisés, diminution de la durée des séjours, augmentation de l'hospitalisation libre avec, comme corollaire, la régression du nombre des placements volontaires ou d'office, qui - il faut le signaler - reste relativement stable depuis quelques années, enfin, multiplication des traitements extra-hospitaliers ou demi-hospitaliers, hôpitaux de jour par exemple.

Oui, nous pouvons le répéter, c'est, à l'évidence, l'autorité médicale qui a fait le plus long chemin depuis 1838. Les deux autres autorités, dans un équilibre à conserver, ont donc à se remettre à jour. C'est essentiellement l'objectif du projet de loi dont nous avons à délibérer.

Les objectifs restent, malgré tout, relativement limités, puisque ce projet de loi ne modifie pas l'organisation de la psychiatrie française, ne répond pas aux problèmes structurels des hôpitaux psychiatriques et n'a pas l'ambition d'aborder la difficile question de l'éthique médicale en psychiatrie.

Cela dit, le groupe de l'union centriste ne peut qu'apporter son soutien de principe à un texte qui a pour ambition de revoir les modalités d'une loi vieille de cent cinquante ans et qui, pour une large part, ne correspond plus aux réalités d'aujourd'hui.

Nos deux commissions ont beaucoup travaillé. Leurs propositions ne sont pas toujours identiques. Elles sont parfois différentes, souvent complémentaires, rarement contradictoires. Chacune d'elles a sa vocation propre, même si elles se retrouvent dans le même souci des personnes.

La plupart des amendements déposés au nom de nos deux commissions ont le mérite d'améliorer ce texte en ce qui concerne les garanties apportées aux malades.

Le projet de loi devait effectivement être amendé pour renforcer le rôle des commissions départementales instituées pour améliorer le contrôle des conditions d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux, pour prendre en compte les situations d'urgence en créant une procédure dont la nécessité est reconnue dans toutes les législations européennes, pour mieux séparer la responsabilité du médecin et celle de l'administration dans le placement d'office, pour aménager le régime des sanctions pénales qui pèse de manière trop excessive sur les seuls chefs d'établissement.

Un des problèmes les plus importants et peut-être les plus controversés a été soulevé par la commission des lois : le mode d'internement. Convient-il d'en rester à la forme admi-

nistrative actuelle, c'est-à-dire à la responsabilité du maire ou du préfet ? Faut-il, au contraire, procéder à une judiciarisation et donner au juge pouvoir en ce domaine ?

Les mœurs et les rapports sociaux ont beaucoup évolué depuis 1838. La sensibilité au droit des personnes s'est beaucoup développée.

Il a semblé à la commission, à laquelle je m'honore d'appartenir, que le juge des tutelles pourrait valablement être déclaré compétent, même si, en cas d'urgence, on devait laisser ce pouvoir au préfet, ou le donner au procureur de la République. Nous en délibérerons. Pour ma part, je suis assez partisan de cette formule.

Cependant, dans l'esprit comme dans la lettre, ce texte tend à pérenniser la spécificité, voire l'anormalité de la maladie mentale, plutôt qu'à donner aux malades mentaux le même statut que celui qui est reconnu à toute personne dont l'état de santé requiert l'hospitalisation.

Ce texte risque également d'alourdir l'environnement bureaucratique, ainsi que les circuits administratifs.

S'il paraît logique que les directeurs d'hôpitaux soient sanctionnés pénalement lorsqu'ils commettent des fautes personnelles graves, il l'est moins de les sanctionner, également pour des fautes de service, devant les juridictions pénales. Or, la liste prévue par les articles L. 353 et L. 354 du code de la santé publique est assez impressionnante.

Depuis la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, les établissements psychiatriques sont des établissements hospitaliers publics au même titre que tous les autres.

Le projet de loi introduit une discrimination entre les directeurs des établissements spécialisés et les directeurs des autres établissements, alors que les premiers n'ont plus le statut d'agent préfectoral.

Faut-il faire des directeurs d'établissements spécialisés les principaux garants de l'application correcte de la loi relative à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux ?

Les dispositions du texte imposent aux directeurs des obligations irréalistes de respect de délai et des sanctions pénales injustifiées pour de simples fautes de service, alors que les autres intervenants - préfets, maires, commissaires, médecins - ne font l'objet d'aucune sanction pour non-production de pièces ou non-respect des délais.

Enfin, je me permettrais de souhaiter que ce texte, amélioré par les amendements qui seront adoptés par le Sénat, s'en tienne à un strict équilibre entre la garantie des libertés individuelles et l'accès aux soins, particulièrement en cas d'urgence, pour les personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

En conclusion, j'indique que le groupe de l'union centriste réservera à ce texte et aux amendements des deux commissions qui viendraient l'améliorer un accueil favorable. Par ses votes, il marquera, tout comme les auteurs du projet de loi et nos deux rapporteurs, sa volonté de voir ceux qui, du fait de leur maladie mentale, peuvent être rangés parmi les plus démunis, respectés et défendus au nom des droits imprescriptibles de la personne humaine. (*Applaudissements sur les travées de l'union centriste, de l'U.R.E.I., du R.P.R., ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je ne vous étonnerai pas en citant, en exergue à mon intervention, la fameuse réflexion de Victor Hugo : « O folie, ô génie, effrayant voisinage ! » Elle est pour moi symbole de cette difficulté majeure qu'il y a à apprécier la réalité humaine et sa nature raisonnable.

Certes, il n'y a pas que des Van Gogh ou des Camille Claudel. Mais cela nous rappelle que raison et déraison sont séparées par des frontières si fines, si ténues, qu'il faut porter grande attention, monsieur le ministre, à votre projet de loi.

Vous avez le souci de respecter la liberté et la dignité de l'homme et vous faites en sorte que l'intérêt du malade ne cède pas trop à la nécessité de soins qu'il faut tout de même préserver.

Il n'empêche que je reste sur ma faim, monsieur le ministre, au moins quant à deux grands débats que j'aurais souhaité voir s'instaurer.

Le premier concerne la place du malade atteint de troubles mentaux dans la société. A cet égard, votre texte lui accorde le statut de relatif exclu, celui que retenait la loi de 1838.

Monsieur le ministre, vous avez reconnu la nécessité d'une promotion des droits généraux pour le malade atteint de troubles mentaux, mais vous avez seulement distingué et spécifié ces droits.

Vous avez reconnu la nécessité d'une politique de santé mentale en précisant qu'elle ne se réduisait pas à l'internement dans des hôpitaux particuliers et qu'une amorce importante avait déjà eu lieu à travers les initiatives que vous avez prises pour dépasser la pratique hospitalière d'isolement vers les structures extra-hospitalières. Vous avez même avancé l'hypothèse de discussions pour ouvrir plus largement l'accès à ces structures et ainsi favoriser l'accueil dans ces lieux de vie.

Il ne me semble pas qu'on ait suffisamment tenu compte du chemin parcouru depuis que le malade atteint de troubles mentaux était qualifié de fou, voire de fou furieux. Michel Foucault a décrit les conditions dans lesquelles on internait, de façon presque carcérale, et où ceux qui s'occupaient des malades étaient plus géoliers qu'infirmiers.

Depuis la découverte du Largatil, les possibilités thérapeutiques ont complètement changé les relations entre le médecin et ses malades.

La psychiatrie a avancé à pas de géant et a pris place auprès de la psychothérapie et de la psychanalyse, même si de nombreuses discussions d'interprétation soulèvent quelquefois les passions entre les médecins psychiatres, les psychanalystes et les membres de la société française qui s'y intéressent.

En revanche, les mentalités ont peu changé. Nous restons encore en ce domaine avec une conception d'exclusion ou de ridicule.

On rejette, on ridiculise le débile. On a peur du fou parce qu'il serait dangereux. Or, semble-t-il, la dangerosité moyenne de la population considérée comme aliénée est à peu près la même que celle de la population en général.

Bref, les mentalités restent marquées par un certain nombre de phobies envers des maladies. Tour à tour, ce furent la tuberculose, le cancer, le sida et, aujourd'hui encore, la maladie mentale, comme si l'atteinte d'un organe plus noble que les autres avait des conséquences plus graves pour le comportement de l'individu et méritait qu'on mette celui-ci à part.

C'est un sentiment qui persiste, et le débat que souhaitaient amorcer un certain nombre de psychiatres à ce sujet aurait mérité d'avoir lieu.

Je citerai M. le docteur Reynaud : « La psychiatrie est en chantier : transformation et dépassement des C.H.S., intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, développement des structures et des équipes extra-hospitalières.

« L'importance et les difficultés de ce chantier ont besoin d'être reconnues ; il faudrait donner la plus large publicité à ces transformations, à ces modernisations ; il faudrait informer le public sur la souffrance des malades mentaux, sur leurs difficultés d'insertion dans une société globalement rejetante et sur la place qui leur est faite, afin d'obtenir le soutien de l'opinion publique dans la lutte contre la maladie mentale. »

Sans faire miennes les propositions de ceux que l'on appelle les « abolitionnistes », il est intéressant de retenir certains de leurs arguments.

« Une psychiatrie nouvelle doit avoir le courage de se révolutionner. Il faut en finir avec l'idée que, puisqu'il faut une loi, autant garder la loi de 1838... » C'est à peu de chose près celle dont nous débattons aujourd'hui. « ... Il faut pourtant une loi ; mais elle ne doit pas concerner les seules personnes souffrant de troubles mentaux, elle doit être une loi non spécifique. »

Monsieur le ministre, dans votre intervention préliminaire, vous avez souhaité qu'une démarche ait lieu dans ce sens afin que les malades atteints de troubles mentaux soient soignés avec les autres malades et accueillis dans les mêmes lieux.

Autre élément à retenir : « La psychiatrie doit se délier dans son alliance fondatrice avec l'ordre public. Depuis plusieurs dizaines d'années, la psychiatrie a su définir sa spécificité de plus en plus précisément, non seulement comme technique de soins, mais aussi comme véritable pratique sociale de la folie. »

Si j'ai souhaité faire ces remarques au début de mon propos, c'est parce qu'il me semble important, aujourd'hui, dans la société française, qu'un débat ait lieu au sujet du malade mental, à l'instar de celui que vous souhaitez pour les handicapés et, maintenant, pour les séropositifs - tel était le thème du projet de loi que vous avez défendu hier à l'Assemblée nationale, monsieur le ministre - afin de ne pas les rejeter, de ne pas les exclure.

Le choix n'est certes pas facile. Il est évident que l'isolement restera nécessaire à des moments pathologiques ; mais il ne doit jamais être délié des possibilités extra-hospitalières.

Je ne connais ni la valeur ni l'importance des expériences réalisées en Italie, en particulier à Trieste. Il n'empêche que des psychiatres ont demandé la disparition des hôpitaux spécialisés et le recours à des structures dispersées, légères mais importantes, permettant une insertion constante, même pour les cas d'urgence.

Voilà, monsieur le ministre, le premier thème sur lequel, comme je le disais à l'instant, je suis resté un peu sur ma faim.

Le second porte sur la « judiciarisation ».

Comme l'a dit le rapporteur pour avis de la commission des lois, c'est un terme relativement barbare, qui devrait vraisemblablement être modifié. De même l'expression « placement judiciaire » devrait-elle remplacer celle d'« internement administratif ».

Tout à l'heure, j'ai été très étonné par votre affirmation forte et comme de principe : « Pas devant le juge ! ».

En effet, philosophiquement parlant, tous ceux qui ont eu à se prononcer sur cette hypothèse ont en général commencé par dire : c'est la meilleure des solutions, c'est la bonne solution.

Personnellement, par doctrine politique de principe - excusez-moi d'employer ces termes - je suis favorable aux principes que la Constitution a considérés comme gardiens des libertés et des droits fondamentaux de l'individu.

Je me demande donc si garder une conception qui date de 1838 n'est pas un peu archaïque !

Cela étant, je ne reprendrai pas les arguments de M. Dreyfus-Schmidt ; je n'ai rien à y ajouter et rien à en retrancher. Je regrette simplement que nous n'ayons pas abordé ce problème au fond ; un débat nous aurait peut-être permis de dégager une conclusion claire et nette.

En 1978, M. Caillavet avait proposé la judiciarisation, mais la profession dans son ensemble l'avait récusee. Je ne comprends pas exactement pourquoi car, que ce soit le juge ou le préfet qui décide du placement d'office ou du placement volontaire, le médecin psychiatre conserve la plénitude de sa responsabilité et ni la valeur de son intervention ni son utilité ne sont en cause.

Quoi qu'on en dise, des placements d'office, il y en a déjà eu, il y en a aujourd'hui et il y en aura encore, et peut-être avec des bavures !

Quels que soient le respect et la confiance que l'on peut avoir dans les différents intervenants, qui ne peut craindre que l'arbitraire ne puisse un jour frapper l'un d'entre nous ?

Or le juge est quand même celui qui, de par ses fonctions et de l'indépendance dont il jouit, peut être le plus objectif.

M. Descours a déclaré qu'il lui faudrait étudier le dossier du malade et que cela prendrait du temps. Je pense qu'il ne veut pas dire, *a contrario*, que le préfet n'étudie pas le dossier et qu'il intervient sans savoir !

Même si le texte prévoit que le préfet prend sa décision après avis médical, il ne s'agit que d'un avis et il peut toujours passer outre.

Il peut également passer outre à la décision favorable ou défavorable du médecin psychiatre pour la sortie du malade.

C'est laisser une responsabilité très lourde à une autorité administrative responsable du respect de l'ordre public, même si elle sait respecter les libertés. Une dérive est toujours possible.

Nous aurions dû étudier plus à fond les solutions adoptées par d'autres pays européens. Nous ne pouvons pas, d'un geste négligent ou indifférent, penser qu'ils ont eu tort d'agir comme ils l'ont fait.

Je ne crois pas non plus que nous puissions nous justifier par la difficulté du moment. Prenons au moins des positions et envisageons des perspectives d'avenir. Il me paraîtrait, en

effet, particulièrement paradoxal de considérer qu'une solution serait bonne mais devrait rester enlisée dans les exigences du réel au point d'oublier toute perspective, tout idéal.

C'est avec quelques scrupules que je cite Jaurès : « Aller à l'idéal et comprendre le réel », l'attente et la patience étant peut-être nécessaires.

Décider *a priori* que le juge aurait un rôle non satisfaisant me paraît ne pas cadrer avec la proposition que je viens de formuler.

Nous saurons certes utiliser l'intervention du juge *a posteriori*, non seulement grâce à la création d'une commission médico-judiciaire, mais également par la saisine automatique du président du tribunal de grande instance, pour qu'il statue sur la situation du malade.

Cela n'est pas fait ! Cela ne veut pas dire que votre loi serait sans intérêt, monsieur le ministre. Loin de là !

Dans cet exercice difficile, vous avez apporté des réponses relativement satisfaisantes, si l'on reste dans votre cadre et si l'on abandonne les deux espaces dans lesquels j'aurais aimé que le débat s'inscrive.

Vous avez maintenu l'équilibre entre le respect, au plus haut point possible, de la liberté de l'individu et, surtout, de sa dignité, et la nécessité que représente la contrainte d'apporter des soins.

Vous avez également maintenu un équilibre entre l'autorité administrative, l'autorité judiciaire, l'autorité médicale et les familles.

On ne peut que vous en féliciter !

Vous avez aussi légalisé l'hospitalisation libre et prévu les deux certificats, ce qui me paraît, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un placement d'urgence, très raisonnable et très respectueux de la qualité du diagnostic. Il est bon, effectivement, que deux médecins soient consultés.

Vous avez également accepté de réintroduire la procédure d'urgence dans le cadre du placement à la demande d'un tiers, ce qui paraît nécessaire et opportun.

Vous avez encore prévu une commission, et c'est sans doute l'aspect le plus novateur de ce texte par rapport aux dispositions de la loi de 1838.

Auparavant, une personne isolée était chargée de visiter les hôpitaux quand cela l'arrangeait ; elle ne le faisait pas toujours !

Maintenant, ils devront être quatre. Certes, ce seront des experts choisis en raison de leur qualification. Je souhaite cependant que, bien que pouvant bénéficier d'un cumul d'activité, ils soient effectivement disponibles.

L'expérience nous enseignera si quatre experts visiteront plus souvent les hôpitaux qu'une personne isolée ! Il faudra que les décrets, les arrêtés, les circulaires fixent des règles, imposent une fréquence des visites.

Par ailleurs, ces personnes seront payées non seulement pour visiter les hôpitaux, mais surtout pour étudier et connaître avec exactitude la situation de ceux qui y sont placés.

Tels sont les premiers éléments que j'ai souhaité présenter en ce débat public et que je développerai lors de l'examen des amendements. J'espère d'ailleurs, monsieur le ministre, que, comme la commission des affaires sociales, vous accepterez un certain nombre des amendements que je présenterai au nom du groupe socialiste.

Je dirai, en conclusion, que ce projet de loi est satisfaisant, certes, mais seulement dans l'attente d'une meilleure approche offrant une possibilité réelle d'insérer le malade mental dans une société d'où auraient disparu les conditions économiques et sociales qui peuvent rendre fou et permettant de considérer le malade mental comme un malade ordinaire, dans une société ne faisant plus de différence entre la maladie somatique et la maladie mentale. (*Applaudissements sur les travées socialistes.*)

**M. le président.** La parole est à M. Virapoullé.

**M. Louis Virapoullé.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, il nous faut, dans ce débat important, garder notre calme et nous exprimer avec beaucoup de modestie.

Le sujet, je l'ai compris, est brûlant, et j'éviterai, sans pouvoir cependant apporter un peu du soleil de ma région, de jeter de l'huile sur le feu.

Ce projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation devrait conduire chacun d'entre nous, quelles que soient ses convictions, à une profonde réflexion.

Rien n'est superfétatoire dans la défense des droits de l'homme, et telle est notre ambition, monsieur le ministre.

Cette thérapeutique moderne et efficace ne peut laisser un être humain à l'abri d'un abus, qui est à la fois outrageant et déshonorant.

Tout a déjà été dit avec compétence par vous-même, monsieur le ministre, et par les orateurs qui m'ont précédé. Ce débat, pour être efficace, ne doit pas être un débat où chacun se cantonne dans ses convictions politiques, il faut l'élargir.

J'ai apprécié tant la remarque formulée par M. Souffrin, lorsqu'il a dit que la protection des droits du malade doit constituer une priorité, que les déclarations de M. Sérusclat, qui nous a démontré qu'il faudra progressivement faire en sorte que le malade psychiatrique soit traité en milieu ouvert.

Toutefois, monsieur le ministre, des problèmes fondamentaux restent posés. Souffrez que, pendant quelques minutes, je me permette de vous adresser diverses critiques.

Tout d'abord, monsieur le ministre, vous auriez pu saisir l'occasion qui vous était offerte pour nous proposer un texte plus ambitieux et plus audacieux. En effet, ce projet de loi, tout en tenant compte des progrès de la médecine, reste, à mon avis, un texte timide, qui ne règle pas les vrais problèmes posés.

Je vous fais néanmoins confiance. Je sais, en effet, que l'idée qui vous a inspiré dans la rédaction de ce texte est noble : vous voulez, sans aucun doute, mieux protéger ceux qui sont frappés par cette maladie redoutable que représentent les troubles mentaux.

Vous auriez pu, monsieur le ministre, donner l'extrême-onction à la loi de 1838. Vous avez préféré lui donner le sacrement de la confirmation (*Rires*)...

**M. Charles Descours.** Monseigneur !

**M. Louis Virapoullé.** ... - mais vous avez peut-être de bonnes raisons pour ce faire - en l'amendant, tout simplement.

Je crains, monsieur le ministre, que votre bonne intention ne se traduise *a posteriori* par une couverture abusive de la pratique des internements.

Il est vrai, cependant, que si les moyens prévus dans le projet de loi sont effectivement mis en application - certains orateurs qui m'ont précédé à cette tribune, notamment mon collègue M. Laurent, ont d'ailleurs mis l'accent sur ce point - le pire pourra être évité. En effet, l'amélioration de la garantie des droits des malades et le renforcement du rôle de la commission départementale constituent des garde-fous non négligeables.

Monsieur le ministre, vous allez dire que vous assistez aujourd'hui à une sorte de querelle ou, plutôt, à un débat entre médecins et avocats. C'est tout à fait légitime, et vous serez l'arbitre de ce débat !

**M. Claude Evin,** ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Quelle responsabilité !

**M. Louis Virapoullé.** Je partage entièrement l'avis de M. le rapporteur pour avis de la commission des lois : il veut donner à l'internement un caractère non pas administratif, mais judiciaire.

Personne parmi nous ne se permettrait de mettre en doute la capacité des grands commis de l'Etat que sont les préfets, pour lesquels nous avons beaucoup de déférence.

Mais, monsieur le ministre, de là à confier au préfet une tâche qui ne relève pas de sa compétence - en effet, il va, en quelque sorte, enlever à ce malade, que vous voulez protéger, une partie, si ce n'est la totalité, de ses capacités, en attendant sa guérison - il y a presque le Nil à franchir !

Le pouvoir judiciaire constitue la garantie fondamentale des droits de l'homme. A cet égard, j'aimerais vous citer un exemple : le préfet, lorsqu'il suspend le permis de conduire d'une personne, porte incontestablement atteinte, même si nous ne mettons pas en doute sa capacité honorifique de grand commis de l'Etat, à la capacité de l'intéressé, lequel se voit privé du droit de conduire son véhicule.

Ce même litige est porté par la suite devant le juge judiciaire ; si la personne est relaxée par ce dernier, la décision de l'autorité préfectorale devient alors caduque, et ce parce que le législateur a estimé que seul le juge peut garantir la liberté d'un simple citoyen ; il en va ainsi, à plus forte raison, d'un malade. C'est pourquoi l'internement du malade devrait être décidé par le juge des tutelles et, en cas d'urgence, par le procureur de la République.

Mais, monsieur le ministre, votre texte, qui veut protéger le malade et ne constitue pas une sanction à son encontre, oublie une chose fondamentale : ce malade a un patrimoine ; il peut posséder des bijoux ou un meuble précieux. Une personne se définit par son domicile, par son corps, par son âme et par ses biens. Quels sont les pouvoirs du préfet dans ce domaine, monsieur le ministre ? Ils sont nuls. Le malade sera placé - nous le savons - dans un établissement thérapeutique. Il pourra demain, comme vous le souhaitez, être libéré. Mais s'il a alors tout perdu, cet être, pour lequel vous souhaitez le bonheur, sera encore plus malheureux.

Ne croyez pas que le juge examine ces dossiers à la légère : le juge des tutelles est un juge important, le procureur de la République est un magistrat responsable ; par conséquent, monsieur le ministre, en donnant à l'autorité préfectorale une prime sur le pouvoir judiciaire, votre projet de loi oublie les règles fondamentales suivant lesquelles le pouvoir judiciaire est le garant des droits de l'homme.

En pareille matière, l'intervention du préfet me paraît inadaptée. Le juge des tutelles et, en tant que de besoin, le procureur de la République doivent être les seules autorités habilitées.

La République fédérale d'Allemagne, dont on parle tellement actuellement, a d'ailleurs adopté cette solution. On comprend mal pourquoi la France se campe dans une situation mitigée et hésitante.

Monsieur le ministre, les quelques retouches que comporte votre projet de loi, en dépit des améliorations que vous avez apportées, laissent posé ce grand problème qui nous préoccupe tous. Puissent - je vous le dis avec beaucoup de courtoisie - les critiques que j'ai formulées donner un jour naissance à un texte qui sera peut-être la source du droit européen.

Sous le bénéfice de ces explications, je voterai le projet de loi tel qu'il résultera des travaux du Sénat. (*Applaudissements sur les travées de l'union centriste.*)

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ?...

La discussion générale est close.

**M. Jean-Pierre Fourcade,** président de la commission des affaires sociales. Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Jean-Pierre Fourcade,** président de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, la discussion qui se déroule depuis le début de cet après-midi démontre, s'il en était besoin, l'intérêt que notre assemblée porte à ce projet de loi.

Nous abordons un sujet qui touche à la santé publique et aux libertés individuelles, qui a fait l'objet - M. Descours l'a rappelé - de nombreux articles de presse, d'opinions d'ailleurs variées, et qui est souvent présenté de manière schématique, voire fallacieuse ; ce sujet permet aux élus locaux que nous sommes de situer clairement le débat, car il évoque chez nous tous beaucoup d'expériences concrètes et de difficultés auxquelles la loi de 1838 nous a permis de faire face.

La commission des affaires sociales a abordé ce texte avec sérénité, sans esprit partisan, en tenant compte des réalités, en constatant les évolutions qui se sont produites depuis cent cinquante ans et en écoutant très largement toutes les parties concernées. A cet égard, je remercie d'ailleurs le Gouverneur, qui a déposé ce projet de loi sur le bureau du Sénat lors de la précédente session, ce qui a permis à notre excellent rapporteur, M. Dumont, de profiter de l'intersession pour procéder à de nombreuses consultations, auxquelles il a d'ailleurs associé M. le rapporteur pour avis de la commission des lois.

C'est donc après des travaux préparatoires approfondis, pour lesquels je félicite les rapporteurs, que la commission des affaires sociales a statué sur ce texte le 4 avril dernier.

Lors de la discussion générale, sur les huit orateurs qui sont intervenus, quatre ont soutenu le projet du Gouvernement, tandis que les quatre autres ont proposé de le réécrire, dont M. le rapporteur de la commission des lois.

En effet, vous l'avez bien senti, mes chers collègues, il y a un conflit entre la commission des affaires sociales et la commission des lois. La première accepte l'architecture générale du projet en y apportant un certain nombre de modifications, qui vont d'ailleurs toutes dans le même sens, à savoir l'amélioration des garanties offertes aux malades et le développement du rôle de la commission départementale de contrôle. En revanche, la seconde souhaite modifier complètement l'équilibre du texte - M. Virapoullé vient de le rappeler et M. Dreyfus-Schmidt l'avait longuement précisé auparavant - se référant aux débats qui ont mené à l'élaboration de cette loi initiale, sous le règne de Louis-Philippe - en transférant au juge des pouvoirs de décision en matière de placement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Compte tenu de ce conflit entre les deux commissions, il m'a paru nécessaire d'aller au fond des choses. C'est pourquoi, ce matin, la commission des affaires sociales, avant que d'examiner les 157 amendements déposés par d'autres que son rapporteur, a tenu à entendre M. le rapporteur de la commission des lois exposer très clairement sa conception.

Il souhaite, comme l'a dit M. Virapoullé à l'instant, sortir complètement de l'équilibre de la loi de 1838 pour aller dans le sens de ce que l'on qualifie d'un mot quelque peu barbare, j'entends la « judiciarisation ».

Cela consiste simplement à confier, d'une part, au juge des tutelles pour ce qui concerne les cas normaux, et, d'autre part, au procureur de la République pour ce qui concerne les cas d'urgence, la responsabilité complète des problèmes de placement.

C'est une controverse ancienne puisque, M. Dreyfus-Schmidt nous l'a montré, elle existait déjà au moment de l'adoption de la loi de 1838. C'est aussi une controverse européenne. Si, comme M. le rapporteur pour avis nous l'a bien précisé, en République fédérale d'Allemagne et en Belgique on a changé de système pour aller vers la « judiciarisation », en Grande-Bretagne et en Italie, on a conservé l'équilibre entre les pouvoirs administratifs et les pouvoirs judiciaires.

En fait, il n'y a pas véritablement de modèle européen. Environ la moitié des douze Etats sont partisans de tout confier au juge alors que l'autre moitié des Etats, au contraire, préfèrent un partage entre les autorités administratives et les autorités judiciaires.

La commission des affaires sociales s'est posé deux questions après avoir entendu M. Dreyfus-Schmidt.

Premièrement, est-il aujourd'hui possible en France, dans un délai rapide et compte tenu du fonctionnement actuel de la justice - thème dont on a parlé tout à l'heure M. Larché - de transférer aux tribunaux et aux juges la totalité des mécanismes de la loi de 1838 ? Deux nombres montrent que non : celui des mesures de placements - 32 000 par an, dont 26 000 que l'on qualifiait de « volontaires », mais que vous avez rebaptisés, monsieur le ministre, et qualifiés de « placements provoqués par un tiers » - et celui des placements d'office à la demande des maires et décidés par les préfets.

Ces 32 000 placements font l'objet de mesures d'entrée et, bien entendu, de mesures de sortie, de mesures de permission et de mesures de contrôle pendant la durée de ces internements. M. le rapporteur de la commission des affaires sociales a donc estimé qu'il y aurait à peu près 150 000 actes de procédure par an. Admettons que sa multiplication soit un peu large et qu'il n'y en ait non pas 150 000, mais seulement 100 000. Cela signifie qu'en l'état actuel du fonctionnement des tribunaux, du juge des tutelles et des parquets - notamment dans les départements qui comptent beaucoup d'habitants, donc de justiciables - la justice n'a pas aujourd'hui la possibilité de prendre en charge l'ensemble de ce mécanisme.

La deuxième question, qui est plus délicate et sur laquelle nous ne voulons pas faire d'idéologie ou de théologie, est de savoir si, comme l'a dit M. Dreyfus-Schmidt, la judiciarisation éviterait tout risque d'internement injustifié et constituerait un réel progrès pour les malades.

A ces deux questions, à savoir l'encombrement des tribunaux et la suppression de tout risque d'internement injustifié, la commission des affaires sociales, dans sa majorité, a

répondu fermement par la négative. Par conséquent, elle vous demande de vous en tenir au texte initial du Gouvernement, modifié par un certain nombre d'amendements - parmi lesquels figurent d'ailleurs des amendements que M. Dreyfus-Schmidt a lui-même qualifiés de repli - qui comportent nombre d'éléments tout à fait intéressants pour le projet de loi, même si nous ne pouvons pas aller jusqu'à la judiciarisation.

Etant donné qu'il y a un conflit, et comme il me paraît très peu raisonnable de nous affronter au cours du débat sur chaque amendement - cela nous emmènerait, comme en 1837, trop loin - je vous propose une méthode simple.

Lorsque M. le ministre aura répondu aux orateurs - peut-être dira-t-il à nouveau quelques mots sur la judiciarisation...

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Certainement.

**M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales.** ... encore qu'il ait été très clair dans son intervention préliminaire - je demanderai, au nom de la commission, que les amendements présentés par M. Dreyfus-Schmidt et concernant la judiciarisation soient examinés par priorité afin que le Sénat se prononce clairement sur ce point.

De deux choses l'une : ou bien le Sénat accepte la théorie de la judiciarisation et, à ce moment-là, il faudra certainement renvoyer le texte en commission, car ces amendements sont incompatibles avec les dispositions actuelles du projet de loi et avec les propositions de la commission saisie au fond ; ou bien le Sénat n'accepte pas la théorie de la judiciarisation, et alors nous reprendrons la deuxième série d'amendements de M. Dreyfus-Schmidt afin de débattre sur un texte dont nous respectons l'architecture et que nous allons essayer de modifier en fonction des préoccupations de chacun.

Seule cette procédure permettra, me semble-t-il, de clarifier un peu la discussion et d'éviter un débat extrêmement compliqué.

Encore une fois, la commission des affaires sociales ne veut pas faire de la présence permanente ou non du juge un débat théologique. La majorité de ses membres, vous le constaterez, est d'accord sur ce point avec l'équilibre du projet de loi. Il n'y a donc pas de parti pris doctrinal ou de point de vue idéologique dans cette affaire.

Notre objectif consiste à accompagner l'évolution qui a lieu depuis un certain nombre d'années, notamment depuis la sectorisation psychiatrique, et qui conduit à interner de moins en moins et à soigner de plus en plus de malades près de chez eux. Mon médecin de secteur me le confirmait l'autre jour, le nombre des internements représente moins de 10 p. 100 du nombre des consultations à l'intérieur du secteur psychiatrique. Le nombre des placements d'office est, quant à lui, relativement faible aujourd'hui : 6 000 par an.

En perfectionnant le mécanisme des commissions départementales, en améliorant l'information du magistrat qui siègera au sein de cette commission, en prévoyant un mécanisme de contrôle beaucoup plus efficace, notamment la garantie des deux certificats médicaux et la visite permanente de l'ensemble des personnes qui ont fait l'objet d'une mesure de placement, nous concilions, me semble-t-il, les impératifs thérapeutiques et les impératifs de la nécessaire protection des libertés individuelles.

C'est pourquoi, mes chers collègues, je vous demanderai tout à l'heure de suivre le rapporteur de la commission des affaires sociales. La procédure qu'il vous proposera me paraît être une procédure meilleure et plus efficace pour le sort des malades à qui nous songeons aujourd'hui. C'est pour eux que le Parlement doit trouver les méthodes et les règles les plus aptes à leur garantir des soins adaptés tout en respectant leurs droits et leurs libertés. (*Applaudissements sur les travées de l'U.R.E.I., du R.P.R. et de l'union centriste, ainsi que sur certaines travées du R.D.E.*)

**M. le président.** Si j'ai bien compris vos propos, monsieur le président de la commission des affaires sociales, après l'examen de l'amendement n° 65 présenté par M. Souffrin et tendant à insérer un article additionnel avant l'article 1<sup>er</sup>, la commission demandera que soient examinés en priorité les amendements déposés par M. Dreyfus-Schmidt tendant à insérer des articles additionnels après l'article 1<sup>er</sup>, c'est-à-dire les amendements n°s 89 rectifié à 111.

Puis, si cette priorité « globale » est ordonnée par le Sénat, elle demandera que soit examiné en priorité, au sein de ce « paquet », l'amendement n° 93.

**M. Jean-Pierre Fourcade**, président de la commission des affaires sociales. Et l'amendement n° 95.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt**, rapporteur pour avis. Les deux pourront d'ailleurs faire l'objet d'une discussion commune.

**M. le président.** ... et l'amendement n° 95.

Si, en adoptant ces deux amendements, le Sénat donne raison à M. Dreyfus-Schmidt, il sera nécessaire, je suppose, de renvoyer le texte en commission. Dans le cas contraire, M. Dreyfus-Schmidt, s'inclinant devant la décision du Sénat, retirera, j'imagine, ses autres amendements, et nous en reviendrons alors à l'amendement n° 88 à l'article 1<sup>er</sup>...

**M. Michel Dreyfus-Schmidt**, rapporteur pour avis. Reviendrons !

**M. le président.** Tout à fait ! Je tiens plus que quiconque au conditionnel, qui me laisse en dehors du débat ! (*Sourires.*)

Nous en reviendrons, disais-je, à l'amendement n° 88 de M. Michel Dreyfus-Schmidt - à moins que, lui aussi, ne devienne sans objet...

**M. Jean-Pierre Fourcade**, président de la commission des affaires sociales. Absolument !

**M. le président.** ... puis nous reprendrons l'ordre normal.

**M. Jean-Pierre Fourcade**, président de la commission des affaires sociales. Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

**M. Jean-Pierre Fourcade**, président de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, je suis en admiration devant la manière dont vous avez compris la procédure que je viens de proposer ! (*Sourires.*)

Je remercie M. Dreyfus-Schmidt d'accepter de s'en remettre au jugement du Sénat. Ainsi, selon le sort qui sera fait aux amendements nos 93 et 95, qu'il est logique d'examiner simultanément pour bien comprendre les arguments de M. Dreyfus-Schmidt, amendements qu'il a lui-même jugés essentiels et qui sont à parité - l'un traite du cas général et l'autre examine le cas d'urgence -, nous poursuivrons nos travaux soit en commission soit en séance publique.

**M. le président.** Personne ne saurait échapper à la décision du Sénat ! (*Sourires.*)

**M. Claude Evin**, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Claude Evin**, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, tout d'abord, je me félicite de la tenue et de la qualité de notre débat, et cela quelles que soient les divergences qui se sont exprimées - il est intéressant de le souligner - sur plusieurs bancs de votre Haute Assemblée.

Tout à l'heure, l'un d'entre vous l'a comparé à un débat entre juges ou avocats et médecins. Je ne sais si l'on peut simplifier de cette manière. Mais, quel que soit le choix qui sera fait par votre assemblée, j'ai la conviction que le débat auquel nous venons d'assister, et qui va maintenant se poursuivre avec l'examen des articles, montre que vous êtes tous très attachés à la défense des libertés individuelles des personnes hospitalisées, qui sont dans une situation de fragilité liée à leur état mental. C'est à la recherche de la meilleure solution pour garantir ces libertés que les uns et les autres vous travaillez. C'est à peu près le seul point fondamental de ce texte. Pour le reste, je pense qu'il n'y aura pas de problèmes particuliers.

Avant de revenir sur la « judiciarisation », je vais répondre brièvement à ceux des intervenants qui ont reproché à ce projet de loi d'être parcellaire et de ne pas être l'expression d'une politique globale.

Dix années de vie parlementaire m'ont donné une conscience très haute de la nécessité de légiférer pour exprimer l'orientation d'une politique. Je pense, toutefois - et nous serons d'accord sur ce principe - que, lorsqu'il n'est pas

nécessaire de légiférer, il n'est pas utile de vouloir *a priori* codifier une politique ; ainsi, la politique globale en matière de santé mentale ne pourrait pas trouver entièrement sa place dans une codification législative que le Gouvernement vous proposerait aujourd'hui.

Telle est la raison pour laquelle, monsieur Descours, j'ai tenu à ce que la circulaire définissant l'ensemble de la politique du Gouvernement en matière de santé mentale paraisse le jour où votre Haute Assemblée commençait l'examen de ce texte, qui ne constitue que l'un des volets de cette politique globale - c'était le jour où j'étais auditionné par la commission des affaires sociales.

Le texte qui vous est proposé aujourd'hui ne saurait - c'est vrai - traduire à lui seul l'ensemble de cette politique globale. Cette politique s'exprime également dans la volonté que j'ai, d'une part, de développer la recherche en matière de santé mentale, compte tenu du retard que notre pays a pris dans ce domaine, et, d'autre part, d'extérioriser la prise en charge des malades. Il n'est point besoin pour cela de textes législatifs, ni même de grands textes réglementaires nouveaux. L'arsenal existe. Seule est nécessaire la volonté de le mettre en application. J'ai donc donné des consignes à cet effet aux représentants du Gouvernement dans les départements que sont Mmes et MM. les préfets - messieurs les sénateurs, vous le savez très bien ! Dans la circulaire que je leur ai adressée, c'est l'ensemble de cette politique qui était ainsi affirmée.

Cette politique de santé mentale devra par ailleurs s'inscrire dans une planification rénovée. Il n'est point besoin de rappeler l'ensemble des dispositions que j'ai évoquées à la tribune tout à l'heure.

En revanche, en matière de liberté, il était nécessaire de légiférer ; telle est la justification du texte qui vous est soumis.

De toute façon, il était opportun de situer ce texte dans une politique d'ensemble. J'ai noté d'ailleurs avec satisfaction que vous n'avez pas manqué les uns et les autres d'exprimer la préoccupation que vous aviez de voir se développer cette politique globale, au-delà du texte qui vous était proposé.

J'en viens au problème central de notre débat, la « judiciarisation ». A ce propos, je tiens à remercier M. le président Fourcade, dont la proposition va nous permettre, sans polémique et sereinement, de clarifier ce débat d'entrée de jeu, et ainsi, peut-être, d'accélérer l'examen du texte.

Le Gouvernement a fait un choix. Il s'est décidé, notamment, après consultation des professionnels concernés et des associations de familles de malades.

Il est effectivement hostile à l'idée de confier au juge la décision de placer, contre leur gré, des malades mentaux.

Trois raisons principales sont à l'origine de ce refus.

Tout d'abord, ce n'est pas le rôle du juge de décider d'un placement.

Ensuite, il est essentiel de préserver l'équilibre des pouvoirs entre les divers acteurs concernés par les placements, que ce soient le préfet, le magistrat - qui a son rôle à jouer, je vais y revenir - le médecin ou la famille. Les uns et les autres ont un rôle spécifique à jouer. Sachons le leur conserver, afin que notre société puisse assumer ce grave problème de la folie, qui est effectivement détaché d'une grande subjectivité.

Enfin, il est impératif que l'accès aux soins nécessaires ne soit pas retardé.

Je voudrais approfondir avec vous ces trois points.

En matière de placement, le rôle du juge est de garantir le respect des libertés individuelles et non pas de prendre des décisions privatives de ces libertés. Par conséquent, l'intervention du juge doit principalement se situer, non pas *a priori*, mais *a posteriori*.

Ainsi, l'article L. 332-2 du projet de loi prévoit que le juge assure la surveillance de l'ensemble des établissements qui accueillent les malades mentaux. L'article L. 332-3, lui, dispose que le juge participe à la commission pluridisciplinaire de contrôle chargée de surveiller les modalités de placement. Dès qu'il est saisi, le juge doit apprécier la régularité des procédures et il peut, à tout moment, ordonner la sortie du malade, aux termes de l'article L. 351.

Il convient de noter que le juge peut être saisi à tout moment, y compris dès la prise de décision de placement. Il statue alors sans délai en la forme de référé.

Notons enfin, sur ce premier point, que la plupart des magistrats ne manqueraient pas de marquer leur hostilité à ce qu'on leur fasse jouer le rôle de décideurs des placements.

Il ne me paraît pas non plus opportun de confier à un seul pouvoir - en l'occurrence le pouvoir judiciaire - la prise de telles décisions. Le projet de loi lutte contre tout monopole. Il est bâti sur un équilibre des différents pouvoirs. Il s'efforce d'organiser, de manière harmonieuse, des pouvoirs et des contre-pouvoirs exercés par des autorités et des acteurs différents.

Si c'est le pouvoir judiciaire qui décide du placement, qui alors pourrait être saisi dans l'hypothèse d'un placement arbitraire ? C'est la diversité des intervenants et des formes de contrôle, depuis la prise de la mesure jusqu'à l'application de cette mesure, qui me paraît garantir le mieux le respect des libertés individuelles. C'est pour cette raison que le schéma retenu par le Gouvernement offre aux intéressés une double forme d'interventions.

Une première décision est de nature administrative. Elle est fondée sur l'appréciation de l'existence d'un problème de santé pour l'intéressé, après avis médical, et du risque de trouble de l'ordre public qui en découlerait.

Cette première décision précède un contrôle exercé *a posteriori*. Celui-ci est de nature à la fois administrative, médicale et judiciaire. Il apporte des garanties quant à la vérification du bien-fondé et de la juste proportionnalité des atteintes qui pourront être portées aux libertés de la personne placée.

N'oublions jamais non plus que les magistrats auraient de grandes difficultés à décider les placements dans des délais assez brefs - cela a déjà été évoqué. Or tout retard dans l'application des soins les plus diligents équivaut à une non-assistance à personne en danger.

J'ajoute, enfin, que le fait de confier au juge la décision du placement n'apporterait pas aux intéressés des garanties supplémentaires, compte tenu des problèmes de délai que je viens d'évoquer.

Une procédure judiciaire se fonde sur le principe de l'analyse contradictoire nécessitant expertise et contre-expertise. C'est la raison pour laquelle, je crois, l'un d'entre vous évoquait tout à l'heure l'idée qu'un délai était nécessaire au juge pour prendre une décision, compte tenu de la nature même du pouvoir judiciaire, sans que cela suppose *a contrario* que le préfet n'examinerait pas avec suffisamment de soin les dossiers concernés.

Il s'agit, en fait, de deux procédures totalement différentes qui se complètent, s'harmonisent, s'équilibrent l'une l'autre. En tout cas, l'une ne peut pas se substituer à l'autre. Comme je le disais précédemment, si c'est le juge qui prend la décision de placement, qui alors pourrait être saisi si un arbitrage se révélait nécessaire ?

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** La cour d'appel.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Notons également que le juge ne pourrait fonder sa décision que sur le contenu d'un certificat médical dépendant de l'avis d'un expert. Il ne serait donc pas en mesure de jouer un rôle bien différent de celui du préfet.

De plus, je souhaite attirer votre attention sur le fait que le préfet n'a pas pour seule compétence le maintien de l'ordre public. Il est également l'autorité sanitaire dans le département. Les dossiers de placement sont instruits par les directions départementales, sanitaires et sociales, essentiellement par des médecins inspecteurs de la santé et des assistants sociaux qui ont une grande expérience des procédures et agissent avec une grande diligence et une grande compétence.

Pour toutes ces raisons, mesdames, messieurs les sénateurs, le Gouvernement ne peut qu'être hostile à la judiciarisation du placement des malades mentaux.

Le projet, tel que le Gouvernement le propose, amélioré naturellement par votre assemblée, apporte toutes garanties quant aux libertés. C'est pourquoi, d'ailleurs, la commission nationale consultative des droits de l'homme y a donné son total accord. (*Applaudissements sur les travées socialistes, ainsi que sur certaines travées du R.D.E., de l'union centriste et du R.P.R.*)

**M. le président.** Personne ne demande la parole pour répondre au Gouvernement ?...

Nous passons à la discussion des articles.

#### Article additionnel avant l'article 1<sup>er</sup>

**M. le président.** Par amendement n° 65, M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Frayssé-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent d'insérer, avant l'article 1<sup>er</sup>, un article additionnel ainsi rédigé :

« Le premier alinéa de l'article L. 326 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. »

La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Cet amendement qui concerne l'article L. 326 du code de la santé publique - article qui n'est pas modifié par le présent projet de loi - nous semble revêtir une importance capitale quant à l'organisation et à l'efficacité de la lutte contre les maladies mentales.

Depuis des décennies, la psychiatrie a connu des progrès considérables qui aboutissent aujourd'hui à de grands succès sur les maladies psychiques et neuro-psychiques. La sectorisation psychiatrique a permis, dès avant 1985, d'accompagner, sur le plan de l'articulation des moyens matériels, la mise en œuvre de nouvelles thérapies aux résultats d'autant plus importants qu'elles s'efforcent de prendre en compte, de façon plus particulière et appropriée, la maladie de chacun des sujets, notamment la période d'après crise.

Je ne reviendrai pas ici sur les carences de la loi de 1985, qui, en définitive, par son manque d'ambition, notamment en ce qui concerne les moyens matériels et financiers, n'a fait que reconnaître - et même trop partiellement - sur le plan légal les nouvelles pratiques de mise en œuvre des soins psychiatriques.

Je noterai simplement qu'aujourd'hui il semble incontestable que l'insertion et la réadaptation sociale des personnes atteintes de troubles mentaux font partie intégrante de la thérapie. Il est parfaitement illusoire d'espérer obtenir des guérisons ou la stabilisation de situations sans que soient considérés les rapports qu'ont les malades avec la société, sans que soient étudiés et évalués tous les éléments nécessaires à une réadaptation à la vie sociale.

Le rapport Zambrowski soulignait d'ailleurs que le premier effort devrait consister à « développer les soins de réadaptation aux malades mentaux marginalisés du fait de leurs troubles ou d'une hospitalisation de longue durée, réadaptation visant à prévenir ou du moins à réduire le handicap qui peut en résulter ». Le même rapport soulignait qu'il s'agissait là « d'un travail thérapeutique important à apporter dès le début de la phase aiguë des troubles visant à aider le patient à reprendre contact avec la réalité souvent difficile à vivre et avec un entourage souvent lui-même perturbé ».

Ce travail spécifique est d'une grande importance. Il implique la participation d'une équipe pluridisciplinaire pour mettre en œuvre des actions diversifiées prenant en compte l'ensemble des problèmes, qu'il s'agisse des relations avec la famille ou de la prise en charge sur le plan professionnel et financier. Il est donc nécessaire d'aborder globalement et individuellement le cas de chaque patient, sous tous ses aspects.

Ce champ d'intervention ne peut être ignoré de l'Etat, dont l'une des charges est, comme l'indique l'article L. 326 du code de la santé publique, d'organiser la lutte contre les maladies mentales.

L'amendement que nous vous proposons d'adopter vise à ce que l'aspect important que constituent l'insertion et la réadaptation sociale des malades atteints de troubles mentaux soit pris en compte par la loi, car il fait partie intégrante du processus thérapeutique.

Il est grand temps d'inscrire dans la loi la fin de l'aliénisme et de l'hospitalo-centrisme, de mettre la loi à l'heure de la médecine d'aujourd'hui. Pour cela, je demande au Sénat d'adopter notre amendement et, compte tenu de l'importance que nous y attachons, nous demandons qu'il soit procédé à un scrutin public.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Il est évident que la réadaptation et la réinsertion sociale de certains malades mentaux posent des problèmes. Cela étant, la commission a considéré



que M. Souffrin nous proposait une extension trop importante du champ d'application de ce projet de loi. Elle a donc émis un avis défavorable à son amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement n'est pas défavorable à cet amendement, car, aussi bien, la réadaptation et la réinsertion sont déjà pratiquées. Elles sont d'ailleurs très fortement renforcées avec la circulaire du 14 mars à laquelle j'ai fait allusion tout à l'heure.

Cet amendement confirme simplement des orientations qui sont celles du Gouvernement. Je ne suis donc pas opposé à son adoption.

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 65.

**M. Franck Sérusclat.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** Dans un premier temps, il nous avait semblé que cet amendement ne présentait pas un caractère impérieux puisque le projet de loi met en place une organisation générale.

Mais nous nous rangeons volontiers aux propos de M. le ministre : il peut être intéressant d'élargir le champ d'application du texte pour prendre en compte un certain nombre d'initiatives, déjà prévues, d'ailleurs, par le ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

Dans ces conditions, le groupe socialiste votera cet amendement.

**M. Louis Virapoullé.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Virapoullé.

**M. Louis Virapoullé.** Monsieur le président, mes chers collègues, j'ai souhaité, tout à l'heure, que ce présent débat soit enrichi par différents échanges de vues. Je dirai donc les choses telles que je les pense.

L'amendement de M. Souffrin me paraît intéressant. Il a le mérite de ne pas cantonner le malade dans le cadre des soins et de l'internement et d'approfondir le vœu qui est celui du Gouvernement, en mettant en valeur les actions de réadaptation et de réinsertion sociale.

Cela étant, le Sénat se prononcera en son âme et conscience.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 65, repoussé par la commission et accepté par le Gouvernement.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions réglementaires.

(Le scrutin a lieu.)

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter ?... Le scrutin est clos.

(Il est procédé au comptage des votes.)

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 117 :

Nombre des votants .....	317
Nombre des suffrages exprimés .....	317
Majorité absolue des suffrages exprimés	159
Pour l'adoption .....	170
Contre .....	147

Le Sénat a adopté.

En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, avant l'article 1<sup>er</sup>.

#### Rappel au règlement

**M. Robert Pagès.** Je demande la parole pour un rappel au règlement.

**M. le président.** La parole est à M. Pagès.

**M. Robert Pagès.** Monsieur le président, j'ai cru com-

prendre - peut-être me suis-je trompé, mais vous saurez alors me le dire - que M. Fourcade envisageait la possibilité que la commission des lois retire, sous certaines conditions, quelques-uns des amendements qu'elle a déposés.

Me prononçant non sur le fond mais strictement sur la forme, je ne vois pas comment des amendements pourraient être ainsi retirés sans que la commission des lois se soit auparavant prononcée à ce sujet !

**M. le président.** Monsieur Pagès, nous n'en sommes pas là. Vous avez compris ce que vous avez voulu comprendre ; moi, j'ai compris ce que j'ai entendu, ce qui est tout à fait différent.

Une demande de priorité visant l'ensemble des amendements n°s 89 rectifié à 111 de la commission des lois - il s'agit des propositions relatives à la « judiciarisation » - a été déposée par la commission des affaires sociales. Si le Gouvernement l'accepte, elle sera ordonnée, sans qu'il me soit nécessaire de consulter le Sénat, en vertu de l'article 44, alinéa 6, du règlement.

Si cette priorité est ordonnée, interviendra alors une seconde demande de priorité, visant, au sein des amendements n° 89 rectifié à 111, les amendements n°s 93 et 95.

Si cette seconde priorité est ordonnée, le Sénat examinera donc ces deux amendements et leur réservera le sort qu'il entendra... et nous verrons bien, à ce moment-là - mais à ce moment-là seulement - les déductions qu'en tirera M. le rapporteur pour avis.

Cela étant, vous n'empêcherez jamais, monsieur Pagès, le rapporteur d'une commission, quelle qu'elle soit, de tirer la leçon des décisions que prend le Sénat : un rapporteur peut très bien, du banc de la commission, décider qu'il souhaite éviter au Sénat de nouvelles discussions totalement inutiles à partir du moment où le principe a été tranché.

J'ai cru comprendre - mais nous verrons bien : pour l'instant, je vous le répète, votre observation est tout à fait prématurée - que, si les amendements n°s 93 et 95 étaient adoptés, une suspension de séance serait nécessaire, car toute l'architecture du texte devrait être réexaminée par la commission des affaires sociales. C'est en tout cas ce que nous a laissé entendre par avance son président. Si, au contraire, le Sénat repoussait ces deux amendements, alors, c'est probablement M. Dreyfus-Schmidt qui en tirerait la leçon.

Nous verrons ! Faisons-leur confiance : ils sont au banc de la commission, et ils savent ce qu'ils font. De surcroît, M. le rapporteur pour avis s'exprime sous le contrôle de M. le président de la commission des lois, qui est présent dans l'hémicycle. Par conséquent, je suis, pour ma part, tout à fait rassuré, et j'espère que vous l'êtes aussi.

**M. Robert Pagès.** Presque, monsieur le président.

#### Demandes de priorité

**M. le président.** Je suis saisi d'une demande de priorité, présentée par la commission des affaires sociales, tendant à ce que les amendements n°s 89 rectifié à 111 - dits de « judiciarisation » - soient discutés avant l'article 1<sup>er</sup>.

Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Favorable, monsieur le président.

**M. le président.** La priorité est donc ordonnée.

Je suis maintenant saisi d'une demande tendant à ce que les amendements n°s 93 et 95 soient examinés par priorité, en discussion commune.

Quel est l'avis du Gouvernement sur cette demande de priorité ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Favorable, monsieur le président.

**M. le président.** La priorité est ordonnée.

#### Articles additionnels après l'article 1<sup>er</sup> (priorité)

**M. le président.** Je suis donc saisi de deux amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Tous deux sont présentés par M. Michel Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois.

Le premier, n° 93, tend à insérer, après l'article 1<sup>er</sup>, un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. 6. - Le placement provisoire d'une personne atteinte de troubles mentaux dans un établissement psychiatrique spécialisé peut être ordonné par le juge des tutelles pour une durée de quarante jours lorsque ses troubles :

« 1° soit mettent gravement en péril sa santé et sa sécurité ;

« 2° soit constituent une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

« Le juge des tutelles est saisi sur simple requête, accompagnée d'un certificat médical circonstancié et datant de moins de quinze jours établi par un médecin spécialiste choisi sur la liste mentionnée à l'article 493-1 du code civil attestant que les conditions prévues au deuxième ou au troisième alinéa sont remplies.

« Cette requête peut être présentée par toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade ou par le procureur de la République.

« Dès la réception de la requête, le juge des tutelles demande au bâtonnier de l'ordre des avocats la désignation d'office d'un avocat dans le cas où l'intéressé n'a pas choisi de conseil.

« Le juge des tutelles fixe, dans les vingt-quatre heures du dépôt de la requête, les jour et heure de sa visite à la personne dont le placement provisoire est demandé ainsi que ceux de l'audience.

« Si le malade n'a pas communiqué au greffier du tribunal d'instance le nom d'un médecin de son choix, le juge des tutelles peut en désigner un pour assister le malade.

« Le juge des tutelles statue en la forme des référés dans les dix jours du dépôt de la requête après un débat contradictoire où il entend l'intéressé assisté, le cas échéant, du conseil ou du médecin de son choix, sauf s'il déduit du certificat médical que cette audition serait inutile ou médicalement contre-indiquée.

« Il prend, s'il échet, toute mesure de protection en ce qui concerne les actes de la vie civile du malade. Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement.

« En cas d'incompétence territoriale, le juge des tutelles renvoie la requête, dans les vingt-quatre heures de son dépôt, devant le juge des tutelles compétent.

« Le juge des tutelles peut déclarer la demande manifestement nulle ou irrecevable par un jugement prononcé dans le même délai.

« Le greffier du tribunal d'instance notifie l'ordonnance aux parties et les informe qu'elles disposent des voies de recours de droit commun.

« S'il fait droit à la demande de placement provisoire, le juge des tutelles désigne l'établissement dans lequel le malade sera admis.

« Le juge des tutelles peut à tout moment faire visiter le malade ou le malade présumé par un médecin. »

Le second, n° 95, vise à insérer, après l'article 1<sup>er</sup>, un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. 8. - En cas d'urgence, le directeur de l'établissement peut admettre une personne atteinte de troubles mentaux au vu d'un certificat médical établi par un psychiatre ou à défaut un autre médecin, ni l'un ni l'autre n'appartenant à l'établissement attestant que les conditions prévues par le deuxième ou le troisième alinéa de l'article 6 sont remplies. Il adresse, dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, ce certificat au procureur de la République qui sans délai saisit le juge des tutelles et avise de sa requête le malade et, le cas échéant, son représentant légal et la personne chez qui le malade réside. Le juge des tutelles statue dans les conditions prévues à l'article 6. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre ces deux amendements.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je veux, tout d'abord, rassurer M. Pagès.

**M. le président.** J'espérais y être parvenu ! Mais poursuivez, monsieur Dreyfus-Schmidt. (*Sourires.*)

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je peux le rassurer encore un peu plus - je parle sous le contrôle de M. le président de la commission des lois - en lui indiquant que la commission des lois, qui avait envisagé cette possibilité, m'a habilité, si, par impossible (*Sourires*), le Sénat n'acceptait pas les deux amendements que je vais maintenant défendre, à retirer les autres amendements dits de « judiciarisation ». Mais nous n'en sommes pas là !

Je veux également remercier M. le président Fourcade, qui m'a lui-même remercié, tout à l'heure, d'avoir suggéré la discussion par priorité des amendements n°s 93 et 95, dont l'adoption nous éviterait, effectivement, l'examen de quelque cent cinquante amendements ! (*Rires.*) En effet, la judiciarisation tient en vingt-six amendements seulement, je me plais à le souligner !

Permettez-moi cependant d'ajouter, monsieur Fourcade, que, contrairement à ce que vous avez dit, la judiciarisation n'est nullement une barbarie. Elle est tout le contraire.

**M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales.** Certes !

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Vous avez félicité M. le président Dailly de la rapidité avec laquelle il avait compris ce que vous lui demandiez. En vérité, nous sommes habitués à ce que M. le président Dailly comprenne toujours très bien et très vite... d'autant que, en l'espèce, ce n'était pas très compliqué ! (*Rires.*)

**M. le président.** Monsieur Dreyfus-Schmidt, nous sommes collègues à la vice-présidence, ne me retirez pas tous mes mérites ! Je n'agis jamais de la sorte envers vous. (*Sourires.*)

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** J'ai dit « en l'espèce », monsieur le président, et après avoir rappelé que vous nous aviez habitués à tout comprendre, et très vite.

Après vous avoir fait des compliments, monsieur Fourcade, permettez-moi de vous adresser un petit reproche.

Vous avez dit que, *grosso modo*, la moitié des pays européens connaissaient un système judiciarisé et que l'autre moitié, au contraire, avaient opté pour un système non judiciarisé, qui, parfois, faisait même intervenir les autorités administratives, ou quelque chose d'approchant.

C'est une erreur - je parle sous votre contrôle, monsieur Fourcade. La judiciarisation est effective en Espagne, en R.F.A., aux Pays-Bas, et elle est en cours au Luxembourg et en Belgique.

En Italie, cela va beaucoup plus loin : il n'y aurait plus rien, même plus d'établissements psychiatriques.

Dans les autres pays, c'est le corps médical qui décide, et, en Grande-Bretagne et en Irlande, avec deux certificats médicaux.

Actuellement, il n'y a donc qu'un pays en Europe où c'est une autorité administrative qui prend la décision ; ce pays, je le constate, c'est le nôtre. C'est pourquoi la commission des lois propose que, reprenant la tête, comme c'était le cas en 1838, on mette en place un système de judiciarisation.

M. le ministre a répondu sur ce point en avançant trois arguments.

D'abord, ce ne serait pas le rôle du juge, qui doit garantir le respect des libertés individuelles et non pas leur porter atteinte.

Or, les personnes qui, en France, portent le plus atteinte aux libertés, dans la plus grande légalité, bien sûr, ce sont précisément les magistrats ! Ils ont l'habitude de le faire lorsqu'ils en ont mission de par la loi.

Mais respecter les libertés, cela ne signifie pas ne pas interner quelqu'un qui doit l'être ; cela veut dire vérifier si les conditions l'imposent ou non.

Tout à l'heure, dans mon rapport oral, j'ai évoqué l'article 66 de la Constitution. Pour être plus précis, le Conseil constitutionnel lui-même, dans sa décision du 29 décembre 1983, à propos des nécessités de l'action fiscale, a estimé que « de telles investigations ne peuvent être conduites que dans le respect de l'article 66 de la Constitution, qui confie à l'autorité judiciaire la sauvegarde de la liberté individuelle sous tous ses aspects et notamment celui de l'inviolabilité du domicile, que l'intervention de l'autorité judiciaire doit être prévue pour conserver à celle-ci toute la responsabilité et tout le pouvoir de contrôle qui lui reviennent ».

Vous prétendez, monsieur le ministre, que cela soulèverait l'hostilité des magistrats. Mais les magistrats - ils l'ont toujours démontré - sont des fonctionnaires respectueux de la loi. On ne pourrait citer que de très rares exceptions d'irrespect.

**M. Charles Descours.** Hum ! Hum !

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Dans un régime de démocratie et de séparation des pouvoirs, il est bien connu que le Gouvernement propose - comme le Parlement, d'ailleurs -, que le Parlement dispose et que le judiciaire juge lorsqu'il en a reçu mission du législatif. Je ne m'arrête donc pas à cet argument.

Votre deuxième argument a trait à l'équilibre des pouvoirs. Selon vous, en cas d'abus de la part de celui qui prend la décision, il faut qu'il y ait un recours, et si c'est le juge qui prend la décision, il n'y a plus de recours possible.

Mais si ! Un recours est toujours possible en matière judiciaire, notamment dans notre pays - d'ailleurs, la convention européenne des droits de l'homme le demande - c'est l'appel. L'appel - vous savez qu'en la matière il n'est pas suspensif - est toujours possible devant la cour d'appel et même devant la Cour de cassation.

Le troisième argument, le plus grave, c'est qu'il y aurait retard dans les soins. Eh bien non ! puisque le cas habituel n'est pas celui de l'urgence. C'est tellement vrai que, dans votre propre texte relatif au placement volontaire, vous demandez un certificat médical datant de moins de quinze jours. Quinze jours ! C'est sans doute trop long.

En 1838, à une époque où il n'y avait pas le téléphone, on avait donné des pouvoirs au maire parce que le préfet était très loin. Aujourd'hui, on se déplace plus facilement et il y a beaucoup plus de médecins. Mais peut-être aurons-nous l'occasion de reparler de ce délai.

Dans le cas où le médecin traitant estime qu'il serait préférable de placer son patient, on saisit le juge des tutelles, qui étudie le dossier ; mais le médecin continue de soigner cette personne. Le juge examine le dossier, éventuellement après avoir entendu la personne concernée, l'avocat, la personne de confiance, un médecin, voire un autre, encore que, dans le cas normal, il s'agisse d'un médecin choisi sur la liste arrêtée par le procureur de la République et qui vaut en matière de tutelle, de curatelle et de sauvegarde de justice. Le juge sait donc qu'il peut *a priori* faire confiance à ce médecin-là.

En cas d'urgence, c'est le procureur de la République qui est saisi. Tout le monde est d'accord pour ne plus faire appel aux maires. En effet, nombre d'entre eux ont été appelés à prendre des décisions alors qu'ils subissaient la pression de la famille. Et s'ils finissaient par se laisser faire, ils risquaient, deux ou trois jours plus tard, de voir revenir l'intéressé - après que le médecin de l'établissement eut estimé qu'il pouvait sortir - pas très content que le maire ait signé un papier pour demander qu'il soit conduit dans un établissement.

Que vient donc faire le maire dans cette procédure ? Je crois que tout le monde est d'accord pour qu'il n'intervienne plus.

Ce n'est donc pas le préfet - nous n'avons rien contre le préfet, mais il a autre chose à faire - mais le procureur de la République, qui, comme le préfet, veille à l'ordre public, qui est saisi.

Alerté parce qu'il y a urgence - quelque fait du scandale, se montre menaçant ou dangereux soit pour lui-même soit pour les autres - le procureur fait conduire l'intéressé dans un établissement.

Que fait-il ensuite ? Il saisit le juge des tutelles, qui se transporte, voit l'intéressé et peut organiser le débat contradictoire, immédiatement après, dans les vingt-quatre heures.

Pourquoi ne serait-ce pas réalisable ? Ça l'est d'autant plus que cinq pays d'Europe mettent déjà ou vont mettre ce système en pratique.

Nous avons essayé, dans notre amendement, de traduire en termes législatifs tout ce que je viens de dire.

D'abord, la durée du placement provisoire d'une personne atteinte de troubles mentaux serait de quarante jours lorsque ces troubles « mettent gravement en péril sa santé et sa sécurité » ou « constituent une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui ».

« Le juge des tutelles est saisi sur simple requête, accompagnée d'un certificat médical circonstancié datant de moins de quinze jours » - pour faire plaisir à tout le monde, nous avons laissé figurer ce délai, que prévoit le projet - « établi par un médecin spécialiste choisi sur la liste mentionnée à l'article 493-1 du code civil attestant que les conditions prévues au deuxième ou au troisième alinéa sont remplies ».

« Cette requête peut être présentée par toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade ou par le procureur de la République ».

« Dès la réception de la requête, le juge des tutelles demande au bâtonnier de l'ordre des avocats la désignation d'office d'un avocat dans le cas où l'intéressé n'a pas choisi de conseil ».

« Le juge des tutelles fixe, dans les vingt-quatre heures du dépôt de la requête, les jour et heure de sa visite à la personne dont le placement provisoire est demandé ainsi que ceux de l'audience ».

Nous n'avons guère eu de mal à rédiger ce texte : ce sont, en gros, les termes de la loi qu'a adoptée, le 16 février 1990, le Sénat de Belgique.

« Si le malade n'a pas communiqué au greffier du tribunal d'instance le nom d'un médecin de son choix, le juge des tutelles peut en désigner un pour assister le malade ».

A M. Neuwirth, qui proposait en commission des lois que l'on mette « doit » à la place de « peut », nous avons fait valoir que, dans nombre de cas, ce ne serait pas la peine, d'où le maintien du mot « peut ».

« Le juge des tutelles statue en la forme des référés dans les dix jours du dépôt de la requête après un débat contradictoire où il entend l'intéressé assisté, le cas échéant, du conseil ou du médecin de son choix, sauf s'il déduit du certificat médical que cette audition serait inutile ou médicalement contre-indiquée ».

« Il prend, s'il échet, toute mesure de protection en ce qui concerne les actes de la vie civile du malade. » M. Virapoullé a insisté, à juste titre, sur l'importance qu'il y a à prendre toute mesure concernant les biens du malade au moment où l'on prend une décision concernant sa personne.

« Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée alors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement ».

« En cas d'incompétence territoriale, le juge des tutelles renvoie la requête, dans les vingt-quatre heures de son dépôt, devant le juge des tutelles compétent ».

« Le juge des tutelles peut déclarer la demande manifestement nulle ou irrecevable par un jugement prononcé dans le même délai ».

« Le greffier du tribunal d'instance notifie l'ordonnance aux parties et les informe qu'elles disposent des voies de recours de droit commun ».

« S'il fait droit à la demande de placement provisoire, le juge des tutelles désigne l'établissement dans lequel le malade sera admis ».

Enfin, ce qui va sans dire va encore mieux en le disant : « Le juge des tutelles peut à tout moment faire visiter le malade ou le malade présumé » - il ne s'agit pas nécessairement d'un malade, c'est toute la question - « par un médecin ».

Quant à l'urgence, c'est l'amendement n° 95 qui en traite :

« En cas d'urgence, le directeur de l'établissement peut admettre une personne atteinte de troubles mentaux au vu d'un certificat médical établi par un psychiatre... » Supposons qu'on ne trouve pas de psychiatre parce qu'on est dans la campagne la plus éloignée de la ville, un dimanche ; nous précisons donc dans l'amendement : « ...ou à défaut un autre médecin, ni l'un ni l'autre n'appartenant à l'établissement, attestant que les conditions prévues par le deuxième ou le troisième alinéa de l'article 6 sont remplies. »

Voilà notre malade interné ; peut-être s'agit-il simplement d'une crise ; il sera peut-être calmé le lendemain ; on ne peut pas le savoir. « Il adresse, dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, ce certificat au procureur de la République, qui, sans délai, saisit le juge des tutelles et avise de sa requête le malade et, le cas échéant, son représentant légal et la personne chez qui le malade réside. »

Tel est le système qui est proposé par la majorité de la commission des lois, puisque, évidemment, comme dans toute commission, tout le monde n'est pas forcément d'accord, et c'est tant mieux. C'est cela la démocratie !

C'est un système qui justifie amplement que l'on porte la main sur une loi, certes, respectable mais tout de même cent-cinquantenaire !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur les amendements nos 93 et 95 ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission des affaires sociales a rejeté l'idée de judiciarisation des procédures de placement telle qu'elle nous est présentée par M. Dreyfus-Schmidt. Elle a considéré que l'ensemble des amendements présentés constituait en fait, un contre-projet de loi.

Je tiens cependant à préciser que notre opposition sur ce point n'est pas dictée par des considérations philosophiques. Il n'est pas question pour nous de rejeter telle ou telle idée *a priori*. Nous avons essayé d'être pragmatiques. Nous nous sommes efforcés de nous appuyer sur le fonctionnement quotidien de nos établissements et sur les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins.

Nous avons retenu principalement trois arguments contre la judiciarisation, qui nous ont amenés à nous ranger au côté du Gouvernement dans cette affaire.

Le premier argument est un constat : la discipline psychiatrique ayant beaucoup évolué ces dernières années, le recours aux procédures de placement est devenu exceptionnel.

Tout notre système de lutte contre les maladies mentales est sous-tendu par l'idée qu'il faut, chaque fois que cela est possible, éviter l'hospitalisation pour suivre le malade dans son milieu de vie ordinaire. Toute la politique menée depuis des années par les gouvernements successifs tend à rapprocher la psychiatrie des autres disciplines médicales et à faire du malade mental un malade comme les autres.

Nous avons estimé que, dans ces conditions, l'intervention lourde et répétée du juge dans une procédure qui présente avant tout un caractère thérapeutique, allait à l'encontre de cette évolution constatée depuis quelques années et serait perçue par beaucoup comme une régression. Tel est le premier argument.

En deuxième lieu, nous n'avons pas voulu remettre en cause l'équilibre instauré par la loi de 1838 entre les autorités judiciaire, administrative et médicale parce que nous avons eu le sentiment qu'à travers l'idée de judiciarisation telle qu'elle est exprimée actuellement il existe une véritable défiance vis-à-vis des personnels soignants, notamment des psychiatres, qui sont généralement à tort ou à raison, cela a été dit, suspectés de vouloir porter atteinte aux libertés. Notre commission ne peut accepter cette attitude, qui ne tient pas compte de la réalité du fonctionnement de nos hôpitaux.

On nous renvoie alors à la législation européenne : bientôt, tous les pays d'Europe adopteront la judiciarisation, nous dit-on. Or, pour le moment, nous sommes à égalité.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Non !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** On nous cite tel ou tel exemple, dont l'Italie. Effectivement, ce pays a un système de judiciarisation partielle.

Mes chers collègues, un certain nombre d'entre vous ont peut-être suivi un reportage diffusé sur une chaîne de télévision que je ne nommerai pas.

Dans ce reportage, tourné à Trieste, il se passait des choses étonnantes qui nous amenaient à penser : « Quel bon système ! » Trieste, il faut le souligner, est une ville pilote dans ce domaine en Italie.

On voyait donc un malade mental caparaçonné dans une « camisole chimique », évoluant un peu comme un zombie dans les rues de Trieste, précédé et suivi par des caméramans, surveillé à distance respectable par son psychiatre et rencontrant - tout à fait par hasard, bien entendu ! - son infirmière habituelle. Le journaliste disait : « Voyez comme est beau le système italien tel qu'il est pratiqué ! »

Fort bien, mais ce n'est pas très sérieux. En effet, car si l'on étudie le système italien, judiciarisé...

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Pas du tout !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Si, en partie, puisque la décision est confirmée par le juge.

Si l'on étudie donc le système italien dans son ensemble, force est de reconnaître que le malade mental ne sait pas toujours où aller, et on le trouve trop souvent sous les ponts.

En matière de judiciarisation, l'exemple italien n'est donc pas une réussite.

A l'inverse, la Grande-Bretagne, pays de l'*habeas corpus*, a retenu le système du double certificat et a rejeté la judiciarisation. Chacun peut donc toujours trouver un exemple qui conforte ou infirme un point de vue.

Avons-nous besoin d'aller quérir des exemples au sein de l'Europe ? Ne sommes-nous pas capables d'élaborer nous-mêmes notre propre système ?

Nous avons une commission, voulue depuis le début, dès 1837, réclamée par Eugène Sue et Clemenceau. D'ailleurs, la commission des affaires sociales entend, si elle est suivie par le Sénat, accroître considérablement les prérogatives de cette commission et entend la faire intervenir à chaque étape de l'évolution de la maladie mentale.

Selon les termes du projet de loi, cette commission est composée d'un magistrat ou d'un juriste et d'un médecin, ensuite de deux personnes désignées l'une par la tutelle, l'autre par le conseil général. Nous pouvons parier que, dans 90 p. 100 des cas, siégeront au sein de la commission deux magistrats ou juristes et deux médecins. Ainsi existera une judiciarisation de fait, souple, moderne, réaliste, efficace, et qui, à mon avis, fonctionnera bien. Tel est mon troisième argument.

Voilà une très bonne solution, qui nous permet d'aller vers la judiciarisation de manière progressive, conformément à notre tempérament et à nos possibilités.

La commission des affaires sociales n'a pas cru bon d'aller au-delà, même si elle comprend très bien l'intérêt qu'il y avait à ouvrir ce débat devant le Sénat. Il fallait que ces choses soient dites ; il fallait que le Sénat débâte et se prononce. C'est de bonne méthode. Cela étant, la commission des affaires sociales ne pense pas devoir suivre la commission des lois sur ce point et elle se range à l'avis du Gouvernement. Elle émet donc un avis défavorable sur les amendements nos 93 et 95. (*Applaudissements sur les travées du R.P.R. et de l'U.R.E.I.*)

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** J'ai déjà eu l'occasion tout à l'heure d'expliquer, un peu longuement, la démarche qui a conduit le Gouvernement à rejeter l'idée de judiciarisation de l'hospitalisation. Je serai donc un peu plus bref.

D'abord, dans le souci de sérénité que quelques-uns d'entre vous ont souhaité, je dirai que ce débat, même s'il est parfois vif, n'altère alors absolument pas notre volonté commune de défendre les libertés individuelles des malades hospitalisés en raison de leur état mental. En effet, quel que soit le choix qui sera fait quant aux procédures qui conduisent à l'hospitalisation, c'est bien cette volonté commune qui est fondamentale.

Sans revenir sur l'ensemble de nos débats précédents et sur les arguments que j'ai moi-même développés pour expliquer la démarche du Gouvernement, il ne m'apparaît pas sain, au moment de l'hospitalisation, lorsque s'impose la nécessité d'une décision rapide - je ne pense pas que tel soit le sens de vos propos, monsieur Dreyfus-Schmidt - de faire le procès de la folie.

Des décisions doivent alors être prises. Or l'état pathologique d'une personne ne s'apprécie pas comme, dans d'autres procédures, des faits concrets sont appréciés par le juge d'instruction. Un état pathologique s'apprécie de manière beaucoup plus subtile, beaucoup plus complexe.

Une décision doit intervenir après un avis médical dans un premier temps ; mais nous devons nous donner les moyens, conformément aux procédures proposées par le Gouvernement, d'apprécier, dans un second temps, de manière contradictoire le bien-fondé de la décision qui a été prise.

Enfin, pour éviter toute ambiguïté, je dirai en toute amitié à M. le rapporteur de la commission des affaires sociales que la fougue ne doit quand même pas conduire à avancer des arguments qui n'en sont pas.

Concernant tel ou tel aspect de la thérapeutique en psychiatrie, l'exemple de Trieste s'apprécie au regard non pas de la judiciarisation mais de l'extériorisation du traitement des malades mentaux. Il s'agit simplement d'une expérience, avec des aspects positifs et des aspects négatifs, qui n'a rien à voir avec la judiciarisation.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Non !

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Mesdames, messieurs les sénateurs, nous nous sommes, les uns et les autres, longuement exprimés sur les choix qu'il était possible de faire. Pour les raisons que j'ai rappelées tout à l'heure, le Gouvernement est clairement opposé à la judiciarisation de l'internement psychiatrique. Je souhaite donc que le Sénat n'adopte pas les amendements de la commission des lois, même si je suis convaincu, je le répète, que la volonté de M. Dreyfus-Schmidt et de la commission des lois est bien de garantir des libertés auxquelles nous sommes tous attachés. Notre divergence porte uniquement sur la meilleure manière d'appliquer ces principes.

**M. Franck Sérusclat.** Au nom du groupe socialiste, je demande une suspension de séance d'une dizaine de minutes.

**M. le président.** Je prends acte de votre demande de suspension de séance, monsieur Sérusclat. Mais j'indique d'ores et déjà que j'inviterai le Sénat à se prononcer sur les deux amendements en discussion avant le dîner, puisque, du sort qui leur sera réservé, dépendra la suite de nos débats.

Cela étant, la séance est suspendue.

**(La séance, suspendue à dix-neuf heures trente, est reprise à dix-neuf heures trente-cinq.)**

**M. le président.** La séance est reprise.

Je vais mettre aux voix l'amendement n° 93.

**M. Charles Descours.** Je demande la parole contre l'amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, ainsi que je l'ai dit au cours de la discussion générale, ceux que nous devons prendre en compte dans ce débat sont des malades mentaux dont l'état a atteint un certain degré de gravité.

Aujourd'hui, comme nombre d'orateurs l'ont rappelé, l'hospitalisation en milieu fermé est devenue exceptionnelle. Dès lors, quand le médecin traitant et la famille se décident à demander un placement - il s'agit du « placement à la demande d'un tiers », selon la nouvelle terminologie du projet de loi - ou quand un placement est ordonné d'office, c'est parce que, à l'évidence, a été dépassé le stade où la maladie est bien supportée par le malade.

Or, compte tenu de la façon dont, aujourd'hui encore, l'hospitalisation en milieu psychiatrique est perçue dans notre société, il s'agit d'un coup très dur pour la famille et l'entourage du malade. Et c'est ce moment-là qui est retenu par certains de nos collègues, dont M. Dreyfus-Schmidt, pour que s'instaure un débat devant la juridiction ! La famille du malade, qui vit déjà extrêmement mal l'hospitalisation, vivra encore plus mal ce passage, qui sera nécessairement long, devant l'autorité judiciaire !

Je voudrais également dire à M. Dreyfus-Schmidt qu'un élément manque dans la procédure prévue par l'amendement n° 93. En effet, on propose que le juge écoute l'avocat et le médecin qui assistent le malade. Mais au nom de quoi décidera-t-il l'hospitalisation ? Il confiera une mission à un expert ; l'avocat qu'est M. Dreyfus-Schmidt le sait bien, tout comme je le sais moi-même pour être médecin-expert auprès

de la cour d'appel - même si c'est dans une autre discipline - l'expert saisi mettra un certain temps pour examiner le malade et rédiger son rapport, et on aura ainsi perdu un temps précieux.

Je le répète, contrairement à ce qu'a dit M. Dreyfus-Schmidt, aujourd'hui, lorsque l'on prend la décision d'hospitaliser le malade, c'est parce que la thérapeutique à son domicile a échoué. Ce n'est qu'en dernière extrémité que l'on agit ainsi. Le juge devra désigner un médecin-expert. En effet, je ne sais pas en vertu de quelle science infuse il pourrait prendre une décision d'hospitalisation sans avoir recueilli l'avis d'un spécialiste ! On perdra ainsi un temps précieux pour la santé du malade, et ce sera un moment très pénible pour la famille, qui, dans l'état actuel de notre société, ne se décide qu'en dernier recours à faire hospitaliser le malade en milieu psychiatrique.

Dans cette affaire, on fait du juridisme, et non de la santé publique ! *(Très bien ! et applaudissements sur les travées du R.P.R., de l'U.R.E.I. et de l'union centriste.)*

**M. François Lesein.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Lesein.

**M. François Lesein.** Monsieur le président, j'abonde dans le sens de mon collègue et confrère M. Descours. Par ailleurs, je suis heureux que de nombreux médecins soient présents aujourd'hui : cela prouve qu'eux aussi, et pas seulement les juristes, sont très attachés à l'avenir des malades mentaux et aux libertés individuelles de chacun.

M. Dreyfus-Schmidt veut traiter différemment de l'urgence et du cas du malade chronique. Il nous a donc proposé les amendements n°s 93 et 95. Il oublie, ainsi que vient de le souligner M. Descours, que si un médecin propose l'hospitalisation d'un malade mental, c'est parce qu'il est intimement persuadé que celui-ci va devenir très rapidement une urgence.

La procédure judiciaire que nous propose notre collègue M. Dreyfus-Schmidt me paraît à moi aussi très lourde pour pouvoir répondre dans un délai assez rapide à la plus grande partie des cas qui se présentent aux médecins de campagne et aux médecins de quartier. Ceux-ci, en effet, ont bien des soucis avec ces malades : ils savent que ces derniers vont devenir une urgence et qu'ils ne disposent d'aucun moyen s'ils doivent subir une procédure aussi lourde que celle que vous proposez.

Je ne puis vous suivre, monsieur le rapporteur pour avis, et je voterai donc contre l'amendement n° 93.

**M. Franck Sérusclat.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** M. le ministre a failli me convaincre tout à l'heure. En effet, c'est avec plaisir que je l'ai entendu dire qu'il ne s'agissait pas simplement d'une position de principe, comme je l'avais déduit de son intervention liminaire, mais qu'il avait cherché un certain nombre d'arguments pour justifier son refus de la judiciarisation. Cependant par la suite, en écoutant les autres intervenants, j'ai trouvé deux fragilités dans ses propos, qui fragilisent l'ensemble de sa position.

La première fragilité découle de l'affirmation selon laquelle aucun recours ne serait possible dans le cas où le juge déciderait du placement. Or, il en existe un.

La seconde fragilité provient d'une confusion faite par les intervenants qui prétendent que l'avis du médecin serait soit ignoré soit non formulé. Mais il n'a jamais été question de changer la responsabilité et le rôle des psychiatres dans les conditions de l'internement ! Nous remplaçons simplement le préfet par le juge. Si le psychiatre est mis de côté, cela sera vrai pour le préfet comme pour le juge.

Il n'y a aucune différence et je ne comprends pas qu'au nom de la thérapeutique à administrer il y ait un problème. Le juge sera dans la même situation que le préfet.

**M. Charles Descours.** Ce n'est pas vrai ! Le préfet n'est pas obligé de demander une expertise.

**M. Franck Sérusclat.** Je ne vois pas là la moindre altération apportée au rôle ou à la responsabilité du médecin psychiatre.

Ou alors, messieurs, allez jusqu'au terme de votre logique et donnez le pouvoir aux seuls médecins psychiatres de décider du placement ! Seul le psychiatre décidera, comme cela se fait dans d'autres pays, et il pourra y avoir recours.

Autre contradiction : vous acceptez que la commission déjuge éventuellement le psychiatre. Elle aura ce pouvoir puisqu'il y a un recours.

**M. Marcel Daunay.** Ce sera trop tard.

**M. Franck Sérusclat.** Vous dites que la justice est pauvre. Pourtant, vous acceptez de mobiliser deux magistrats par commission - comme il y a 95 commissions, cela fera 190 magistrats - pour faire les visites, écouter les malades et être le recours.

Les arguments mis en avant sont trop fragiles.

Puisque le Gouvernement souhaite que la liberté et la dignité du malade soient respectées et que la Constitution, en son article 66, prévoit le meilleur moyen d'y parvenir, nous devons suivre la position de la commission des lois.

**M. Roland Courteau.** Très bien !

**M. Paul Souffrin.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Il n'y a pas débat entre la position juridique et la position médicale.

Le rôle du médecin est de soigner les malades.

Tous les psychiatres que nous avons reçus nous ont dit que leur rôle est de soigner et non pas d'enfermer.

Alors, qui doit décider de l'internement ? Le juge ou le préfet ? Nous avons estimé, comme la commission des lois, que cette décision relève de l'ordre judiciaire et non de l'ordre administratif.

Le rôle du préfet, notamment en tant que responsable sanitaire du département, n'en est pas amenuisé.

C'est le juge qui doit, à notre avis, comme le propose la commission des lois, décider de la mise à l'écart de la société de certains malades.

Il ne faut pas se retrancher derrière l'argument selon lequel la justice est pauvre. Si elle est trop pauvre, il faut lui donner les moyens de travailler. C'est une nécessité dans notre pays.

En tout état de cause, nous voterons l'amendement tel qu'il a été présenté, au nom de la commission des lois, par M. Dreyfus-Schmidt.

**M. Bernard Laurent.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Laurent.

**M. Bernard Laurent.** Je ne suis pas juriste, ni médecin, ni, je l'espère, malade mental : je me sens donc très à l'aise devant le choix qui s'offre à nous.

Je suis toujours réticent devant les mesures administratives, non que je nourrisse quelque rancune à l'égard des préfets.

Je suis président de conseil général et, depuis la décentralisation, je me suis toujours très bien entendu avec les préfets.

A chacun son travail.

Lorsqu'il s'agit de la personne humaine, je fais plus confiance à la justice de mon pays qu'à l'administration, si haut qu'elle soit placée. (*Oh ! sur les travées de l'U.R.E.I.*)

**M. Henri de Raincourt.** Ce n'est pas gentil !

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 93, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

Je suis saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe communiste.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions réglementaires.

(*Le scrutin a lieu.*)

**M. le président.** Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

(*Il est procédé au comptage des votes.*)

**M. le président.** Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 118 :

Nombre des votants .....	317
Nombre des suffrages exprimés .....	317
Majorité absolue des suffrages exprimés	159

Pour l'adoption .....	147
Contre .....	170

Le Sénat n'a pas adopté.

Je vais maintenant mettre aux voix l'amendement n° 95.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, nous n'avons qu'une parole. Puisque l'amendement n° 93 a été repoussé, je suis habilité par la commission des lois à retirer l'amendement n° 95, ainsi d'ailleurs que les amendements n°s 89 rectifié à 92 rectifié, 94 et 96 à 111.

**M. le président.** Les amendements n°s 89 rectifié à 92 rectifié et 94 à 111 sont retirés.

Nous en avons terminé avec les amendements portant articles additionnels après l'article 1<sup>er</sup>, qui avaient été appelés en priorité.

Nous allons aborder l'examen de l'article 1<sup>er</sup>.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, compte tenu du vote qui est intervenu sur l'amendement n° 93, je retire l'amendement n° 88.

**M. le président.** L'amendement n° 88 est retiré.

A cette heure, le Sénat voudra sans doute interrompre ses travaux pour les reprendre à vingt-deux heures. (*Assentiment.*)

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante-cinq, est reprise à vingt-deux heures cinq.*)

**M. le président.** La séance est reprise.

Nous poursuivons la discussion du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Nous abordons la discussion de l'article 1<sup>er</sup>.

#### Article 1<sup>er</sup>

**M. le président.** « Art. 1<sup>er</sup>. - Le chapitre 1<sup>er</sup> du titre IV du livre III du code de la santé publique est intitulé : " Organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et droits des malades mentaux " ».

« Il comprend l'article L. 326 et les articles L. 326-1, L. 326-2, L. 326-3, L. 327, L. 328, L. 329 et L. 330 ci-dessous : ».

Par amendement n° 6, M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, suggère de rédiger comme suit l'intitulé du chapitre 1<sup>er</sup> du titre IV du livre III du code de la santé publique proposé par cet article :

« Organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et droits des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux. »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Dans l'intitulé du projet de loi, les termes « malades mentaux » ont été supprimés, car ils pouvaient avoir un caractère « stressant » ; mais ils sont repris dans l'intitulé d'un chapitre du code de la santé publique.

La commission estime qu'il faut harmoniser les rédactions et propose donc de reprendre les termes figurant dans l'intitulé général du projet de loi.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Favorable.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 6, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE L. 326-1  
DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté ont déposé un amendement n° 66 ainsi rédigé :

A. - Avant le texte proposé par cet article pour l'article L. 326-1 du code de la santé publique, insérer un nouvel article ainsi rédigé :

« Art. L.... I. - Les dépenses exposées en application de l'article L. 326 sont à la charge de l'Etat sans préjudice de la participation des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins.

« En conséquence,

« a) Les dispositions de l'article 79 de la loi de finances pour 1986 du 30 décembre 1985 (n° 85-1403) sont abrogées.

« b) L'impôt sur les sociétés est relevé à due concurrence ».

B. - En conséquence, rédiger ainsi le début du deuxième alinéa de cet article :

« Il comprend l'article L. 326, l'article L.... et les articles .... ».

La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Cet amendement est, en fait, la simple reprise des dispositions de l'actuel article L. 353 du code de la santé publique que le projet de loi qui nous est aujourd'hui soumis ne prévoit pas de conserver.

La lutte contre les maladies mentales incombe à l'Etat, aux termes de l'article L. 326 que nous proposons tout à l'heure de modifier.

En revanche, depuis l'adoption de l'article 79 de la loi de finances de 1986 et par dérogation à l'article L. 353 du code de la santé publique, l'Etat s'est désengagé de ses obligations financières en la matière en les reportant à la charge de la sécurité sociale.

A l'époque, nous nous étions opposés à ce transfert, qui a contribué à mettre en difficulté l'assurance maladie en lui imposant de déboursier annuellement près de trois milliards de francs, à faire de l'Etat le décideur de dépenses qu'il ne supporte pas et, enfin et surtout, à priver des moyens nécessaires la mise en œuvre d'une politique de sectorisation psychiatrique répondant véritablement aux besoins des malades.

Ainsi, depuis 1986, la lutte contre les maladies mentales est à la charge exclusive et directe des salariés, tout en étant décidée par l'Etat.

C'est là une situation pour le moins inacceptable que nous demandons au Sénat de ne pas laisser perdurer.

Bien évidemment, nous ne nous opposons pas à l'instauration d'un financement unifié et au principe d'un budget unique de secteur couvrant l'ensemble des activités intra et extra-hospitalières. Ce budget unique est, en effet, source d'efficacité. Mais nous demandons que soit rétabli, en matière de lutte contre les maladies mentales, le principe selon lequel celui qui décide doit payer.

De plus, les dispositions actuelles - nous l'avions souligné à l'époque - telles qu'elles sont définies par l'article 79 de la loi de finances de 1986, posent un problème de démocratie. En effet, en se déchargeant du financement du secteur sur la sécurité sociale, l'Etat renonce de fait à mener une politique de santé mentale. De plus, il en confie le contrôle aux représentants des assurés sociaux administrateurs de caisses, qui ne sont représentatifs que des assurés sociaux.

Ces dispositions de la loi de finances de 1986, qui ont encore force de loi, constituent, en définitive, un carcan enfermant la médecine psychiatrique dans la logique de la pénurie budgétaire et empêchent son développement au niveau qui serait nécessaire pour notre pays.

Voilà pourquoi je demande au Sénat de bien vouloir adopter cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Sans méconnaître l'intérêt de la question posée, la commission estime qu'elle sort nettement du cadre du présent projet de loi et qu'elle remet en cause non seulement le financement de la psychiatrie, mais également le financement de l'ensemble de la médecine hospitalière française. Elle a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement pour deux raisons.

La première est liée à la conception que l'on doit avoir, du point de vue du Gouvernement, de la prise en charge du malade dans le secteur de la psychiatrie, qui doit permettre d'unifier l'intra et l'extra-hospitalier. Si les financements sont dissociés, il n'y aura plus d'unification de l'intervention, alors que cette intervention - conformément d'ailleurs à ce que vous avez vous-même souhaité tout à l'heure, monsieur Souffrin - doit permettre une extériorisation des soins. Or une double tarification et un double financement ne permettent pas d'assurer la continuité dans la prise en charge du malade.

La seconde raison de l'opposition du Gouvernement à cet amendement repose sur un argument qui nous renvoie à un débat que vous avez soulevé tout à l'heure, monsieur Souffrin : il n'est pas du ressort de l'assurance maladie de prendre en charge ce secteur.

Mais, monsieur le sénateur, à quoi sert l'assurance maladie, sinon à prendre en charge la santé de nos concitoyens, y compris leur santé mentale ?

Vous avez également évoqué le fait qu'il n'était pas acceptable que ce soient les salariés qui paient !

Certes, et je suis d'accord pour que nous débattions du financement de l'assurance maladie.

Pendant, vous ne pouvez contester que l'assurance maladie assume la responsabilité du financement de l'ensemble de notre système de santé, lequel comprend la santé mentale.

Pour toutes ces raisons, le Gouvernement ne peut naturellement pas accepter cet amendement.

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 66.

**M. Charles Descours.** Je demande la parole contre l'amendement.

**M. le président.** La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** M. le ministre vient d'évoquer la raison de fond pour laquelle nous ne pouvons pas suivre M. Souffrin.

Aujourd'hui, tout le monde - la société comme les médecins - veut considérer la maladie mentale comme une maladie comme les autres. Je ne vois donc pas pourquoi on voudrait trouver un financement à part.

Pour ces raisons philosophiques, je suis contre cet amendement.

**M. Paul Souffrin.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Monsieur le ministre, j'ai bien dit que nous acceptons l'unicité de la prise en charge.

L'article L. 326 du code de la santé publique laissait à la charge de l'Etat cet aspect précis des choses. Or la loi de finances de 1986 le met à la charge de la sécurité sociale sans donner à celle-ci de moyens nouveaux. C'est pour cela que j'ai présenté cet amendement.

**M. Charles Descours.** Ce n'est ni la première ni la dernière fois !

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 66, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

## ARTICLE L. 326-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 326-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 326-1. - Nul ne peut être sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III du présent titre. »

Par amendement n° 7, M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, propose, dans le texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-1 du code de la santé publique, de remplacer les mots : « malades mentaux » par les mots : « malades atteints de troubles mentaux ».

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Cet amendement d'harmonisation est strictement identique à l'amendement n° 6.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?...

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Favorable.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 7, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, ainsi modifié, le texte proposé pour l'article L. 326-1 du code de la santé publique.

(Ce texte est adopté.)

## ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE L. 326-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Par amendement n° 185, M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent d'insérer, après le texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-1 du code de la santé publique, un article additionnel ainsi rédigé :

« Art. L... - Nul ne peut faire l'objet d'un placement défini au chapitre III du présent titre du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans une société donnée. »

La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, quelle définition donner des troubles mentaux nécessitant un traitement ? Tel est le problème important qui nous est posé à ce stade de notre discussion.

Le texte qu'il nous appartient d'élaborer doit répondre à une double exigence : il doit tout à la fois protéger le citoyen contre l'arbitraire d'un placement abusif et répondre à la nécessité de traiter les pathologies qui doivent l'être. C'est là un exercice relativement difficile - nous l'avons déjà vu - et l'amendement n° 185 a précisément pour ambition de contribuer à trouver une solution à ce problème.

Il nous appartient donc que soit clairement et définitivement exclu de ce que l'on peut regrouper sous le terme générique de « troubles mentaux » tout comportement ou toute idée qui ne corresponde pas à la norme sociologique en vigueur dans la société.

Ainsi, tout anticonformisme ne doit pas être assimilé à de quelconques troubles mentaux, que ce comportement se révèle dans le mode de vie, dans une philosophie particulière, dans une religion peu répandue aux rites inhabituels et parfois surprenants, voire dans une attitude propre à attirer l'attention, même de manière originale, sur un problème quelconque de société.

Nous considérons qu'il faut être vigilant sur ces points et ne pas permettre, de quelque façon que ce soit, qu'une personne se situant hors des normes communément admises par la société - même si cela est temporaire - soit considérée comme psychiquement défaillante.

L'amendement n° 185 est important dans la mesure où il permet de garantir contre l'arbitraire bon nombre de citoyens. La précision que nous vous demandons d'apporter au texte figure déjà dans la législation britannique et mérite, à mon avis, d'être insérée dans la loi française.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Bien entendu, les principes qui ont été rappelés par notre collègue M. Souffrin sont hautement respectables. Cependant, ils sont déjà énoncés dans le préambule de la Constitution de 1946 et dans la Déclaration des droits de l'homme, notamment. Il y aurait donc redondance, à mon avis, à les réitérer dans chaque texte de loi.

C'est pourquoi la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Il s'agit effectivement d'un principe constitutionnel, qu'il n'est sans doute pas nécessaire de rappeler dans un texte de loi.

Nul, en effet, dans notre pays - il faut d'ailleurs se féliciter de voir cette règle s'étendre progressivement à l'ensemble des pays de la planète - ne peut être interné pour ses idées religieuses, philosophiques ou politiques. On ne peut que se réjouir de l'avancée que réalisent actuellement, dans ce domaine, un certain nombre de pays, à commencer par ceux à qui cela a récemment valu d'être réadmis, au moins à titre d'observateurs, à la conférence internationale de psychiatrie, lors de sa dernière réunion, en Grèce.

Ce principe étant reconnu dans notre Constitution, il n'est pas besoin de le rappeler dans ce texte. En conséquence, le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 185, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

## ARTICLE L. 326-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 326-2 du code de la santé publique :

« Art. L. 326-2. - Toute personne librement hospitalisée pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. »

Par amendement n° 8, M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, propose de rédiger comme suit le début du texte présenté pour cet article :

« Art. L. 326-2. - Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux... »

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** L'amendement n° 8 vise à bien préciser que le critère d'hospitalisation libre est le consentement du malade ; l'expression employée dans le projet de loi, à savoir « toute personne librement hospitalisée », ne nous paraît pas apporter une garantie suffisante à cet égard.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Avis favorable.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 8, accepté par le Gouvernement.

(L'amendement est adopté.)

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, ainsi modifié, le texte proposé pour l'article L. 326-2 du code de la santé publique.

(Ce texte est adopté.)

## ARTICLE L. 326-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique :

« Art. L. 326-3. - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à sa liberté doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement.

« Elle dispose notamment du droit :

« 1) d'être informée dès l'admission et, en tout cas, dès que son état le permet, de sa situation juridique ;



« 2) de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

« 3) d'émettre ou de recevoir des courriers personnels ;

« 4) de saisir la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« 5) de consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent.

« Ces droits, à l'exclusion de celui mentionné au 3 ci-dessus, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les proches. »

Sur cet article, je suis saisi de neuf amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Par amendement n° 113 rectifié, M. Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois, propose de rédiger comme suit le texte proposé pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique :

« Art. L. 326-3. - Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des présentes dispositions, les restrictions à sa liberté ne peuvent être limitées qu'à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement.

« Elle est informée en permanence oralement et par écrit :

« - de sa situation juridique,

« - de ses droits à :

« saisir à tout moment le président du tribunal de grande instance conformément à l'article L. 351 ;

« correspondre, communiquer et s'entretenir librement avec tout avocat et médecin, les autorités mentionnées à l'article L. 332-2 et les membres de la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« adresser toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte ;

« recevoir toute lettre dans les mêmes conditions ;

« consulter à tout moment le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 dont un exemplaire lui est remis et de recevoir à son sujet tout éclaircissement, explication ou précision.

« Les droits mentionnés aux cinquième, sixième, septième et neuvième alinéas ci-dessus ne peuvent faire l'objet d'aucune limitation.

« Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 331, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue au premier alinéa de l'article L. 327, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu du traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice.

« Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne placée dans un établissement visé à l'article L. 331. »

Par amendement n° 158, M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Frayssse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent, à la fin du premier alinéa du texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique, d'ajouter la phrase suivante : « En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée. »

L'amendement n° 9, présenté par M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi conçu :

« Les sept derniers alinéas du texte proposé par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Elle doit être informée dès l'admission et, en tout cas, dès que son état médical constaté le permet, de sa situation juridique et de ses droits.

« Elle dispose notamment du droit :

« 1) de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

« 2) d'émettre ou de recevoir des courriers personnels ;

« 3) de saisir la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« 4) de consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

« 5) de pratiquer la religion de son choix sans discrimination.

« Les droits mentionnés au 1), 3) et 4) ci-dessus, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les proches. »

Cet amendement est assorti d'un sous-amendement n° 67, déposé par M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Frayssse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté, et tendant à rédiger comme suit le premier alinéa du texte proposé par ledit amendement :

« Elle doit être informée de sa situation juridique et de ses droits, par le directeur de l'établissement ou son représentant, dès son admission ou ultérieurement à sa demande. »

Par amendement n° 160 rectifié, MM. Belcour, Descours, Mme Rodi et les membres du groupe du R.P.R. proposent de remplacer les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas du texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique par les dispositions suivantes :

« Elle dispose notamment du droit, dès l'admission :

« (...) de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

« (...) de saisir la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« (...) de recevoir des courriers personnels ;

« (...) de consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

« et dès que son état médicalement constaté le permet :

« (...) d'être informée de sa situation juridique ;

« (...) d'émettre des courriers personnels. »

Par amendement n° 40, M. Descours, Mme Rodi, MM. Jourdain, Husson, Belcour et les membres du groupe du R.P.R. proposent de compléter *in fine* le cinquième alinéa (3) du texte présenté pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique par les mots suivants : « , après avis du médecin traitant ; ».

Par amendement n° 44, M. Miroudot et les membres du groupe de l'U.R.E.I. proposent, à la fin du cinquième alinéa (3) du texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique, d'insérer les mots : « , après avis d'un psychiatre de l'établissement ; ».

Par amendement n° 68, M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Frayssse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent de rédiger ainsi le sixième alinéa, (4), du texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique :

« 4) de recevoir des visites et de disposer de sa liberté de mouvement à l'intérieur de l'établissement sous réserve du respect des dispositions du règlement défini à l'article L. 332-1 à propos duquel il recevra toutes les explications ; ».

Par amendement n° 41, M. Descours, Mme Rodi, MM. Jourdain, Husson, Belcour et les membres du groupe du R.P.R. proposent, à la fin du dernier alinéa du texte présenté pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique, de supprimer les mots : « ou les proches ».

Par amendement n° 50, MM. Sérusclat, Estier, Boeuf, Penne, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent, dans le dernier alinéa du texte présenté par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique, de remplacer les mots : « les proches. » par les mots : « les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade, ».

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre l'amendement n° 113 rectifié.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, l'un des intérêts du projet de loi - tout le monde en a été d'accord cet après-midi, lors de la discussion générale - est de reconnaître des droits aux malades atteints de troubles mentaux. En effet, l'article L. 353-2 du code de la santé publique reconnaissait des droits à tous les malades, y compris aux malades atteints de troubles mentaux, à l'exception de ceux qui étaient placés.

Le projet de loi met ainsi le droit français en conformité avec la recommandation du comité des ministres du Conseil de l'Europe, qui prévoit que les restrictions imposées à la liberté individuelle du patient « doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. »

Comme vous pouvez vous en rendre compte, mes chers collègues, ce sont très exactement ces termes qui ont été repris au début du texte proposé pour l'article L. 326-3. Ils ont d'ailleurs peut-être été trop bien repris, car au lieu de « doivent être limitées à celles nécessitées... », mieux vaudrait sans doute écrire : « ne peuvent être limitées qu'à celles... ». Telle est la première modification proposée par l'amendement n° 113 rectifié.

Le texte proposé pour l'article L. 326-3 dispose que « lorsqu'une personne... est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre... », c'est-à-dire placée soit à la demande d'un tiers, soit d'office, « elle dispose notamment du droit de ... ».

La commission des affaires sociales préfère une rédaction beaucoup plus impérative, prévoyant que la personne « doit être informée dès l'admission et, en tout cas, dès que son état médicalement constaté le permet, de sa situation juridique et de ses droits ».

La commission des lois va plus loin, puisqu'elle propose, par l'amendement n° 113 rectifié, que la personne, dès son admission, soit « informée... oralement et par écrit », étant entendu que, si elle n'est pas en mesure de comprendre les explications qui lui sont données, elle pourra se référer ensuite aux écrits, d'autant plus que ceux-ci seront remis à chaque malade lors de son admission et seront largement diffusés à l'intérieur de l'établissement.

Par ailleurs, la commission des lois propose que la personne soit informée en permanence ; si elle n'a pas pu comprendre au moment de l'admission, elle pourra être informée par la suite.

La personne « est informée en permanence oralement et par écrit :

« - de sa situation juridique ;

« - de ses droits à :

« saisir à tout moment le président du tribunal de grande instance conformément à l'article L. 351 ; » - cet article permet de saisir en référé à tout moment le président du tribunal de grande instance, si l'on estime être retenu à tort - ;

« correspondre, communiquer et s'entretenir librement avec tout avocat et médecin, les autorités mentionnées à l'article L. 332-2... » - ce sont toutes les personnes habilitées à visiter les établissements, c'est-à-dire le procureur de la République, le juge d'instance, le président du tribunal de grande instance, etc. - « ... et les membres de la commission prévue à l'article L. 332-3 ; » - je rappelle que la création de cette commission avait déjà été souhaitée en 1837 et que Clemenceau avait essayé de la mettre en place par circulaire. Nous la voyons donc revenir aujourd'hui.

L'amendement n° 113 rectifié prévoit également que la personne doit être informée de ses droits à :

« adresser toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte ; » - je rappelle que, aux termes de la recommandation du comité des ministres du Conseil de l'Europe, « les droits du patient de communiquer avec toute autorité appropriée... et un avocat et d'envoyer toute lettre, sans que celle-ci ait été ouverte, ne peuvent être soumis à des restrictions ».

« recevoir toute lettre dans les mêmes conditions ; »

« consulter à tout moment le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 dont un exemplaire lui est remis et de recevoir à son sujet tout éclaircissement, explication ou précision.

« Les droits mentionnés aux cinquième, sixième, septième et neuvième alinéas ci-dessus ne peuvent faire l'objet d'aucune limitation. » Il n'y a aucune raison, en effet, de limiter le droit à être informé de la possibilité de saisir le président du tribunal, un avocat, un médecin, l'autorité ou un membre de la commission, d'adresser toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte - c'est prévu par le comité des ministres du Conseil de l'Europe - et de consulter à tout moment le règlement intérieur.

Seule la réception de « toute lettre » peut soulever quelques problèmes. Il peut être gênant, en effet, que le conjoint envoie une lettre d'insultes ou que l'on annonce au

malade l'accident grave survenu à sa mère, par exemple. Le médecin peut, dans certains cas, estimer qu'il n'y a pas lieu de remettre telle ou telle lettre. Nous voulons bien l'admettre. Mais les autres droits ne doivent connaître aucune limite.

Par ailleurs, l'amendement n° 113 rectifié prévoit que le médecin est tenu de faire la déclaration au procureur de la République du lieu du traitement dès qu'il constate que la personne se trouve dans la situation prévue par la loi. Cette déclaration place alors le malade sous sauvegarde de justice. Ainsi, les actes qu'il pourrait passer, notamment en envoyant « toute lettre », seraient annulés.

Enfin, l'amendement n° 113 rectifié rappelle que, « suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil », il peut être constitué « une tutelle ou une curatelle pour la personne placée dans un établissement... », c'est-à-dire placée à la demande d'un tiers ou placée d'office.

L'amendement n° 113 rectifié nous paraît constituer un tout. La commission des lois, par la voix de son rapporteur, se permet d'insister auprès du Sénat pour qu'il veuille bien le prendre en considération, dans la mesure où nous avons essayé d'élargir au maximum les droits de la personne placée, tout en permettant que les limitations nécessaires à son état puissent être apportées.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin, pour défendre l'amendement n° 158.

**M. Paul Souffrin.** Le présent article posant les principes des droits dont doit bénéficier toute personne hospitalisée et soignée sans son consentement, il nous apparaît tout à fait indispensable, du point de vue de l'éthique, d'inclure dans la loi la garantie que leur dignité sera respectée.

Par le passé, des applications pernicieuses de la loi de 1838 ayant généré des abus, nous ne pensons pas qu'une telle garantie relative à la dignité des personnes soit superflue dans un texte qui doit, selon nous, traiter pleinement des besoins des personnes touchées par la maladie. Ces dernières doivent être traitées avec humanité.

C'est pourquoi je demande au Sénat d'adopter cet amendement n° 158, qui me paraît améliorer le texte.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n° 9 et pour donner l'avis de la commission sur les amendements n°s 113 rectifié et 158.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** L'amendement n° 113, qui comportait des références au contre-projet établi par la commission des lois, avait été rejeté par la commission des affaires sociales. Le contre-projet ayant été retiré, cet amendement a été rectifié afin de se resituer dans le code de la santé publique. Tel qu'il est rédigé actuellement, il réécrit intégralement l'article L. 326-3 du code de la santé publique, qui énumère les droits des personnes faisant l'objet d'une mesure de placement.

Sur le fond, il répond aux mêmes objectifs que le texte gouvernemental et que l'amendement n° 9 de la commission.

Sur la forme, il rassemble des dispositions qui figurent aux articles L. 327 et L. 329 du code de la santé publique et qui sont relatives à la mise sous tutelle, à la mise sous curatelle ou à la mise sous sauvegarde de justice.

Fallait-il les inclure dans un article qui énumère les droits du malade ? Nous ne le pensons pas.

Notre amendement n° 9 vise à distinguer, d'une part, l'information du malade sur sa situation juridique et sur ses droits, qui, pensons-nous, doit être obligatoire et systématique dès l'admission et non pas semi-facultative, et, d'autre part, l'énumération de ses droits.

Enfin, la commission a souhaité reprendre, dans son amendement n° 9, une disposition relative à la liberté religieuse dans les établissements, qui n'apparaît pas dans l'amendement n° 113 rectifié, mais qui figure dans le texte actuel du code de la santé publique.

Pour toutes ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 113 rectifié.

En revanche, l'amendement n° 158 apporte, selon nous, une précision utile, qui peut fort bien être insérée dans le texte du projet de loi.

J'en arrive à l'amendement n° 9 de la commission. Sans réécrire totalement l'article, nous reprenons très précisément la définition des droits du malade telle qu'elle figure dans la recommandation qui a été adoptée par le comité des ministres du Conseil de l'Europe et ratifiée par la France.

Afin de mieux garantir les droits ainsi énumérés, il faut, selon nous, renforcer l'information du malade. Ce dernier doit obligatoirement être informé de sa situation juridique et de ses droits non seulement dès l'admission, mais, en tout état de cause, dès que sa situation le permet.

La commission vous propose enfin de reprendre une disposition garantissant le libre exercice d'une pratique religieuse, qui existe dans le texte actuel, mais qui a été supprimée on ne sait pourquoi. Certains membres de la commission se sont émus d'une telle suppression et ont demandé le rétablissement de cette disposition.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin, pour défendre le sous-amendement n° 67.

**M. Paul Souffrin.** Le présent article a pour objet de définir les droits imprescriptibles dont bénéficient les personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux. Cependant il limite, d'une façon qui nous paraît inacceptable, l'accessibilité du malade à la connaissance des droits dont il dispose en le subordonnant à la volonté du médecin.

La rédaction proposée pour ces dispositions nous semble beaucoup trop timide et pour le moins restrictive par rapport à l'actuel article L. 353-2, qui définit les droits du malade et leur exercice. La personne soignée sans son consentement peut, par conséquent, dans la plupart des cas, ne pas être en mesure de connaître ses droits et de les exercer. Cela a pour effet de les rendre purement formels, d'où le risque d'un certain nombre de placements abusifs et également d'une altération des rapports de confiance nécessaires entre le thérapeute et son patient.

Le sous-amendement n° 67 vise donc à garantir au malade la connaissance et l'exercice de ses droits, cela non seulement dès l'admission, mais encore sur demande pendant toute la durée du placement.

En outre, il a le mérite de préciser que c'est une personne connaissant la législation, un membre qualifié de l'administration de l'hôpital, qui informera le malade. Notre sous-amendement sépare la fonction médicale de la fonction administrative.

Les inconvénients limités que pourrait avoir, dans certains cas, sur l'état de santé des malades, le fait de les informer - ils sont limités par le caractère restrictif de ce texte par rapport à l'actuel article L. 353-2 - sont infiniment moins importants que ceux qui résulteraient de l'absence d'information de ce malade. Le plus souvent, le fait de l'informer de sa situation juridique et de ses droits ne peut que contribuer à l'apaiser. Il est en effet difficilement concevable - je pense, par exemple au simple fait de lui annoncer qu'il peut demander les conseils d'un médecin ou d'un avocat de son choix - que l'information soit de nature à amplifier la gravité de ses troubles.

En définitive, le texte qui nous est proposé contribuerait plus à isoler le malade dans la tradition aliénante qu'à lui permettre d'entamer un traitement médical efficace et rapide. C'est la raison pour laquelle je demande au Sénat de bien vouloir se rallier à notre sous-amendement n° 67. Il convient aujourd'hui de tourner la page de l'enfermement, d'éviter les placements abusifs et de donner aux malades toutes les chances de rétablissement que permet la psychiatrie moderne.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 67 ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Il n'apporte, nous semble-t-il, aucune réelle modification puisque notre amendement n° 9 prévoit déjà l'information obligatoire dès l'admission et, en tout état de cause, ultérieurement, dès que l'état de santé du malade le permet.

Par conséquent, la commission est défavorable à ce sous-amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements nos 113 rectifié, 158 et 9, ainsi que sur le sous-amendement n° 67 ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement a plutôt tendance à considérer que la rédaction qu'il a choisie répond aux principales préoccupations qui se sont exprimées, les autres ne méritant pas, selon moi, d'être retenues. Je m'expliquerai ultérieurement sur les raisons qui motivent une telle appréciation.

Sans entrer dans le détail, je voudrais simplement demander à M. Dreyfus-Schmidt ce qu'il entend quand il précise qu'un malade doit être informé « en permanence, oralement et par écrit ». Il me semble que de telles garanties figurent d'ores et déjà dans le texte du Gouvernement. C'est pourquoi je demande le rejet de l'amendement n° 113 rectifié.

Quant à l'amendement n° 158 de M. Souffrin, il affirme un principe qui va de soi : en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée. Face à une telle affirmation, il est évident que le Gouvernement n'a aucune objection à formuler ! Il s'en remettra donc à la sagesse du Sénat. Certes, cette disposition va de soi, mais cela va encore mieux parfois en le précisant !

Monsieur le rapporteur de la commission des affaires sociales, vous vous êtes livré à une réécriture d'une partie de l'article proposé par le Gouvernement. Permettez-moi simplement de reprendre deux des éléments que vous avez introduits.

La personne « doit être informée dès l'admission et, en tout cas, dès que son état médicalement constaté le permet ».

J'attire votre attention sur le fait que cette disposition risque de restreindre les droits du malade. En effet, cette appréciation de l'état du malade, à laquelle est subordonnée son information relative à sa situation juridique et à ses droits, nécessite, à un moment du séjour, un examen ou un accord médical préalable qui acte le fait que le malade est médicalement apte à recevoir une telle information. Ce verrou complique considérablement la procédure ; j'y reviendrai un peu plus tard.

Le malade a des droits, il doit en être informé et ses droits doivent s'exercer. Il n'y a pas lieu d'introduire des verrous supplémentaires, qui, sous le prétexte de donner des garanties, risquent en fait de compliquer la procédure, voire de faire en sorte qu'elle ne soit pas respectée du tout !

Vous proposez encore - vous y avez effectivement fait allusion au stade de l'élaboration du projet - d'autoriser le malade à « pratiquer la religion de son choix sans discrimination ». Compte tenu de la diversité des religions qui sont pratiquées aujourd'hui dans notre pays, il n'est pas possible de garantir *a priori* à un malade qu'il lui sera possible de pratiquer sa religion dans un temple, une synagogue ou encore une mosquée. Une telle disposition peut même se révéler incompatible avec la nécessité de tel ou tel type de placement.

Là encore, je crains qu'en affirmant un souci tout à fait louable on ne rende ce texte de loi inapplicable.

Pour ces deux raisons - j'aurais pu en donner d'autres - je ne suis pas non plus favorable à l'amendement n° 9.

Avec le sous-amendement n° 67 de M. Souffrin, j'en reviens à l'argumentation que j'ai évoquée tout à l'heure à propos de l'état « médicalement constaté » qui figure dans l'amendement n° 9 de la commission des affaires sociales.

Monsieur Souffrin, je ne pense pas que votre précision apporte une garantie supplémentaire. Le malade dispose de droits, il doit en être informé, et cela en permanence. (*M. le rapporteur pour avis approuve vivement.*) Il n'y a pas lieu de préciser qu'il le sera à tel ou tel moment.

Monsieur Dreyfus-Schmidt, vous évoquiez tout à l'heure non pas une information permanente, mais un rapport écrit ou oral qui devait être fait en permanence, ce qui est tout à fait différent. Je n'imagine pas un « dévidoir » se déroulant en permanence au chevet du lit du malade pour qu'il connaisse l'état dans lequel il se trouve (*Sourires*), si vous me permettez de faire un brin d'humour sur votre proposition ! Je ne pense d'ailleurs pas que ce soit ce que vous souhaitiez.

En tout cas, il ne me semble pas possible de retenir ce sous-amendement n° 67.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Permettez-moi d'apporter deux précisions à M. le ministre.

La disposition de notre amendement n° 9 qui précise : « lorsque son état médicalement constaté le permet » ne constitue pas pour nous un verrou. Le débat parlementaire va nous permettre de le préciser. Au contraire, il s'agit d'une extension des garanties. En effet, nul ne nous prouve qu'à son entrée dans l'établissement le malade est en état de comprendre ce qu'on va lui dire. Or nous ne voudrions pas, sous

le prétexte qu'il n'était pas alors en état de comprendre, que huit jours après on ne l'ait toujours pas informé. On doit l'informer à l'entrée et s'il n'est pas en état de comprendre à ce moment-là, on doit l'informer ensuite.

Le débat est important. Vous avez bien fait, monsieur le ministre, de formuler une interrogation, car notre amendement aurait pu être pris dans un sens restrictif.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Il y a un autre élément qui joue.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** En ce qui concerne la garantie de la pratique d'une religion, nous savons bien que le malade n'aura à sa disposition ni synagogue, ni mosquée... Ce que nous entendons préciser, c'est qu'on ne lui interdira pas l'exercice d'une religion s'il manifeste le désir d'en pratiquer une.

**M. le président.** Monsieur le ministre, compte tenu des explications de M. le rapporteur, le Gouvernement a-t-il changé d'avis sur l'amendement n° 9 ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Malheureusement non, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Belcour, pour défendre l'amendement n° 160 rectifié.

**M. Henri Belcour.** Notre amendement est très voisin de celui de la commission des lois. Il est assez proche également de celui de la commission des affaires sociales. Notre souci est, dans l'intérêt du malade mental hospitalisé sans son consentement, de distinguer deux niveaux de droits.

Bien sûr, tous les droits énumérés dans l'article L. 326-3 du code de la santé publique sont des droits absolus, imprescriptibles pour le malade ; mais, étant donné son état de santé et le caractère très particulier de son hospitalisation, nous souhaiterions opérer une distinction entre le moment de son admission et celui où son état de santé, médicalement constaté, s'est amélioré. En effet, à partir du moment où son état de santé le permettrait, il serait susceptible - évidemment après avis médical - de prendre conscience de sa situation juridique et pourrait être autorisé à émettre du courrier personnel.

Un patient risque en effet, au début de son hospitalisation, alors qu'il n'est pas pleinement conscient de sa situation, de se nuire à lui-même. Il est certain par ailleurs qu'il est particulièrement difficile d'apprécier si un malade mental a retrouvé la capacité suffisante pour assumer des responsabilités et prendre des décisions en ce qui concerne, par exemple, la gestion de ses biens.

L'état de ces malades ne justifie pas une tutelle systématique mais il est difficile de déterminer le jour où le malade a récupéré - et de manière suffisante - ses moyens pour pouvoir reprendre son autonomie alors qu'il demeure hospitalisé. L'avis du médecin doit être sollicité pour rétablir ces malades dans la totalité de leurs droits et leur permettre de recevoir l'information complète qui leur est nécessaire.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Cet amendement, comme d'ailleurs ceux qui vont suivre, propose de restreindre la possibilité pour les malades de communiquer par écrit avec l'extérieur, en soumettant cette faculté à un avis médical.

Nous comprenons très bien l'objet de cette réserve, qui consiste à éviter qu'un malade ne se nuise à lui-même, par exemple en écrivant à son patron tout le bien qu'il pense de lui ou en mettant ses biens en vente, etc. Nous estimons que la France, qui a ratifié la recommandation du Conseil de l'Europe, est tenue par cette dernière et que nous ne devons pas introduire de telles restrictions dans le projet de loi.

De ce fait, la commission est défavorable à l'amendement n° 160 rectifié.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement est défavorable à cet amendement pour plusieurs raisons.

D'une part, je ne suis pas certain que le fait de distinguer, de cette manière les droits dont la personne hospitalisée disposerait au moment de son admission dans un établissement

de ceux dont elle disposerait quelque temps plus tard, au moment où son état de santé le permettrait, augmente ses libertés.

D'autre part, monsieur le sénateur, votre proposition me semble comporter quelques incohérences.

Je ne vois pas, par exemple, comment il serait possible au malade de saisir la commission prévue à l'article L. 332-3 - droit que vous donnez dès l'admission - alors que vous prévoyez que l'information sur sa situation juridique, donc sur l'ensemble des droits qui entourent son hospitalisation, ne lui sera communiquée que lorsque son état de santé le permettra, c'est-à-dire dans un second temps.

**M. le président.** La parole est à M. Descours, pour défendre l'amendement n° 40.

**M. Charles Descours.** L'amendement n° 40 vise un objectif beaucoup plus modeste que les précédents. Il tend simplement à rendre nécessaire l'avis du médecin traitant pour que le malade puisse émettre ou recevoir du courrier.

Si nous avons suivi notre collègue M. Dreyfus-Schmidt dans la « judiciarisation » de la loi de 1838, qualifiée d'« archaïque » - mais cet adjectif est peut-être désormais propriété privée ! - un juge des tutelles ou des curatelles serait intervenu et, compte tenu de cette protection judiciaire, on aurait estimé que le malade pouvait émettre du courrier sans inconvénient pour ses biens. Mais tel n'est pas le cas, pour les raisons que nous avons présentées tout à l'heure et que le Sénat a bien voulu retenir.

En émettant du courrier sans que son médecin traitant ait donné son autorisation, le malade risque de desservir ses propres intérêts. Par ailleurs, en recevant du courrier, le malade, qui, par définition, est dans un état fragile, peut apprendre des nouvelles plutôt désagréables, voire très désagréables. Il serait donc préférable que son état psychique soit apprécié par le médecin traitant afin qu'il ne se nuise par le courrier qu'il émettrait ou que son état ne soit pas aggravé par le courrier qu'il recevrait.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 40 ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission est défavorable à cet amendement pour les mêmes raisons que celles qui ont motivé son opposition à l'amendement n° 160 rectifié.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement n'est pas favorable à cet amendement pour deux raisons : d'une part, parce que la disposition qu'il contient est contraire aux recommandations du Conseil de l'Europe ; d'autre part, parce que, dans la réalité, tous les malades n'ont pas un médecin traitant.

**M. Charles Descours.** Ce peut être celui de l'hôpital !

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Ce n'est pas tout à fait la même chose. Le médecin traitant connaît la situation familiale du malade. C'est du moins ce que vous avez dit tout à l'heure pour justifier votre position.

**M. le président.** La parole est à M. Miroudot, pour défendre l'amendement n° 44.

**M. Michel Miroudot.** Cet amendement concerne le droit, pour la personne atteinte de troubles mentaux d'émettre ou de recevoir du courrier personnel. Il a pour objectif de protéger les malades en évitant qu'ils ne soient perturbés par du courrier de leur famille ou d'un proche.

Il ne s'agit pas ici de restreindre un droit du malade ou de mettre en doute l'efficacité des médecins pour l'application du dispositif, mais de remédier par la voie légale à certains inconvénients déjà évoqués.

Il est question ici, non pas de l'avis du médecin traitant mais de celui d'un psychiatre de l'établissement.

Monsieur le président, cet amendement pourrait très bien devenir un sous-amendement à l'amendement n° 9.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 44 rectifié, tendant, dans le texte proposé par l'amendement n° 9 pour les sept derniers alinéas de l'article L. 326-3 du code de la santé publique, à la fin du paragraphe 2),

après les mots : « d'émettre ou de recevoir des courriers personnels », à ajouter les mots : « après avis d'un psychiatre de l'établissement ».

Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission est défavorable à ce sous-amendement, comme elle est défavorable aux amendements n°s 160 rectifié et 40, et ce pour les mêmes raisons.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement est également défavorable à ce sous-amendement.

On peut très bien ouvrir un débat de fond pour savoir s'il est effectivement nécessaire, utile et acceptable de donner des libertés aux malades hospitalisés en raison de troubles mentaux. Mais si, à chaque fois que l'on avance, on restreint les conditions d'accès à ces libertés, je crains que, malheureusement, le texte tel qu'il résultera de nos travaux ne corresponde plus beaucoup à la volonté qui a été exprimée au cours de la discussion générale.

La liberté de recevoir et d'expédier du courrier est garantie dans le projet de loi. Il appartient à l'environnement thérapeutique de gérer l'ensemble des situations que de telles libertés peuvent faire naître.

Nous sommes bien conscients, les uns et les autres, du fait que ce texte ne se conçoit qu'à partir du moment où les évolutions thérapeutiques qui ont eu lieu au cours des dernières années rendent le milieu hospitalier susceptible d'accepter l'exercice des libertés que nous avons évoquées.

Je vous demande donc, mesdames, messieurs les sénateurs, de ne pas, à chaque fois que l'on avance, prévoir de verrous. Je ne crois pas que l'ensemble de la psychiatrie dans notre pays y gagnera.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin, pour défendre l'amendement n° 68.

**M. Paul Souffrin.** Cet amendement s'inscrit dans la logique de nos précédents amendements. Il a pour objet de garantir aux personnes placées le droit de recevoir des visites et de jouir de leur liberté de mouvement dans l'établissement d'accueil.

Il serait dommage qu'une loi, dont l'ambition est d'améliorer le sort de ces personnes, se traduise, sur ces deux points, par une régression des droits par rapport à ceux qui sont accordés par l'actuel article L. 353-2 du code de la santé publique.

Telle est la raison pour laquelle je vous demande d'adopter cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Cet amendement nous semble inutile dans la mesure où c'est normalement le règlement intérieur, conforme au règlement type, qui définit les droits de visite.

Par ailleurs, son adoption - ce point est important - conduirait à supprimer une disposition essentielle prévue par le sixième alinéa - 4) - de l'article L. 326-3 du code de la santé publique, à savoir la possibilité pour le malade de saisir la commission départementale. Pour ces deux raisons, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement partage l'avis de la commission sur cet amendement : une telle mesure relève du règlement intérieur. Je précise d'ailleurs qu'un règlement type sera proposé après examen par le Conseil d'Etat.

**M. le président.** La parole est à M. Descours, pour défendre l'amendement n° 41.

**M. Charles Descours.** Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, même après avoir consulté les plus éminents linguistes de notre assemblée, nous n'avons pu obtenir une définition précise du mot « proches ». De fait, il nous paraît trop vague pour figurer dans la loi.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Nous pensons qu'il est de l'intérêt du malade de lui conserver l'intermédiaire d'un ami ou d'un proche.

Il reste toutefois que le mot « proches » est en effet très vague. J'ai, moi aussi, interrogé notre collègue Maurice Schumann pour connaître l'avis de l'Académie. Sa réponse ? « C'est à la lumière du débat parlementaire que ce mot trouvera sa vraie signification. » (*Sourires.*)

Mais je vous indique tout de suite, mes chers collègues, que M. Sérusclat a déposé, pour préciser ce mot, un amendement n° 50, que nous allons examiner dans un instant, et auquel la commission est favorable.

Pour ces différentes raisons, la commission est défavorable à l'amendement n° 41.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Monsieur le président, je pense que nous apprécierions tous de faire, ce soir, un travail d'académiciens ! (*Nouveaux sourires.*)

Le Gouvernement a la même préoccupation que M. le rapporteur : il est nécessaire de donner la possibilité d'aider le malade à des personnes autres que des parents. Mais je reconnais que le terme « proches » est assez vague.

Je vous propose donc de repousser l'amendement n° 41, d'autant que l'amendement n° 50 me semble mieux préciser ce que le Gouvernement souhaite voir inscrit dans le projet de loi.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat, pour défendre cet amendement n° 50.

**M. Franck Sérusclat.** Il paraît presque inutile que je défende cet amendement, car il est par avance accepté par la commission et par le Gouvernement. Je souhaiterais cependant que paraissent au *Journal officiel* les raisons pour lesquelles j'aimerais que l'on remplace le mot « proches ».

Il est vrai que j'attendais beaucoup de la définition de l'Académie. Mais, comme l'a indiqué M. le rapporteur, nous ne l'avons pas obtenue.

Les dictionnaires donnent trois interprétations possibles de ce mot. Le *Petit Robert* suggère l'existence d'un lien parental, tandis que d'autres évoquent un lien affectif, et d'autres encore la proximité spatiale.

Il nous a semblé que, ce qui était important, c'était de permettre qu'interviennent ceux qui veulent agir dans l'intérêt du malade. Dans certaines situations, des personnes relativement marginalisées peuvent, en effet, se retrouver seules, sans qu'aucun parent puisse intervenir.

Le mot « tiers » - je sais qu'il sera employé plus loin dans le projet de loi - nous paraît un peu vague, un peu indéfini.

Voilà pourquoi nous proposons que puissent intervenir « les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade ».

**M. le président.** Monsieur Sérusclat, maintenez-vous votre amendement n° 50 en l'état, ou préférez-vous le transformer en sous-amendement à l'amendement n° 9 de la commission ?

**M. Franck Sérusclat.** Il ne me paraît pas opportun de le transformer en sous-amendement : il sera accepté tel quel, puisque tout le monde est d'accord !

**M. le président.** Mais, si l'amendement de la commission est adopté, le vôtre deviendra sans objet !

**M. Franck Sérusclat.** Soit ! Je ne voudrais pas décevoir tous ceux qui sont favorables à cette proposition - ni moi non plus ! - et j'accepte votre suggestion, monsieur le président.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un sous-amendement n° 50 rectifié, déposé par MM. Sérusclat, Estier, Bœuf, Penne, les membres du groupe socialiste et apparentés, et tendant, dans le dernier alinéa du texte présenté par l'amendement n° 9 pour les sept derniers alinéas du texte proposé pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique, à remplacer les mots : « les proches » par les mots : « les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade ».

Avant de consulter sur l'ensemble de ces amendements, j'indique que M. le rapporteur pour avis vient de me faire parvenir un amendement n° 113 rectifié *bis*, dont je donne lecture :

« Rédiger comme suit le texte proposé pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique :

« Art. L. 326-3. - Lorsqu'une personne atteinte de

troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des présentes dispositions, les restrictions à sa liberté ne peuvent être limitées qu'à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement.

« Elle est informée oralement et par écrit dès l'admission, puis dès qu'elle est assurément en état de le comprendre :

« de sa situation juridique,

« de ses droits à :

« saisir à tout moment le président du tribunal de grande instance conformément à l'article L. 351 ;

« correspondre, communiquer et s'entretenir librement avec tout avocat et médecin, les autorités mentionnés à l'article L. 332-2 et les membres de la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« adresser toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte ;

« recevoir toute lettre dans les mêmes conditions ;

« consulter à tout moment le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1, dont un exemplaire lui est remis, et de recevoir à son sujet tout éclaircissement, explication ou précision ;

« pratiquer autant qu'il est possible la religion de son choix, sans discrimination.

« Les droits mentionnés aux cinquième, sixième, septième et neuvième alinéas ci-dessus ne peuvent faire l'objet d'aucune limitation.

« Les droits mentionnés aux cinquième, sixième et neuvième alinéas ci-dessus peuvent être exercés par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

« Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 331, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue au premier alinéa de l'article L. 327, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu du traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice.

« Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne placée dans un établissement visé à l'article L. 331. »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Permettez-moi tout d'abord de vous proposer une définition pour le mot « proches ». D'après le Gouvernement, il s'agit - je me réfère à l'article L. 351 actuel - de « tout parent, allié ou ami ». Constatant que le Gouvernement propose, dans son nouveau texte, de remplacer : « allié ou ami » par « proches », j'en déduis que, par « proches », il entend « allié ou ami ». Mais il s'agit simplement de ma part d'une participation au débat linguistique qui vient d'avoir lieu !

Cela dit, j'ai essayé - mais ce sera la dernière fois ! - s'agissant d'un article important puisqu'il concerne les droits du malade, de recueillir toutes les critiques et tous les apports et d'en faire une synthèse.

M. le ministre a dit que l'expression « en permanence » ne voulait rien dire... quitte, plus tard, à déclarer, que c'est « en permanence » qu'il fallait que les gens soient informés : lorsque la commission a proposé l'expression « dès l'admission », et en tout cas : « dès que son état médicalement constaté le permet », le Gouvernement lui a rétorqué que cela signifiait qu'il fallait agir en permanence.

En fait, je crois que tout le monde est d'accord, mais que nous avons tous du mal à nous exprimer. Nous voulons que, dès que la personne est admise, elle soit informée. Si elle comprend, tant mieux ! mais, comme il y a un risque qu'à ce moment-là elle ne comprenne pas, nous préférons qu'on lui répète cette information lorsqu'elle sera assurément en état de comprendre.

C'est ce que j'ai essayé de traduire en écrivant : « Elle est informée oralement et par écrit » - parce que l'écrit laisse des traces - « dès l'admission, puis dès qu'elle est assurément en état de le comprendre. »

Certes, de la formule : « Elle est informée dès l'admission, et en tout cas dès que son état médicalement constaté le permet », on peut déduire que l'on peut se dispenser d'informer au moment de l'admission si l'on estime que la personne hospitalisée n'est pas en état de le comprendre, pour

ne le faire que lorsqu'on estimera qu'elle est en état de le comprendre. Voilà comment M. le ministre avait compris cette proposition, et comment je l'avais moi-même comprise. D'où ma nouvelle proposition !

S'agissant de la correspondance, certains ont considéré qu'il fallait passer outre aux recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe : selon eux, l'intéressé ne doit pas pouvoir envoyer n'importe quelle lettre.

Cela étant, lorsque le comité des ministres du Conseil de l'Europe affirme que chacun doit pouvoir envoyer n'importe quelle lettre, cela sous-entend qu'il peut ne pas recevoir certaines lettres. C'est pourquoi, dans notre amendement, nous avons distingué, dans deux alinéas différents, l'envoi et la réception. Et, comme vous nous dites qu'il peut être gênant que soient envoyées certaines lettres, nous avons inclus dans notre amendement des mentions que l'on retrouve, dans le projet de loi, aux articles L. 327 et L. 329.

A l'article L. 327, il est précisé que, si le médecin soigne un malade dont il apparaît qu'il n'est pas en possession de ses facultés, il « peut » en faire la déclaration au procureur de la République, ce qui a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Nous ne comprenons pas pourquoi il ne s'agit pas d'une obligation ! Le médecin « doit » le faire ! La personne étant sous sauvegarde de justice, ses actes peuvent être annulés. Il n'est donc plus grave qu'il puisse envoyer quelque lettre que ce soit !

Par ailleurs, l'article L. 329 prévoit la constitution d'une tutelle ou d'une curatelle. Pour les mêmes raisons, nous avons estimé qu'il fallait y faire référence ici. Cela étant, si vous estimiez que ces dispositions n'ont pas leur place à cet endroit du texte, nous sommes tout prêts à ce qu'il soit procédé à un vote par division.

Nous avons également ajouté, dans notre rectification, les mots : « pratiquer autant qu'il est possible la religion de son choix, sans discrimination », de manière à tenir compte des observations de M. le ministre, selon lesquelles, dans certains cas, ce ne sera pas possible.

Enfin, nous avons précisé que : « Les droits mentionnés aux cinquième, sixième et neuvième alinéas ci-dessus peuvent être exercés par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade ». Nous avons donc incorporé à notre amendement la traduction fournie par M. Sérusclat - à la satisfaction générale ! - du mot « proches ».

Nous avons tenté de réaliser une synthèse. Nous espérons avoir réussi. Dans le cas contraire, nous aurons le bonheur d'avoir essayé.

**M. Charles Descours.** Finalement, on y arrive, monsieur Dreyfus-Schmidt, même si les synthèses sont toujours longues à réaliser !

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 113 rectifié *bis* ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** L'avis de la commission demeure identique : sur la forme, nous constatons que cet amendement continue - même s'il y avait vote par division - à reprendre des dispositions contenues dans les articles L. 327 et L. 329.

La commission insiste pour que l'on ne modifie pas la législation européenne : le faire, ce serait exposer la France à se voir traduite, un jour ou l'autre, devant la Cour européenne de justice. Reprenons donc la législation telle qu'elle a été élaborée sans y ajouter quoi que ce soit.

S'agissant de l'information due au malade, la proposition de M. Dreyfus-Schmidt n'ajoute rien à la nôtre dans la mesure où nous avons bien précisé que nous ne mettions pas de verrou, que, bien au contraire, il y avait extension des droits du malade.

En ce qui concerne la religion, pour faire droit aux observations du Gouvernement sur le fait qu'il n'y aurait pas nécessairement une synagogue, une mosquée ou une église dans chaque établissement, nous proposons, dans notre amendement n° 9, de remplacer les mots : « de pratiquer la religion de son choix sans discrimination » par les mots : « de recevoir librement la visite d'un ministre du culte de son choix ». Ainsi, le problème est résolu.

En conclusion, sous réserve de l'adoption des sous-amendements auxquels nous sommes favorables, en particulier celui de M. Sérusclat, nous estimons que la rédaction de

notre propre amendement reste plus claire, plus concise, plus synthétique que celle que propose M. le rapporteur pour avis. Nous maintenons donc notre avis défavorable.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 9 rectifié, présenté par M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, et visant à remplacer les sept derniers alinéas du texte proposé par l'article 1<sup>er</sup> pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique par les dispositions suivantes :

« Elle doit être informée dès l'admission et, en tout cas, dès que son état médicalement constaté le permet, de sa situation juridique et de ses droits.

« Elle dispose notamment du droit :

« 1) de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 332-2, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

« 2) d'émettre ou de recevoir des courriers personnels ;

« 3) de saisir la commission prévue à l'article L. 332-3 ;

« 4) de consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que défini à l'article L. 332-1 et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

« 5) de recevoir librement la visite d'un ministre du culte de son choix.

« Les droits mentionnés au 1), 3) et 4) ci-dessus, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les proches. »

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 113 rectifié bis ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** J'ai indiqué précédemment que le Gouvernement estimait que sa rédaction était plus simple, plus claire, et donnait toutes les garanties souhaitées par le Parlement. J'aimerais donc que l'on s'y tienne.

Pour cette raison, je souhaite que l'amendement n° 113 rectifié bis ne soit pas adopté, même si je reconnais qu'il améliore, sur un certain nombre de points, les dispositions du texte.

En fait, j'aurais préféré que cet amendement soit examiné par partie.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix l'amendement n° 113 rectifié bis, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 158, accepté par la commission et pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le sous-amendement n° 67, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

*(Le sous-amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Je vais mettre aux voix le sous-amendement n° 44 rectifié.

**M. Charles Descours.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** Comme je crains qu'il ne soit fait un mauvais sort à l'amendement n° 40 que j'ai présenté, je voterai, avec mon groupe, le sous-amendement n° 44 rectifié.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?... Je mets aux voix le sous-amendement n° 44 rectifié, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

**M. Paul Souffrin.** Le groupe communiste vote contre.

*(Le sous-amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le sous-amendement n° 50 rectifié, accepté par la commission et par le Gouvernement.

*(Le sous-amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je vais mettre aux voix, modifié, l'amendement n° 9 rectifié.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Par courtoisie à l'égard du Sénat, je tiens à préciser que si, pour des raisons de technique parlementaire, je suis naturellement obligé de m'opposer à cet amendement, je ne suis pas fondamentalement contre. D'ailleurs, un certain nombre de sous-amendements apportent des précisions intéressantes. Les lectures suivantes nous permettront de préciser tout cela.

Sur le dernier point soulevé par M. le rapporteur de la commission des affaires sociales, je reconnais que la précision qu'il a apportée atténue les risques que j'avais évoqués. Je ne suis pas certain, toutefois, que la référence faite à des ministres du culte couvre l'ensemble des cas de figure auxquels il pense et donc que la nouvelle rédaction permette d'atteindre totalement l'objectif visé. Cela étant, je donne mon accord sur le principe.

**M. le président.** Qu'il me soit permis de signaler que certaines religions n'ont pas de ministre du culte, notamment la religion musulmane.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Voilà !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** C'est vrai !

**M. le président.** Cherchez-vous à exclure les musulmans, monsieur le rapporteur ? Il faut le dire. *(Rires.)* C'est ce que vous faites, en tout cas !

**M. Charles Descours.** Il y a les deuxièmes lectures !

**M. Jean Dumont, rapporteur.** On ne couvrira jamais tous les cas de figure, monsieur le président !

**M. Jean-Pierre Fourcade, président de la commission des affaires sociales.** Pour les sunnites, vous avez raison, monsieur le président ; pour les chiites, je ne suis pas de votre avis.

**M. le président.** Nous sommes parfaitement d'accord, mais vous excluez tous ceux qui ne sont pas chiites. Dans les circonstances présentes, je suis très prudent. Si j'ai fourni ces indications, c'est pour tenir le Sénat à l'écart de toutes représailles. *(Rires.)*

Je vais maintenant mettre aux voix l'amendement n° 9 rectifié.

**M. Paul Souffrin.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Nous approuvons, bien évidemment, le sous-amendement n° 50 rectifié de M. Sérusclat. Je veux néanmoins, à mon tour, attirer l'attention de M. le rapporteur de la commission des affaires sociales sur les problèmes de religion.

La liberté de pensée, fort heureusement, est reconnue par la Constitution. Or, à voir la façon dont sont tenus certains établissements privés, voire publics, peut-être serait-il bon de veiller à ce qu'on autorise les malades à ne pas pratiquer de religion. En effet, il semble que, parfois, on les incite à pratiquer certains cultes contre leur gré.

Par conséquent, il vaudrait mieux ne pas parler du tout de la religion, dont la liberté est effectivement garantie par la Constitution. Pour cette raison, je m'abstiendrai.

**M. Franck Sérusclat.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** L'amendement de la commission, même sous-amendé par mon propre texte, me laisse hésitant.

Selon le Gouvernement, il est regrettable de préciser : « dès que son état médicalement constaté le permet ». Personnellement, je partage l'avis de la commission : à défaut, on pourrait se débarrasser de cette obligation d'informer au moment de l'admission, après quoi on n'en reparlerait plus. Et tant pis pour celui qui n'aurait rien compris ! . Ce n'est pas suffisant.

J'aurais aimé pouvoir voter cet amendement, mais, dès le début, j'ai été étonné du rappel de la liberté de pratiquer « la religion de son choix sans discrimination », considérant que ce n'était pas là un oubli du Gouvernement dans la liste qu'il avait dressée.

Le rapporteur a bien expliqué qu'il s'agissait de faire en sorte qu'on ne puisse interdire à quiconque d'être en mesure de pratiquer sa religion. Or, la Déclaration des droits de l'homme dit précisément que « nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses ». Autrement dit, la Constitution garantit déjà qu'on ne peut interdire à quiconque de pratiquer sa religion.

Dans ces conditions, le fait de poser la question de la pratique d'une religion dans ce texte ne peut que créer les problèmes que nous venons d'évoquer.

A ce propos, je rejoins notre collègue Paul Souffrin : il y a aussi des agnostiques. Considérant qu'il est préférable de ne point parler de cette question, nous nous abstenons.

**M. le président.** Mon cher collègue, je vous rappelle que le vote par division est de droit lorsqu'il est demandé.

**M. François Lesein.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Lesein.

**M. François Lesein.** Il est vrai, monsieur le président, qu'un vote par division permettrait sans doute de s'exprimer en toute clarté sur les différents aspects, ou les nuances que recèle le texte de cet amendement.

Cela dit, depuis le début de cette discussion sur l'article L. 326-3, le débat a surtout tourné autour des problèmes de courrier ou de religion. On me permettra de me référer, à cet égard, à la pratique de la psychiatrie.

Que le malade puisse recevoir ou émettre du courrier, cela fait parfois partie de la thérapeutique. C'est donc au psychiatre de décider, et non à nous, si le malade peut ou non émettre ou recevoir du courrier. En ce moment, nous ne faisons pas autre chose que de nous immiscer dans le traitement psychiatrique, ce qui n'est pas notre rôle.

En tant que praticien, je peux dire que, dès qu'un malade est capable de recevoir et d'émettre du courrier, les psychiatres le laissent lire et écrire ce courrier. La preuve en est que nos malades nous écrivent d'hôpitaux psychiatriques différents.

Concernant la religion, et sans vouloir faire de mauvais esprit, que fera le psychiatre devant un délire mystique si le ministre d'un culte quelconque vient pour voir son malade ? Je vous laisse le soin de répondre.

Je voterai donc contre cet amendement.

**M. Henri Belcour.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Belcour.

**M. Henri Belcour.** S'agissant de la religion, point sur lequel nous ne sommes pas tous d'accord, si M. le ministre pouvait nous donner l'assurance que sa libre pratique sera garantie par le règlement intérieur de l'établissement, peut-être le rapporteur pourrait-il revenir à son texte d'origine.

**M. Franck Sérusclat.** Pour ma part, je demande un vote par division de l'amendement n° 9 rectifié.

**M. le président.** Monsieur Sérusclat, vous souhaitez sans doute que le Sénat se prononce d'abord sur les six premiers alinéas de l'amendement n° 9 rectifié, puis sur le septième alinéa (5), enfin, sur le dernier alinéa, qui a été modifié par l'adoption de votre sous-amendement n° 50 rectifié. Est-ce bien cela ?

**M. Franck Sérusclat.** Vous comprenez avant même que l'on vous explique, monsieur le président. *(Sourires.)*

**M. le président.** Je vais donc mettre aux voix par division l'amendement n° 9 rectifié ?...

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix la première partie de l'amendement n° 9 rectifié, constituée par les six premiers alinéas.

*(Ce texte est adopté.)*

**M. le président.** Je vais mettre aux voix la deuxième partie de l'amendement n° 9 rectifié.

**M. Paul Souffrin.** Je demande la parole contre ce texte.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Je me suis déjà expliqué.

Il s'agit bien évidemment non pas de s'opposer à une pratique religieuse, mais de garantir à chacun la liberté de pensée. C'est suffisant. Or, cela est inscrit dans la Constitution. Ce texte étant inutile, je voterai contre.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix la deuxième partie de l'amendement n° 9 rectifié, constituée par son septième alinéa.

*(Ce texte est adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix la troisième partie de l'amendement n° 9 rectifié, constituée par son neuvième alinéa, modifié par le sous-amendement n° 50 rectifié.

*(Ce texte est adopté.)*

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** De proche en proche, on y arrive ! *(Sourires.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, modifié, l'ensemble de l'amendement n° 9 rectifié.

**M. Paul Souffrin.** Le groupe communiste s'abstient.

**M. Franck Sérusclat.** Le groupe socialiste également.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** En conséquence, les amendements nos 160 rectifié, 40, 68 et 41 n'ont plus d'objet.

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, modifié, le texte proposé pour l'article L. 326-3 du code de la santé publique.

*(Ce texte est adopté.)*

#### ARTICLE L. 327 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 327 du code de la santé publique :

« Art. L. 327. - Le médecin qui constate que la personne à laquelle il donne ses soins a besoin, pour l'une des causes prévues à l'article 490 du code civil, d'être protégée dans les actes de la vie civile peut en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice si elle est accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre.

« Lorsqu'une personne est soignée dans l'un des établissements mentionnés aux articles L. 331 et L. 332, le médecin est tenu, s'il constate que cette personne se trouve dans la situation prévue à l'alinéa précédent, d'en faire la déclaration au procureur de la République du lieu de traitement. Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice.

« Le préfet doit être informé par le procureur de la mise sous sauvegarde. »

Par amendement n° 114, M. Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois, propose de supprimer le dernier alinéa de ce texte.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je ne voudrais pas que quiconque s'imagine que la commission des lois a quoi que ce soit à l'encontre des préfets.

**M. Charles Descours.** Cela y ressemble !

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Nous admettons parfaitement que, par son vote intervenu en fin d'après-midi, le Sénat ait décidé *a priori* de laisser au préfet tout son rôle dans le placement d'office.

En cas de placement du malade sous sauvegarde de justice, ce qui entraîne une nullité relative des actes de la vie civile de l'intéressé, le directeur de l'action sanitaire et sociale devait en être informé par le procureur ; nous nous demandions ce que cela pouvait lui faire.

Lorsque le texte propose qu'en soit informé non plus le directeur de l'action sanitaire et sociale mais le préfet, nous supposons que c'est pour permettre à celui-ci d'en informer le directeur de l'action sanitaire et sociale. Peut-être vaudrait-il mieux laisser le directeur de l'action sanitaire et sociale ou, mieux, supprimer cette « information ».

Lorsque le médecin a fait la déclaration au procureur de la République et qu'il y a placement sous sauvegarde de justice, cela peut être intéressant, à la rigueur, pour l'assistante



sociale ou le conjoint ; mais que fera le préfet de ces renseignements qui lui seront adressés ? Vraiment, nous ne le voyons pas !

Voilà pourquoi nous proposons la suppression de cet alinéa. Si l'on nous explique les justifications de cette information, nous sommes tout prêts à retirer notre amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Sagesse du Sénat, en attendant de connaître l'avis du Gouvernement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement s'en remet également à la sagesse du Sénat. Il n'y a pas de raison, *a priori*, de mettre en doute l'intérêt du préfet à être informé par le procureur de la République de la mise sous sauvegarde. Cela étant, je laisse le soin au Sénat d'apprécier s'il est nécessaire ou non de maintenir ces dispositions.

**M. le président.** Monsieur le rapporteur pour avis, l'amendement est-il maintenu ?

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Compte tenu de la force de conviction du Gouvernement, l'amendement est maintenu ! *(Sourires.)*

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 114.

**M. Paul Souffrin.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Le groupe communiste votera pour cet amendement.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 114, pour lequel la commission et le Gouvernement s'en remettent à la sagesse du Sénat.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, ainsi modifié, le texte proposé pour l'article L. 327 du code de la santé publique.

*(Ce texte est adopté.)*

#### ARTICLE L. 328 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 328 du code de la santé publique :

« *Art. L. 328.* - La personne placée dans un établissement de soins conserve le domicile qui était le sien avant le placement aussi longtemps que ce domicile reste à sa disposition. Néanmoins, les significations qui y auront été faites pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

« Si une tutelle a été constituée, les significations seront faites au tuteur ; s'il y a curatelle, elles devront être faites à la fois à la personne protégée et à son curateur.

« Les fonctions de juge des tutelles peuvent être exercées par un juge appartenant au tribunal d'instance dans le ressort duquel la personne sous tutelle ou curatelle est hospitalisée, lors même que celle-ci a conservé son domicile dans un ressort différent de celui du lieu de traitement. » - *(Adopté.)*

#### ARTICLE L. 329 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 329 du code de la santé publique :

« *Art. L. 329.* - Il peut être constitué, suivant les cas, et conformément aux articles 492 et 508 du code civil, une tutelle ou une curatelle pour la personne placée dans un des établissements visés aux articles L. 331 et L. 332. »

Par amendement n° 10, M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, propose, dans ce texte, de remplacer les mots : « visés aux articles L. 331 et L. 332 » par les mots : « visés à l'article L. 331 ».

La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Cet article du code de la santé publique concerne le régime de la tutelle ou de la curatelle pour les personnes qui ont fait l'objet d'une mesure de placement. Or, par définition, ces personnes ne peuvent pas

se trouver dans des établissements relevant de l'article L. 332 du code de la santé publique puisque ceux-ci ne peuvent accueillir que des malades en placement.

La référence étant erronée, nous en demandons la suppression.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?...

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Sagesse.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 10, pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, ainsi modifié, le texte proposé pour l'article L. 329 du code de la santé publique.

*(Ce texte est adopté.)*

#### ARTICLE L. 330 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 330 du code de la santé publique :

« *Art. L. 330.* - Sur la demande de l'intéressé, de son conjoint, de l'un de ses parents, ou de ses proches, ou à l'initiative du procureur de la République du lieu de traitement, le tribunal pourra nommer en chambre du conseil, par jugement exécutoire malgré appel, un curateur à la personne du malade n'ayant pas fait l'objet d'une mesure de protection et placé dans un des établissements mentionnés à l'article L. 331.

« Ce curateur veille :

« 1) à ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion ;

« 2) à ce que ce malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra.

« En dehors du conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée. »

Par amendement n° 42, M. Descours, Mme Rodi, MM. Jourdain, Husson, Belcour et les membres du groupe du R.P.R. proposent de supprimer dans le premier alinéa de ce texte, les mots : « , ou de ses proches, ».

La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** Je retire cet amendement, monsieur le président.

**M. le président.** L'amendement n° 42 est retiré.

Par amendement n° 51, MM. Sérusclat, Estier, Bœuf, Penne, les membres du groupe socialiste et apparenté, proposent de remplacer, dans le premier alinéa du texte présenté pour l'article L. 330 du code de la santé publique, les mots : « ses proches » par les mots : « toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade ».

M. Sérusclat a déjà défendu un amendement ayant le même objet, qui a été adopté par le Sénat.

**M. Franck Sérusclat.** C'est exact.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Favorable.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?...

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Favorable.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 51, accepté par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix, ainsi modifié, le texte proposé pour l'article L. 30 du code de la santé publique.

*(Ce texte est adopté.)*

#### ARTICLE L. 330-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 330-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 330-1. - Hormis les cas prévus à la section 2 du chapitre III du présent titre, l'hospitalisation ou la sortie d'un mineur sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, par le conseil de famille ou, en l'absence du conseil de famille, par le tuteur avec l'autorisation du juge des tutelles qui se prononce sans délai. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge des tutelles statue. »

- (Adopté.)

Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble de l'article 1<sup>er</sup>, modifié.

(L'article 1<sup>er</sup> est adopté.)

**M. le président.** Nous allons examiner l'article 2.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, la commission des lois avait déposé un amendement n° 112, qui visait à supprimer l'article 2. Je le retire.

**M. le président.** L'amendement n° 112 est retiré.

## Article 2

**M. le président.** « Art. 2. - Les autres chapitres du titre IV du livre III du code de la santé publique sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

### « CHAPITRE II

« DES ÉTABLISSEMENTS RECEVANT DES PERSONNES HOSPITALISÉES EN RAISON DE TROUBLES MENTAUX

#### ARTICLE L. 331 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 331 du code de la santé publique :

« Art. L. 331. - Dans chaque département un ou plusieurs établissements sont seuls habilités par le préfet à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent du chapitre III du présent titre. »

Par amendement n° 69, M. Souffrin, Mme Beaudeau, M. Viron, Mme Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté proposent, dans ce texte, après le mot : « établissements », d'insérer les mots : « assurant le service public hospitalier ».

La parole est à M. Souffrin.

**M. Paul Souffrin.** Dans la nouvelle rédaction proposée pour l'actuel article L. 326-2 du code de la santé publique, disparaît la notion selon laquelle les établissements habilités à recevoir les personnes faisant l'objet d'un placement doivent être des établissements assurant le service public hospitalier.

C'est là, à notre avis, une lacune du texte. Les mesures de placement impliquent, en effet, un traitement sans le consentement de la personne soignée à qui, de ce simple fait, doivent être garanties les meilleures conditions sanitaires de prise en charge.

Seuls, estimons-nous, les établissements assurant le service public hospitalier, qui répondent à des normes sanitaires bien précises et garanties, doivent être habilités à recevoir des personnes placées aux fins d'être soignées sans leur consentement.

En effet, ces établissements, qu'ils soient publics ou privés, sont contrôlés régulièrement par les autorités sanitaires. Ils sont tenus de recruter un personnel qualifié, pourvu de diplômes reconnus et suffisants pour l'exercice de leur profession ; ils doivent posséder des équipements aptes à assurer leur mission de santé publique ; les tarifs qu'ils pratiquent doivent répondre à des normes strictes garantissant à chacun, quels que soient ses ressources et revenus, de pouvoir recevoir le traitement nécessaire par son état.

Comme je l'ai précisé dans la discussion générale, les sénateurs communistes et apparenté sont partisans d'un développement de la sectorisation psychiatrique, seul moyen de traiter efficacement les personnes atteintes de troubles mentaux et de nature à faire reculer les maladies mentales dans notre pays.

Nous considérons l'hospitalo-centrisme en la matière comme un frein qu'il faut desserrer pour que soient mises en œuvre les vraies solutions aux problèmes posés. C'est ainsi que nous approuvons la diminution sensible des lits en C.H.S. à laquelle procède aujourd'hui le Gouvernement. Cependant, nous souhaitons un réel déplacement des moyens dont disposent ces centres hospitaliers spécialisés vers le secteur psychiatrique. En effet, la lutte pour la santé mentale ne saurait voir, globalement, ses moyens financiers, matériels et humains diminuer à la faveur de ces transferts. Bien au contraire, ils doivent être renforcés.

Par cet amendement, nous voulons repousser toute idée, toute mesure qui consisterait à se dessaisir des obligations de lutte contre les maladies mentales pour les faire assurer par des établissements privés ne répondant pas aux missions de service public. L'hospitalisation libre en psychiatrie, dont font actuellement l'objet près des trois quarts des personnes soignées, laisse, nous semble-t-il, suffisamment de champ d'action pour ce type d'établissements à but lucratif.

Toute mesure visant, dans une perspective de déréglementation, à favoriser un quelconque type nouveau d'hospitalo-centrisme à partir d'établissements ne répondant pas aux missions de service public représenterait une grave atteinte à la politique de santé mentale de notre pays et constituerait un recul important par rapport à la timide politique de sectorisation psychiatrique engagée, notamment, depuis la loi de 1985.

C'est, au contraire, à partir des établissements assurant le service public hospitalier qu'il convient d'articuler la politique de santé mentale nécessaire à notre pays. C'est de cette façon que nous favoriserons la recherche en psychiatrie et que seront obtenus des résultats significatifs.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Si cet amendement était adopté, il ne permettrait pas de couvrir les quelques établissements privés et à but lucratif qui accueillent des malades sous placement dans deux départements : les Côtes-d'Armor et la Haute-Saône.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Il existe, en effet, cinq établissements qui ne participent pas au service public et qui accueillent des malades placés. Il ne me paraît pas opportun, dans ce texte de loi, de les mettre dans une situation telle qu'ils soient obligés de se séparer des malades qu'ils accueillent.

En revanche, je le dis de la manière la plus claire, il n'est pas question d'envisager un développement de ce type de situations. Effectivement, l'accueil de malades placés doit se faire dans les établissements publics ou participant au service public.

Cependant - je le répète - pour ne pas aboutir à une situation de blocage pour ces cinq établissements, je souhaite, monsieur Souffrin, que votre amendement ne soit pas adopté, bien que je partage vos préoccupations sur le fond.

**M. le président.** Monsieur Souffrin, votre amendement est-il maintenu ?

**M. Paul Souffrin.** Il l'est, monsieur le président.

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 69.

**M. Franck Sérusclat.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** Compte tenu des explications que vient de fournir M. le ministre, nous nous abstenons sur cet amendement, bien que nous partagions tout à fait l'avis de M. Souffrin.

Cela dit, j'aimerais savoir si la réglementation actuelle ne permet pas à ces cinq établissements privés de passer convention pour conserver leurs malades.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Il s'agit d'établissements à but lucratif qui ont passé convention avec l'Etat, mais qui ne seraient pas couverts si la précision que M. Souffrin souhaite était apportée dans ce texte.

Pour cette raison, je pense qu'il n'est pas opportun d'adopter cet amendement ; la situation dont nous héritons n'est certes pas bonne et je ne souhaite pas qu'elle se développe au-delà de ces cinq établissements, mais il est difficile de la remettre en question immédiatement.

**M. Franck Sérusclat.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** La réponse que vient de me faire M. le ministre me donne satisfaction. Puisque ces établissements privés ne pourront pas modifier leur situation pour se trouver dans celle que souhaite M. Souffrin, et comprenant la nécessité de leur permettre de conserver les malades qu'ils accueillent, je confirme que le groupe socialiste s'abstiendra.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 69, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement n'est pas adopté.)*

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le texte proposé pour l'article L. 331 du code de la santé publique.

*(Ce texte est adopté.)*

#### ARTICLE L. 332 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 332 du code de la santé publique :

« Art. L. 332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint d'un trouble mental lui retirant le contrôle de son comportement, il doit être transféré dans les quarante-huit heures dans l'un des établissements habilités mentionnés à l'article L. 331 selon l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III. »

Je suis saisi de plusieurs amendements qui peuvent faire l'objet d'une discussion commune.

Le premier, n° 115, présenté par M. Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois, tend à rédiger comme suit le texte proposé pour l'article L. 332 du code de la santé publique :

« Art. L. 332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 se trouve dans l'un des états psychiques visés aux articles L. 333 ou L. 342, il doit, sauf contre-indication médicale impérieuse reconnue par la commission de contrôle des établissements psychiatriques, être transféré dans les quarante-huit heures dans l'un des établissements habilités mentionnés à l'article L. 331 selon l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III.

« Le certificat médical justifiant le transfert est transmis au directeur de l'établissement d'accueil qui en avise le préfet ainsi que la commission de contrôle des établissements psychiatriques. »

Le deuxième, n° 11, présenté par M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, vise à rédiger comme suit ce même texte :

« Art. L. 332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint d'un trouble mental rendant impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, le directeur de l'établissement peut établir une demande de placement dans l'un des établissements habilités mentionnés à l'article L. 331, selon la procédure décrite à l'article L. 333.

« Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint de troubles mentaux le rendant dangereux pour lui-même ou pour autrui, le directeur de l'établissement peut saisir les autorités chargées de prononcer le placement d'office ou d'arrêter des mesures provisoires en vertu des articles L. 342 et L. 343. »

Le troisième, n° 161 rectifié, présenté par MM. Belcour, Descours, Mme Rodi et les membres du groupe du R.P.R., a pour objet, toujours dans ce même texte, de remplacer les mots : « lui retirant le contrôle de son comportement » par les mots : « rendant difficile son maintien dans le service ou l'établissement ».

Le quatrième, n° 1, présenté par le Gouvernement, tend, dans ce même texte, à remplacer les mots : « lui retirant le contrôle de son comportement » par les mots : « défini soit à l'article L. 333 soit à l'article L. 342 ci-après ».

Les deux derniers amendements sont identiques.

Le cinquième, n° 70, est présenté par M. Souffrin, Mme Beauveau, M. Viron, Mme Fraysse-Cazalis, les membres du groupe communiste et apparenté.

Le sixième, n° 162 rectifié, est déposé par MM. Belcour, Descours, Mme Rodi et les membres du groupe du R.P.R.

Tous deux visent, dans le texte proposé par l'article 2 pour l'article L. 332 du code de la santé publique, à remplacer les mots : « il doit être transféré » par les mots : « il peut être transféré ».

La parole est à M. le rapporteur pour avis, pour défendre l'amendement n° 115.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Cet article L. 332 est visiblement inspiré de l'actuel article L. 353-4 du code de la santé publique, article qui n'est pas expressément abrogé par le texte dont nous sommes saisis, mais qui doit l'être implicitement dans l'esprit de ses auteurs puisque nous retrouverons, plus tard, un article L. 353, suivi d'un article L. 354.

Toujours est-il que l'actuel article L. 353-4 du code de la santé publique précise : « Dans les établissements visés à l'article L. 353-2 - c'est-à-dire ceux qui accueillent des malades atteints de troubles mentaux placés ni volontairement, ni d'office - « lorsqu'un malade est atteint d'un trouble lui retirant tout contrôle de son comportement, il peut être transféré pour une durée ne pouvant dépasser quarante-huit heures dans l'un des établissements visés aux paragraphes I et II de la section II du chapitre II du titre IV du livre III - à vos souhaits ! - « du présent code ».

Cela signifiait que l'on pouvait, mais seulement pour quarante-huit heures, placer un malade qui normalement n'aurait pas dû l'être, lorsqu'il était atteint d'un trouble lui retirant tout contrôle de son comportement.

J'accepte que l'on supprime cette disposition, mais on s'en inspire pour dire tout autre chose. En effet, l'article L. 332 prévoit : « Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331... » - peut, seules, y être reçues les personnes atteintes de troubles mentaux qui relèvent du chapitre III, c'est-à-dire placées soit volontairement, soit à la demande d'un tiers, soit d'office - « est atteint d'un trouble mental lui retirant le contrôle de son comportement » - voilà la même formule ! - « il doit être transféré dans les quarante-huit heures... ». Donc, celui qui pouvait l'être pour quarante-huit heures au maximum doit l'être dans les quarante-huit heures !

A la vérité, nous pensons qu'il ne s'agit pas des malades qui n'ont plus le contrôle de leur comportement, mais, au contraire, de ceux qui répondent aux conditions prévues par le texte pour être placés, c'est-à-dire dont les troubles rendent impossible le consentement et dont l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, et de ceux - c'est ce que nous proposons de dire par notre amendement - dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Ceux-là, il est normal qu'ils ne puissent pas rester là où ils sont et qu'on doive les transporter dans les établissements réservés aux malades qui sont placés, puisqu'ils remplissent les conditions.

Nombreux sont ceux qui se sont intéressés au mot « doit » et ont proposé, comme la commission des affaires sociales, de le remplacer par « peut ». Cela nous paraît être une erreur. En effet, nous sommes en train d'élaborer une loi qui prévoit des droits pour les malades placés dans les établissements soit à la demande de tiers, soit d'office ; nous sommes en train de prévoir un ensemble de garanties, des commissions les visitant, les surveillant, des registres étant tenus. Si on les laisse dans un autre établissement, ils ne bénéficieront pas de ces garanties qu'on veut leur donner. C'est pourquoi, nous semble-t-il, il faut dire « doit ».

Certains nous rétorquent : si le malade est atteint de méningite et qu'on ne peut pas le soigner dans l'établissement réservé aux personnes placées, on ne va tout de même pas l'enlever !

C'est pourquoi notre amendement prévoit également cette hypothèse. Le malade doit être transféré dans les quarante-huit heures sauf contre-indication médicale impérieuse.

Mais nous ne voulons pas que le médecin de l'établissement privé non habilité allègue une contre-indication médicale pour garder le malade contre son gré. Aussi demandons-nous que la commission vérifie la contre-indication médicale.

Après cette vérification, si l'intéressé continue à remplir les conditions pour être transféré, il devra l'être dans un des établissements réservés à cet effet et pour lesquels nous déterminons des garanties.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 115 et pour présenter l'amendement n° 11.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** L'amendement n° 115, proposé par M. Dreyfus-Schmidt, maintient l'obligation de transfert. Or, c'est précisément ce que la commission des affaires sociales n'a pas voulu retenir.

Je ferai une remarque préliminaire. Lorsque la famille d'un malade mental a une décision à prendre, elle n'est, en aucun cas, obligée de la prendre. Elle garde sa liberté. Il en est de même pour le préfet dans le cas d'un placement d'office. Or, le texte proposé prévoit une obligation pour le directeur d'établissement. Il existe une distorsion sur ce point.

De plus, des sanctions pénales existent. De ce fait, certains chefs d'établissement, par crainte d'une sanction, décideront de transférer le malade à la première alerte. L'établissement qui recevra ce dernier risque de le renvoyer. Le malade va rechuter. Il sera retransféré. On risque de jouer au ping-pong avec des malades qui sont sous traitement, et dont certains ne sont pas des malades mentaux, mais ont des troubles psychiatriques momentanés provenant de la maladie d'Alzheimer, de certaines formes du sida ou de tumeurs cérébrales.

Nous pensons que ce transfert obligatoire est contraire à l'intérêt des malades. C'est pourquoi nous sommes contre l'amendement n° 115.

S'agissant de l'amendement n° 11, il concerne les malades accueillis dans un établissement non habilité, mais dont l'état peut justifier un placement d'office.

A l'heure actuelle, la loi permet le transfert dans un établissement psychiatrique, la demande étant accompagnée d'un certificat médical ; ce transfert ne vaut que pour quarante-huit heures et ne peut être maintenu si, pendant ce délai, une mesure de placement n'est pas intervenue.

Le texte du projet de loi est impératif. Le transfert est obligatoire dans les quarante-huit heures. Des sanctions pénales sont prévues à l'encontre du chef d'établissement.

La commission a très longuement débattu de ce problème important, mais il lui a semblé qu'en donnant au transfert un caractère impératif, alors même que l'appréciation de l'état du malade reste mal définie, on risquait de provoquer des internements injustifiés. Cette mesure semble aller à l'encontre des objectifs du projet de loi, qui vise à rendre moins faciles les internements.

Pour que le transfert éventuel du malade soit entouré de meilleures garanties, la commission propose de reprendre les définitions retenues en matière de placement. Nous revenons, en fait, tout simplement à la procédure de droit commun afin de mieux délimiter la catégorie des malades visés par cet article.

Par pitié ! laissons, comme c'est le cas dans la loi actuellement en vigueur, aux directeurs d'établissement, d'une part, une certaine latitude quant à la mise en œuvre de la procédure de placement et, d'autre part, une certaine liberté d'appréciation de l'intérêt du malade. En effet, les traitements modernes ne supportent pas d'être interrompus ; de plus, ils sont souvent entrepris dès l'entrée du malade dans l'établissement. Nous le répétons, cette possibilité de va-et-vient nous paraît extrêmement préjudiciable.

C'est pourquoi, la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 115.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements nos 115 et 11 ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Une fois de plus, la rédaction du Gouvernement me paraît à la fois plus simple et plus claire, sous réserve d'une modification concernant la définition même de cette notion de trouble mental retirant au malade le contrôle de son comportement, qui exige effectivement d'être précisée et sur laquelle nous reviendrons avec l'examen de l'amendement n° 1, déposé par le Gouvernement.

S'agissant de l'amendement n° 115, je crains, là encore, que la disposition proposée par M. le rapporteur de la commission des lois ne soit pas susceptible d'être facilement appliquée. Il est dit en effet dans l'amendement : « sauf contre-indication médicale impérieuse, reconnue par la commission de contrôle des établissements psychiatriques ». Je ne vois pas comment la commission de contrôle pourrait se réunir dans les quarante-huit heures afin de donner un avis sur ce transfert éventuel.

Dans ces conditions, le Gouvernement ne peut être favorable à l'amendement n° 115.

Quant à l'amendement n° 11, le Gouvernement ne partage pas l'avis de la commission des affaires sociales.

Si un malade connaît des troubles graves du comportement dans un établissement qui n'est pas habilité à recevoir des personnes faisant l'objet d'un placement, l'obligation de transfert dans un établissement habilité est nécessaire.

Si vous maintenez dans un établissement non habilité un malade dont le comportement nécessite un transfert, vous serez obligé, sur le plan thérapeutique, de lui imposer des conditions de contention qui ne sont pas acceptables.

On est alors en présence d'un internement abusif.

La possibilité offerte par le transfert dans un établissement habilité à recevoir des personnes faisant l'objet de tels placements, selon les procédures que nous avons déjà évoquées, offre des garanties qui ne sont pas nécessairement satisfaites dans le cas du maintien dans un établissement non habilité à recevoir des personnes placées.

Il me semble donc qu'on ne peut pas laisser au directeur de l'établissement dans ce cas la possibilité de transfert. L'obligation de transfert s'impose. A ce moment-là, la procédure prévue à cet effet permet de vérifier le bien-fondé de la décision.

Pour ces raisons, le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 11.

**M. le président.** La parole est à M. Belcour, pour défendre l'amendement n° 161 rectifié.

**M. Henri Belcour.** Nous sommes dans le cas d'un malade soigné dans un service hospitalier que je qualifierai de banal et qui se met à présenter un trouble mental lui retirant le contrôle de son comportement.

La formulation : « trouble mental lui retirant le contrôle de son comportement » est vraiment très large et risque d'entraîner une augmentation abusive des transferts en milieu psychiatrique à la demande d'un tiers.

Notre amendement se justifie par le fait qu'un certain nombre de maladies peuvent entraîner des troubles mentaux passagers.

Nous proposons la formulation plus précise : « rendant difficile son maintien dans le service ou l'établissement ».

Par ailleurs, si vous le permettez, monsieur le président, je précise que l'amendement n° 162 rectifié vise à remplacer les mots : « il doit être transféré » par les mots : « il peut être transféré ». En l'occurrence, il ne doit pas s'agir d'une obligation, dans la mesure où l'affection peut être passagère. A l'évidence, la décision de transférer le malade appartient plus au médecin qu'à l'administrateur.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 161 rectifié ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission approuve cet amendement, mais elle estime qu'il sera satisfait en cas d'adoption de l'amendement n° 11 qu'elle a déposé.

En conséquence, pour l'instant, elle émet un avis défavorable sur cet amendement.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 161 rectifié et pour présenter l'amendement n° 1.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement est hostile à l'amendement n° 161 rectifié.

Par l'amendement n° 1, le Gouvernement propose de remplacer l'expression peu précise : « d'un trouble mental lui retirant le contrôle de son comportement » par les mots : « d'un trouble mental défini soit à l'article L. 333, soit à l'article L. 342 ci-après ».

En effet, ces deux articles précisent la nature des troubles mentaux justifiant le placement à la demande d'un tiers ou le placement d'office.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 1 ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Par cet amendement, le Gouvernement maintient l'obligation de transfert. On transfère d'abord, on discute ensuite.

Nous proposons, pour notre part, de réintroduire la procédure de droit commun, c'est-à-dire la possibilité de discuter avant le placement, avec les deux certificats médicaux qu'exige ce genre de procédure.

Si, effectivement, le comportement du malade met en danger sa sécurité ou celle d'autrui, nous pourrions peut-être trouver un terrain d'entente, mais nous restons hostiles à l'amendement n° 1 du Gouvernement, qui maintient l'obligation de transfert.

**M. le président.** La parole est à M. Souffrin, pour défendre l'amendement n° 70.

**M. Paul Souffrin.** Je n'ai rien à ajouter, monsieur le président.

**M. le président.** La parole est à M. Belcour, pour défendre l'amendement n° 162 rectifié.

**M. Henri Belcour.** Je n'ai rien à ajouter, moi non plus, monsieur le président.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission ne peut qu'être favorable à ces amendements, mais elle les a intégrés dans son amendement n° 11.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Pour des raisons évoquées précédemment, le Gouvernement est défavorable aux amendements nos 70 et 162 rectifié.

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 115.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je pensais avoir été clair, mais sans doute ne l'ai-je pas été suffisamment.

On nous dit que les amendements tendant à remplacer « doit » par « peut » seraient satisfaits par l'amendement n° 11 de la commission des affaires sociales. C'est une façon de parler ! En effet, ils s'appliquent à un autre texte, celui du Gouvernement, qui vise une personne atteinte d'un trouble mental « lui retirant le contrôle de son comportement ».

Maintenant, en effet, les deux commissions sont d'accord pour demander que les critères soient ceux des personnes que l'on peut placer soit à la demande d'un tiers, soit d'office.

Sur l'amendement n° 115, j'ai déjà donné toutes les explications - sauf une ! - et il m'a été répondu : « On pourrait transférer les personnes ; alors il y aurait va-et-vient. »

Non ! Car, pour qu'il y ait transfert, il faut appliquer l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III.

Cela m'amène à rectifier mon amendement : il convient de remplacer les mots : « se trouve » par les mots : « paraît se trouver ».

En effet, si l'on affirme que le malade « se trouve » dans l'un desdits états psychiques, on ne voit pas comment, ensuite, les médecins de l'établissement pourraient s'opposer à ce qu'il soit transféré dans un établissement habilité aux termes de l'article L. 331.

L'établissement n'est pas spécialisé, il n'y a pas de psychiatres. On pense que l'intéressé se trouve dans les conditions du chapitre III et, normalement, on doit, dans les quarante-huit heures, le transférer.

La commission des lois objecte : ce serait le seul cas où l'on serait obligé d'interner quelqu'un !

Si tel était le cas, la commission aurait peut-être raison de remplacer « doit » par « peut » quand il s'agit de personnes relevant du placement à la demande d'un tiers, mais sûrement pas quand il s'agit de personnes relevant du placement d'office, pour lesquelles on n'a pas le choix : on doit les faire interner.

S'agissant des personnes relevant du placement à la demande d'un tiers, on ne doit pas obligatoirement les faire interner car, comme nous le dit M. le rapporteur, les familles ont le droit de les garder chez elles, elles ne sont pas obligées de les faire placer.

Mais si le placement est demandé, il ne peut intervenir dans un établissement autre que ceux qui sont habilités à soigner de tels malades.

La commission des lois demande donc que si ces personnes sont hospitalisées dans un établissement autre que ceux qui sont habilités à les recevoir, le médecin soit dans l'obligation de demander, en tant que tiers, le placement, de manière qu'on ne puisse pas l'accuser de détenir une personne relevant du placement sans son consentement, ce qui d'ailleurs serait un délit, mais difficilement vérifiable parce que la plupart des vérifications sont réservées aux établissements spécialisés.

En toute conscience, j'estime que cette nouvelle rédaction répond très exactement à la logique. Elle permettra, en effet, une vérification par l'une ou l'autre des procédures prévues au chapitre III.

C'est une question délicate, difficile, à laquelle nous avons beaucoup réfléchi. Nous avons comparé les textes des uns et des autres après en avoir parfaitement compris la rédaction.

Mes chers collègues, si vous voulez éviter les internements arbitraires dans des établissements qui ne sont pas habilités à recevoir des personnes atteintes de troubles mentaux, vous devez voter cet amendement de la commission des lois.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 115 rectifié, présenté par M. Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois, et tendant à rédiger comme suit le texte proposé pour l'article L. 332 du code de la santé publique :

« Art. L. 332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 paraît se trouver dans l'un des états psychiques visés aux articles L. 333 ou L. 342, il doit, sauf contre-indication médicale impérieuse reconnue par la commission de contrôle des établissements psychiatriques, être transféré dans les quarante-huit heures dans l'un des établissements habilités mentionnés à l'article L. 331 selon l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III.

« Le certificat médical justifiant le transfert est transmis au directeur de l'établissement d'accueil qui en avise le préfet ainsi que la commission de contrôle des établissements psychiatriques. »

Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission n'a pas changé d'avis, monsieur le président : elle est défavorable à cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Le Gouvernement pourrait accepter une partie de cet amendement mais absolument pas, comme je l'ai indiqué tout à l'heure, les dispositions qui prévoient que la commission de contrôle des établissements psychiatriques donne, dans les quarante-huit heures, une réponse justifiant ou non cette hospitalisation.

Je mesure bien un certain nombre des préoccupations exprimées par M. Dreyfus-Schmidt, mais pas toutes, pour les raisons que je viens d'indiquer.

J'ajoute que le texte initial du Gouvernement, modifié par l'amendement n° 1, répond à ses préoccupations.

J'invite donc le Sénat à adopter l'amendement n° 1 du Gouvernement plutôt que le texte que vient de défendre M. Dreyfus-Schmidt.

**M. le président.** L'amendement n° 115 rectifié est-il maintenu ?

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Monsieur le président, je suis sensible à la pensée du Gouvernement et j'aimerais que le Gouvernement soit sensible à la pensée de la commission des lois.

*Quid de la contre-indication médicale ? Quid de celui qui a effectivement perdu tout contrôle et est dangereux pour autrui, mais qui souffre d'une affection qui ne peut être traitée dans l'établissement spécialisé ? Le Gouvernement ne répond pas à ce souci !*

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Lequel ?

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Celui qui relève de l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III, celui qui traite des personnes placées dans les quarante-huit heures.

Je ne suis pas médecin, mais je me demande ce que l'on fait d'un malade mental atteint d'une méningite, par exemple, et qui ne peut être soigné dans l'établissement normalement habilité pour le traiter !

Doit-on tout de même le transporter dans les quarante-huit heures, même s'il y a une contre-indication médicale ? Ma réponse est « non ».

Toutefois, comme je souhaite que ce ne soit pas le médecin de l'établissement privé qui décide de cette contre-indication, pour essayer de conserver un malade qu'il ne doit pas conserver, je fais procéder à une vérification par la commission.

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 115 rectifié.

**M. Charles Descours.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Descours.

**M. Charles Descours.** L'échange qui vient d'avoir lieu me paraît effectivement très important.

Dans cette liasse d'amendements, deux choses me gênent.

Premièrement, si l'article L. 353-4 du code de la santé publique visait une certaine catégorie de malades, l'article L. 332 de ce même code ne traite pas des mêmes cas.

Quand un malade souffre de méningite, de cirrhose éthylique ou d'insuffisances cardiaques graves d'origine mitrale et entraînant des troubles psychiques, il est hors de question de le transférer dans un hôpital psychiatrique, où il ne pourra pas recevoir les soins lourds que nécessite son état.

Je comprends donc tout à fait la préoccupation de M. Dreyfus-Schmidt. Je me suis suffisamment opposé à lui au cours de ce débat pour relever les points sur lesquels je suis d'accord avec lui.

Ce qui me gêne cependant - mais peut-être est-ce parce qu'il est avocat - c'est la défiance que ce texte implique vis-à-vis du médecin.

M. Dreyfus-Schmidt confie à la commission de contrôle des établissements psychiatriques le soin de vérifier si le malade doit rester dans le premier établissement ou s'il doit être transféré dans un autre établissement. C'est faire preuve de trop de juridisme et de défiance envers le corps médical. Si le médecin traitant décide, pour le bien de son malade, parce que celui-ci a une cirrhose décompensée qui entraîne un syndrome de Korsakoff, par exemple, qu'il doit demeurer en milieu hospitalier général, le certificat médical du médecin de l'hôpital dans lequel le patient est hospitalisé devrait suffire !

Il faut faire très attention : certains syndromes psychiatriques ne sont pas isolés ; la maladie causale doit être traitée ; elle peut relever d'une hospitalisation dans un milieu autre que le milieu psychiatrique spécialisé.

**M. Franck Sérusclat.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** Comme mon collègue M. Descours, je me félicite de ce débat qui permet de mieux comprendre un certain nombre de difficultés.

L'amendement défendu par M. Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois, répond exactement à toutes les préoccupations qui ont été évoquées au cours du débat. Je ne comprends donc pas pourquoi le Gouvernement réclame ce texte à cause de la mention : « sauf contre-indication médicale impérieuse reconnue par la commission de contrôle des établissements psychiatriques ».

Ayant insisté sur l'importance de cette commission, sur sa disponibilité, profitons de cette occasion pour montrer qu'elle peut et doit jouer un rôle.

**M. Charles Descours.** Contrôler des médecins par des juges !

**M. Franck Sérusclat.** Je regrette, mais un médecin est membre de cette commission de contrôle !

Par ailleurs, le texte proposé pour l'article L. 332 du code de la santé publique, tant par la commission des lois que par le Gouvernement, fait confiance au médecin.

En effet, le malade ne doit être transféré qu'en application d'avis médicaux. Or, comme l'a indiqué M. le rapporteur de la commission des lois, il est évident qu'il doit être transféré pour bénéficier des dispositions prévues aux articles L. 333 et L. 342.

Il reste cependant que l'argument du rapporteur pour avis selon lequel un malade visé aux articles L. 333 et L. 342 ne pourrait pas être soigné d'une maladie, une méningite par exemple, dans les hôpitaux visés à l'article L. 331 me paraît fort discutable. Ces établissements, eux aussi, disposant de moyens de soigner des maladies « non mentales ».

Que se passe-t-il si un malade hospitalisé dans un hôpital psychiatrique à cause de son état psychique aux termes des articles L. 333 et L. 342 tombe malade ? Il est soigné ! On ne va pas l'envoyer dans un autre hôpital !

**M. Charles Descours.** Si ! S'il a une appendicite, on le transfère en chirurgie.

**M. Franck Sérusclat.** D'accord, on le transfère en chirurgie, mais ce, dans quelque hôpital que ce soit. Il n'existe donc pas de difficulté particulière à soigner les maladies somatiques d'une personne dont l'état psychique est visé par les articles L. 333 et L. 342, même si elle se trouve dans un établissement comme ceux qui sont mentionnés à l'article L. 331. Sinon, cela voudrait dire que, chaque fois qu'une maladie autre que psychique se déclare, les malades sont envoyés en chirurgie.

**M. Charles Descours.** Si elle est grave, oui !

**M. Franck Sérusclat.** C'est valable pour tout !

Donc, il n'y a pas de situation particulière.

En conclusion, il me semble qu'il pourrait y avoir une synthèse entre les propositions du Gouvernement et celles du rapporteur de la commission des lois sur l'amendement n° 115 rectifié. C'est la raison pour laquelle nous voterons cet amendement.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Je demande la parole pour explication de vote.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur.

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Nous pensons qu'une synthèse peut très bien intervenir à travers l'amendement n° 11. Nous vous ferons une proposition dans ce sens le moment venu.

Pour le moment, la commission maintient son avis défavorable sur l'amendement n° 115 rectifié.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** De quoi s'agit-il ? Il s'agit de personnes qui sont dans des établissements non habilités à accepter des placements, c'est-à-dire des cliniques privées psychiatriques - il y en a cent trente-cinq sur l'ensemble de notre territoire - ou tout établissement sanitaire, social ou médico-social. Une personne hospitalisée ou hébergée de manière tout à fait volontaire peut avoir un comportement psychique défini aux articles L. 333 et L. 342 qui ne lui permet pas de rester dans

cet établissement, dans la mesure où elle doit être placée et que l'établissement dans lequel elle est hospitalisée n'est pas habilité à recevoir une personne placée.

Il n'est pas opportun de multiplier les procédures, et je répons ainsi à M. Sérusclat, qui a repris l'argument développé par M. Dreyfus-Schmidt. En effet, des procédures, que nous avons examinées à un autre endroit du texte, garantissent que, lorsque ce placement interviendra, tous les contrôles seront assurés.

Y a-t-il des cas médicaux particuliers ? Oui, cela peut arriver ; mais il existe des solutions dans l'ensemble du parc hospitalier de notre pays habilité à recevoir des placements. En effet, un tiers des hôpitaux généraux peuvent recevoir des placements. Cela signifie que l'on peut traiter, dans ces établissements, tous les cas pathologiques autres que les troubles mentaux. Par conséquent, le problème est totalement résolu.

Pour ma part, je vous mets en garde contre une augmentation du nombre des procédures. Nous avons tous le souci de garantir les libertés ; toutefois, il ne faut pas non plus compliquer par trop les procédures, car nous aboutirions alors à des situations telles que nous ne parviendrions plus à trouver des solutions thérapeutiques aux différents problèmes posés.

Il nous faut faire confiance, d'une certaine manière, aux médecins habilités à prendre des décisions. Il est bon que des commissions et des procédures permettent d'apporter toutes garanties. Mais notre parc hospitalier est suffisamment diversifié pour offrir les différentes solutions adaptées au comportement de tel ou tel malade.

Pour toutes ces raisons, je préfère m'en tenir au texte initial du Gouvernement, modifié afin de bien préciser quels éléments du comportement justifient le placement tel que nous le verrons par la suite. Mais je vous demande, mesdames, messieurs les sénateurs, d'éviter de trop compliquer les procédures, afin que les dispositions de ce texte garantissent les libertés et puissent être opérationnelles.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Nous ne sommes pas plus royalistes que le roi : puisque tout le monde trouve que cette disposition donnerait trop de travail à la commission, qui, à mon avis, aurait pu seulement être avisée - elle comprend un médecin - je rectifie une deuxième fois l'amendement n° 115, en retirant les mots : « reconnue par la commission de contrôle des établissements psychiatriques ». Un malade, même s'il peut être soigné dans un autre établissement, pourrait ne pas être transféré en raison d'une contre-indication médicale impérieuse, laquelle pourrait vite être établie entre médecins.

**M. le président.** Je suis donc saisi d'un amendement n° 115 rectifié *bis*, présenté par M. Dreyfus-Schmidt, au nom de la commission des lois, et tendant à rédiger comme suit le texte proposé pour l'article L. 332 du code de la santé publique :

« Art. L. 332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 paraît se trouver dans l'un des états psychiques visés aux articles L. 333 ou L. 342, il doit, sauf contre-indication médicale impérieuse, être transféré dans les quarante-huit heures dans l'un des établissements habilités mentionnés à l'article L. 331 selon l'une ou l'autre des procédures décrites au chapitre III.

« Le certificat médical justifiant le transfert est transmis au directeur de l'établissement d'accueil qui en avise le préfet ainsi que la commission de contrôle des établissements psychiatriques. »

Monsieur le rapporteur, s'agissant d'une discussion commune, vous serait-il possible, avant que nous procédions au vote sur l'amendement n° 115 rectifié *bis*, d'indiquer au Sénat les rectifications que vous entendez apporter à l'amendement n° 11 ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** La commission conserve tel quel le premier alinéa de l'amendement n° 11, car elle tient absolument à ce que, dans ce cas-là au moins, il n'y ait plus transfert obligatoire et que l'on retombe dans le droit commun, avec une procédure de placement.

En revanche, s'agissant du second alinéa, elle remplace le mot « peut » par le terme « doit ». Elle considère en effet que l'obligation pour le directeur de l'établissement de saisir les autorités compétentes doit être maintenue lorsque les malades visés sont atteints de troubles mentaux les rendant dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

M. le rapporteur pour avis vient de supprimer, dans son amendement n° 115 rectifié *bis*, la référence à la commission ; mais il maintient dans tous les cas l'obligation de transfert. Par conséquent, la commission reste défavorable à l'amendement n° 115 rectifié *bis*, préférant le sien.

L'amendement n° 11, tel que je viens de le rectifier, fait une synthèse qui respecte la volonté de la commission des affaires sociales et le désir du Gouvernement de disposer, dans certains cas, d'une procédure obligatoire, qui se justifie effectivement.

**M. le président.** Je suis donc saisi par M. Dumont, au nom de la commission des affaires sociales, d'un amendement n° 11 rectifié, ayant pour objet de rédiger comme suit le texte proposé par l'article 2 pour l'article L. 332 du code de la santé publique :

« Art. L. 332. - Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint d'un trouble mental rendant impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, le directeur de l'établissement peut établir une demande de placement dans l'un des établissements habilités mentionnés à l'article L. 331, selon la procédure décrite à l'article L. 333.

« Lorsqu'un malade hospitalisé dans un établissement autre que ceux mentionnés à l'article L. 331 est atteint de troubles mentaux le rendant dangereux pour lui-même ou pour autrui, le directeur de l'établissement doit saisir les autorités chargées de prononcer le placement d'office ou d'arrêter des mesures provisoires en vertu des articles L. 342 et L. 343. »

Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 115 rectifié *bis*, repoussé par la commission et par le Gouvernement.

(L'amendement n'est pas adopté.)

**M. le président.** Je vais mettre aux voix l'amendement n° 11 rectifié.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le rapporteur pour avis.

**M. Michel Dreyfus-Schmidt, rapporteur pour avis.** Je demande que soient mis séparément aux voix les deux alinéas de cet amendement n° 11 rectifié.

**M. le président.** Le vote par division est de droit.

Je vais mettre aux voix le premier alinéa du texte proposé par l'amendement n° 11 rectifié pour l'article L. 332 du code de la santé publique.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Je demande la parole.

**M. le président.** La parole est à M. le ministre.

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Finalement, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat ; il pense en effet que la suite de la procédure parlementaire permettra de préciser ces différents points.

**M. le président.** Personne ne demande plus la parole ?...

Je mets aux voix le premier alinéa du texte proposé par l'amendement n° 11 rectifié pour l'article L. 332 du code de la santé publique, pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(Ce texte est adopté.)

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix le second alinéa du texte proposé par l'amendement n° 11 rectifié pour l'article L. 332 du code de la sécurité sociale, pour lequel le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

(Ce texte est adopté.)

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'ensemble de l'amendement n° 11 rectifié.

*(L'amendement est adopté.)*

En conséquence, l'article L. 332 du code de la santé publique est ainsi rédigé et les amendements n°s 161 rectifié, 1, 70 et 162 rectifié n'ont plus d'objet.

#### ARTICLE L. 332-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**M. le président.** Je donne lecture du texte proposé pour l'article L. 332-1 du code de la santé publique :

« Art. L. 332-1. - Il est établi, pour chaque établissement ou unité d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux, un règlement intérieur.

« Ce règlement doit être conforme à un règlement intérieur type établi par voie réglementaire pour la catégorie d'établissements concernée.

« Il doit être approuvé par le préfet. »

Par amendement n° 52, MM. Sérusclat, Estier, Bœuf, Penne, les membres du groupe socialiste et apparentés proposent de rédiger ainsi le premier alinéa de ce texte :

« Un règlement est établi pour chaque établissement ou unité d'hospitalisation accueillant des malades atteints de troubles mentaux. »

La parole est à M. Sérusclat.

**M. Franck Sérusclat.** Sans rien changer au texte sur le fond, cet amendement propose une rédaction plus conforme à l'usage de la langue française.

**M. le président.** Quel est l'avis de la commission ?

**M. Jean Dumont, rapporteur.** Il s'agit incontestablement d'une amélioration rédactionnelle. La commission émet donc un avis favorable sur cet amendement.

**M. le président.** Quel est l'avis du Gouvernement ?

**M. Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.** Favorable.

**M. le président.** Personne ne demande la parole ?...

Je mets aux voix l'amendement n° 52, accepté par la commission et par le Gouvernement.

*(L'amendement est adopté.)*

**M. le président.** Je mets aux voix, ainsi modifié, le texte proposé pour l'article L. 332-1 du code de la santé publique.

*(Ce texte est adopté.)*

**M. le président.** Mes chers collègues, je vous propose de renvoyer la suite de ce débat à demain.

4

#### TRANSMISSION D'UN PROJET DE LOI

**M. le président.** J'ai reçu, transmis par M. le Premier ministre, un projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Le projet de loi sera imprimé sous le numéro 245, distribué et, s'il n'y a pas d'opposition, renvoyé à la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le règlement. *(Assentiment.)*

5

#### RENOI POUR AVIS

**M. le président.** La commission des affaires sociales demande que lui soit renvoyé pour avis le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale relatif à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap (n° 245, 1989-1990), dont la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale est saisie au fond.

Il n'y a pas d'opposition ?...

Le renvoi pour avis est ordonné.

6

#### DÉPÔT DE RAPPORTS

**M. le président.** J'ai reçu de M. Philippe de Bourgoing un rapport, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sur le projet de loi modifiant le code de procédure pénale et le code des assurances et relatif aux victimes d'infractions (n° 197, 1989-1990).

Le rapport sera imprimé sous le numéro 243 et distribué.

J'ai reçu de M. Paul Masson un rapport, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale, sur le projet de loi modifiant la loi n° 52-893 du 25 juillet 1952 portant création d'un office français de protection des réfugiés et apatrides (n° 220, 1989-1990) (urgence déclarée).

Le rapport sera imprimé sous le numéro 244 et distribué.

7

#### ORDRE DU JOUR

**M. le président.** Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, fixée à aujourd'hui, jeudi 19 avril 1990 :

A dix heures :

1. Suite de la discussion du projet de loi (n° 45, 1989-1990) relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Rapport n° 216 (1989-1990) de M. Jean Dumont, fait au nom de la commission des affaires sociales.

Avis n° 241 (1989-1990) de M. Michel Dreyfus-Schmidt, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, aucun amendement à ce projet de loi n'est plus recevable.

A quatorze heures quarante-cinq et le soir :

2. Questions au Gouvernement.

3. Discussion du projet de loi (n° 83, 1989-1990) relatif à la propriété industrielle.

Rapport n° 233 (1989-1990) de M. Jacques Thyraud, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale.

Conformément à la décision prise par la conférence des présidents, en application de l'article 50 du règlement, aucun amendement à ce projet de loi n'est plus recevable.

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

*(La séance est levée le jeudi 19 avril 1990, à zéro heure quarante-cinq.)*

Le Directeur  
du service du compte rendu sténographique,  
JEAN LEGRAND

#### ERRATUM

*Au compte rendu intégral de la séance du 10 avril 1990*

Titre : code pénal.

Page 183, 2<sup>e</sup> colonne, dans le texte proposé par l'amendement n° 1 pour l'article 111-2 du code pénal.

Lire : « Art. 111-2. - La loi détermine les infractions et fixe les peines applicables à leurs auteurs.

« Le règlement peut toutefois déterminer les contraventions et fixer, dans les limites et selon les distinctions établies par la loi, les peines applicables aux contrevenants. »



**QUESTIONS ORALES SANS DÉBAT**

REMISES À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

*Situation des anciens combattants d'Afrique du Nord*

**167 rectifiée.** - 26 novembre 1989. - **M. Claude Prouvoeur** interroge **M. le secrétaire d'Etat chargé des anciens combattants et des victimes de guerre** sur l'application de l'article 123 de la loi de finances pour 1990 concernant le mode de fixation de la valeur du point de pension d'invalidité. Qu'en sera-t-il de la détermination de l'indice permettant d'indexer les pensions d'invalidité ? Par ailleurs, le projet de décret précisera-t-il le nombre de parlementaires appelés à siéger à la commission du rapport constant ? De même ne serait-il pas souhaitable que les représentants des anciens combattants à la commission soient désignés par leurs organisations représentatives ? S'agissant de la situation des anciens combattants d'Afrique du Nord serait-il possible d'envisager l'apurement des dossiers restant en discussion par une concertation entre le Gouvernement et les organisations représentatives des anciens d'Afrique du Nord concernant notamment : l'octroi du bénéfice de la campagne double aux anciens combattants d'Afrique du Nord, fonctionnaires et assimilés (ils ne sont en effet guère plus de 80 000) ; la réactivation de la commission médicale chargée d'examiner les pathologies propres à ce conflit et d'en tirer rapidement les conséquences ; l'amélioration des conditions d'attribution de la carte de combattant en retenant pour les anciens d'Afrique du Nord les mêmes critères que ceux retenus pour la gendarmerie ; l'attribution de la retraite anticipée à 55 ans pour les anciens d'Afrique du Nord demandeurs d'emploi en fin de droits ; l'assouplissement des conditions de reconnaissance de la qualité

de combattant d'Afrique du Nord en donnant un délai de dix ans à partir de la délivrance de la carte permettant d'accorder à l'intéressé le bénéfice des 25 p. 100 de participation de l'Etat.

*Avenir des prêts bonifiés à l'agriculture*

**193.** - 18 avril 1990. - **M. Roger Rigaudière** expose à **M. le ministre de l'agriculture et de la forêt** que les enveloppes financières prévues pour l'attribution des prêts bonifiés aux agriculteurs (prêts jeunes agriculteurs et prêts spéciaux de modernisation) sont, comme les années précédentes, notoirement insuffisantes. Il précise que l'augmentation 1989-1990 n'a même pas atteint 4 p. 100 et que les retards accumulés (files d'attente) ponctionneront à elles seules les deux tiers des crédits 1990. Ainsi, dans le Cantal, les besoins enregistrés ne seront couverts qu'à 50 p. 100. En conséquence, il lui demande de bien vouloir lui indiquer quelles mesures il entend prendre pour apporter un correctif à cette pénurie particulièrement grave.

*Suppression des guichets de loto en milieu rural*

**194.** - 18 avril 1990. - **M. Michel Doublet** attire l'attention de **M. le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget**, sur la fermeture, essentiellement en milieu rural, des bureaux de loto, loto sportif et tapis vert chez les marchands de journaux et les buralistes n'atteignant pas un chiffre d'affaires hebdomadaire, tous jeux confondus, de 10 000 francs. Il lui demande quelles mesures il entend prendre pour éviter que la clientèle du loto en zone rurale soit défavorisée et moins bien servie (les joueurs n'allant pas faire plusieurs dizaines de kilomètres supplémentaires en voiture pour trouver un autre dépositaire du loto) que celle en zone urbaine.

# ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

## de la séance

### du mercredi 18 avril 1990

#### SCRUTIN (N° 117)

*sur l'amendement n° 65 présenté par M. Paul Souffrin et les membres du groupe communiste et apparenté tendant à insérer un article additionnel avant l'article premier du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.*

Nombre de votants ..... 318  
 Nombre des suffrages exprimés ..... 318

Pour l'adoption ..... 171  
 Contre ..... 147

Le Sénat a adopté.

#### Ont voté pour

##### MM.

François Abadie  
 Paul Alduy  
 Guy Allouche  
 Jean Arthuis  
 Alphonse Arzel  
 François Autain  
 Germain Authié  
 René Ballayer  
 Henri Bangou  
 Bernard Barraux  
 Gilbert Baumet  
 Jean-Pierre Bayle  
 Mme Marie-Claude Beaudéau  
 Jean-Luc Bécart  
 Gilbert Belin  
 Jacques Bellanger  
 Claude Belot  
 Georges Berchet  
 Mme Maryse Bergé-Lavigne  
 Roland Bernard  
 Daniel Bernardet  
 Jean Besson  
 Jacques Bialski  
 Pierre Biarnes  
 Mme Danielle Bidard-Reydet  
 Jacques Bimbenet  
 François Blaizot  
 Jean-Pierre Blanc  
 Maurice Blin  
 Marc Bœuf  
 André Bohl  
 Roger Boileau  
 Marcel Bony  
 Raymond Bouvier  
 André Boyer (Lot)  
 Louis Brives  
 Jean-Pierre Cantegrit  
 Jacques Carat  
 Paul Caron  
 Ernest Cartigny  
 Robert Castaing  
 Louis de Catuelan  
 William Chervy  
 Auguste Chupin  
 Jean Cluzel  
 Henri Collard  
 Henri Collette  
 Yvon Collin  
 Francisque Collomb  
 Claude Cornac

Marcel Costes  
 Raymond Courrière  
 Roland Courteau  
 Michel Darras  
 André Daugnac  
 Marcel Daunay  
 Marcel Debarge  
 André Delelis  
 Gérard Delfau  
 Rodolphe Désiré  
 André Diligent  
 Michel Dreyfus-Schmidt  
 Bernard Dussaut  
 André Egu  
 Claude Estier  
 Jean Faure  
 André Fosset  
 Mme Paulette Fost  
 Jean François-Poncet  
 Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis  
 Aubert Garcia (Gers)  
 Jean Garcia (Seine-Saint-Denis)  
 Gérard Gaud  
 Jacques Genton  
 François Giacobbi  
 Paul Girod (Aisne)  
 Henri Gœtschy  
 Jacques Golliet  
 Roland Grimaldi  
 Robert Guillaume  
 Bernard Guyomard  
 Marcel Henry  
 Rémi Herment  
 Daniel Hoeffel  
 Jean Huchon  
 Claude Huriet  
 Pierre Jeambrun  
 Louis Jung  
 Philippe Labeyrie  
 Pierre Lacour  
 Pierre Laffitte  
 Tony Larue  
 Robert Laucournet  
 Bernard Laurent  
 Henri Le Breton  
 Jean Lecanuet  
 Charles Lederman  
 Bernard Legrand (Loire-Atlantique)  
 Edouard Le Jeune (Finistère)

Max Lejeune (Somme)  
 Charles-Edmond Lenglet  
 Marcel Lesbros  
 François Lesein  
 Félix Leyzour  
 Roger Lise  
 Louis Longequeue  
 Paul Loridant  
 François Louisy  
 Mme Hélène Luc  
 Jacques Machet  
 Jean Madelain  
 Philippe Madrelle  
 Kléber Malécot  
 Michel Manet  
 Jean-Pierre Masseret  
 François Mathieu (Loire)  
 Jean-Luc Mélenchon  
 Louis Mercier  
 Daniel Millaud  
 Louis Minetti  
 Louis Moinard  
 René Monory  
 Claude Mont  
 Michel Moreigne  
 Jacques Mossion  
 Georges Mouly  
 Jacques Moutet  
 Georges Othly  
 Robert Pagès  
 Bernard Pellarin  
 Albert Pen  
 Guy Penne  
 Daniel Percheron  
 Louis Perrein  
 Hubert Peyou  
 Jean Peyrafitte  
 Louis Philibert  
 Robert Pontillon  
 Roger Poudonson  
 Jean Pourchet  
 Claude Pradille  
 Roger Quilliot  
 Albert Ramassamy  
 René Régnauld  
 Ivan Renar  
 Guy Robert (Vienne)  
 Jacques Rocca Serra  
 Jean Roger  
 Gérard Roujas

André Rouvière  
 Olivier Roux  
 Marcel Rudloff  
 Claude Saunier  
 Pierre Schiélé  
 Paul Séramy  
 Franck Sérusclat  
 René-Pierre Signé

Raymond Soucaret  
 Paul Souffrin  
 Michel Souplet  
 Fernand Tardy  
 Georges Treille  
 André Vallet  
 Pierre Vallon  
 Albert Vecten

André Vezinhet  
 Marcel Vidal  
 Robert-Paul Vigouroux  
 Xavier de Villepin  
 Louis Virapoullé  
 Hector Viron  
 Robert Vizet

#### Ont voté contre

##### MM.

Philippe Adnot  
 Michel d'Aillières  
 Michel Alloncle  
 Jean Amelin  
 Hubert d'Andigné  
 Maurice Arreckx  
 Honoré Bailet  
 José Balarello  
 Bernard Barbier  
 Jean-Paul Bataille  
 Henri Belcour  
 Jacques Bérard  
 Roger Besse  
 André Bettencourt  
 Christian Bonnet  
 Amédée Bouquerel  
 Joël Bourdin  
 Yvon Bourges  
 Raymond Bourgine  
 Philippe de Bourgoing  
 Jean-Eric Bousch  
 Jean Boyer (Isère)  
 Louis Boyer (Loiret)  
 Jacques Braconnier  
 Mme Paulette Brisepierre  
 Guy Cabanel  
 Michel Caldaguès  
 Robert Calmejane  
 Jean-Pierre Camoin  
 Joseph Caupert  
 Auguste Cazalet  
 Jean Chamant  
 Jean-Paul Chambriard  
 Jacques Chaumont  
 Michel Chauty  
 Jean Chérioux  
 Roger Chinaud  
 Jean Clouet  
 Henri Collette  
 Charles-Henri de Cossé-Brissac  
 Maurice Couve de Murville  
 Pierre Croze  
 Michel Crucis  
 Charles de Cuttoli  
 Désiré Debavelaere  
 Luc Dejoie  
 Jean Delaneau  
 François Delga  
 Jacques Delong  
 Charles Descours

Michel Doublet  
 Franz Duboscq  
 Alain Dufaut  
 Pierre Dumas  
 Jean Dumont  
 Ambroise Dupont  
 Jean-Paul Emin  
 Marcel Fortier  
 Jean-Pierre Fourcade  
 Philippe François  
 Jean-Claude Gaudin  
 Philippe de Gaulle  
 Alain Gérard  
 François Gerbaud  
 Charles Ginesy  
 Jean-Marie Girault (Calvados)  
 Mme Marie-Fanny Gournay  
 Yves Goussebaire-Dupin  
 Adrien Gouteyron  
 Jean Grandon  
 Paul Graziani  
 Georges Gruillot  
 Yves Guéna  
 Jacques Habert  
 Hubert Haenel  
 Emmanuel Hamel  
 Mme Nicole de Hautecloucq  
 Bernard Hugo  
 Roger Husson  
 André Jarrot  
 Charles Jolibois  
 André Jourdain  
 Paul Kauss  
 Christian de La Malène  
 Lucien Lanier  
 Jacques Larché  
 Gérard Larcher  
 René-Georges Laurin  
 Marc Lauriol  
 Jean-François Le Grand (Manche)  
 Maurice Lombard  
 Pierre Louvet  
 Roland du Luart  
 Marcel Lucotte  
 Hubert Martin  
 Paul Masson  
 Serge Mathieu (Rhône)

Michel Maurice-Bokanowski  
 Jacques de Menou  
 Michel Miroudot  
 Mme Hélène Missoffe  
 Geoffroy de Montalembert  
 Paul Moreau  
 Arthur Moulin  
 Jean Natali  
 Lucien Neuwirth  
 Henri Olivier  
 Charles Ornano  
 Paul d'Ornano  
 Jacques Oudin  
 Sosefo Makapé Papiilio  
 Charles Pasqua  
 Jean Pépin  
 Jean-François Pintat  
 Alain Pluchet  
 Christian Poncelet  
 Michel Poniatowski  
 Richard Pouille  
 André Pourny  
 Claude Prouvoveur  
 Jean Puech  
 Henri de Raincourt  
 Henri Revol  
 Roger Rigaudière  
 Jean-Jacques Robert (Essonne)  
 Mme Nelly Rodi  
 Josselin de Rohan  
 Roger Romani  
 Michel Rufin  
 Maurice Schumann  
 Bernard Seillier  
 Jean Simonin  
 Jacques Sourdille  
 Louis Souvet  
 Pierre-Christian Taittinger  
 Martial Taugourdeau  
 Jacques Thyraud  
 Jean-Pierre Tizon  
 Henri Torre  
 René Travert  
 René Trégouët  
 François Trucy  
 Dick Ukeiwé  
 Jacques Valade  
 Serge Vinçon  
 Albert Voilquin  
 André-Georges Voisin

**N'a pas pris part au vote**

M. Hubert Durand-Chastel.

**N'ont pas pris part au vote**

M. Alain Poher, président du Sénat, et M. Etienne Dailly, qui présidait la séance.

**A délégué son droit de vote**

(Art. 63 et 64 du règlement.)

M. André Pourny à M. Bernard Barbier.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	317
Nombre des suffrages exprimés .....	317
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	159
Pour l'adoption .....	170
Contre .....	147

Mais, après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste de scrutin ci-dessus.

**SCRUTIN (N° 118)**

sur l'amendement n° 93 présenté par M. Dreyfus-Schmidt au nom de la commission des lois tendant à insérer un article additionnel après l'article premier du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Nombre de votants .....	318
Nombre des suffrages exprimés .....	318
Pour l'adoption .....	147
Contre .....	171

Le Sénat n'a pas adopté.

**Ont voté pour**

MM.

Paul Alduy  
Guy Allouche  
Jean Arthuis  
Alphonse Arzel  
François Autain  
Germain Authié  
René Ballayer  
Henri Bangou  
Bernard Barraux  
Jean-Pierre Bayle  
Mme Marie-Claude Beaudéau  
Jean-Luc Bécart  
Gilbert Belin  
Jacques Bellanger  
Claude Belot  
Mme Maryse Bergé-Lavigne  
Roland Bernard  
Daniel Bernardet  
Jean Besson  
Jacques Bialski  
Pierre Biarnes  
Mme Danielle Bidard-Reydet  
François Blaizot  
Jean-Pierre Blanc  
Maurice Blin  
Marc Bœuf  
André Bohl  
Roger Boileau  
Marcel Bony  
Raymond Bouvier  
Jean-Pierre Cantegrit

Jacques Carat  
Paul Caron  
Robert Castaing  
Louis de Catuelan  
William Chervy  
Auguste Chupin  
Jean Cluzel  
Francisque Collomb  
Claude Cornac  
Marcel Costes  
Raymond Courrière  
Roland Courteau  
Michel Darras  
André Daugnac  
Marcel Debarge  
André Delelis  
Gérard Delfau  
Rodolphe Désiré  
André Diligent  
Michel Dreyfus-Schmidt  
Bernard Dussaut  
André Egu  
Claude Estier  
Jean Faure  
André Fosset  
Mme Paulette Fost  
Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis  
Aubert Garcia (Gers)  
Jean Garcia (Seine-Saint-Denis)  
Gérard Gaud  
Jacques Genton

Henri Gœtschy  
Jacques Golliet  
Roland Grimaldi  
Robert Guillaume  
Bernard Guyomard  
Marcel Henry  
Rémi Herment  
Daniel Hoeffel  
Jean Huchon  
Louis Jung  
Philippe Labeyrie  
Pierre Lacour  
Tony Larue  
Robert Laucournet  
Bernard Laurent  
Henri Le Breton  
Jean Lecanuet  
Charles Lederman  
Edouard Le Jeune (Finistère)  
Marcel Lesbros  
Félix Leyzour  
Roger Lise  
Louis Longequeue  
Paul Loridant  
François Louisy  
Mme Hélène Luc  
Jacques Machet  
Jean Madelain  
Philippe Madrelle  
Kléber Malécot  
Michel Manet  
Jean-Pierre Masseret  
François Mathieu (Loire)

Jean-Luc Mélenchon  
Louis Mercier  
Daniel Millaud  
Louis Minetti  
Louis Moinard  
René Monory  
Claude Mont  
Michel Moreigne  
Jacques Mossion  
Jacques Moutet  
Georges Othily  
Robert Pagès  
Bernard Pellarin  
Albert Pen  
Guy Penne  
Daniel Percheron  
Louis Perrein  
Jean Peyrafitte

MM.

François Abadie  
Philippe Adnot  
Michel d'Aillières  
Michel Alloncle  
Jean Amelin  
Hubert d'Andigné  
Maurice Arreckx  
Honoré Bailet  
José Balarello  
Bernard Barbier  
Jean-Paul Bataille  
Gilbert Baumet  
Henri Belcour  
Jacques Bérard  
Georges Berchet  
Roger Besse  
André Bettencourt  
Jacques Bimbenet  
Christian Bonnet  
Amédée Bouquerel  
Joël Bourdin  
Yvon Bourges  
Raymond Bourguine  
Philippe de Bourgoing  
Jean-Eric Bousch  
André Boyer (Lot)  
Jean Boyer (Isère)  
Louis Boyer (Loiret)  
Jacques Braconnier  
Mme Paulette Brisepierre  
Louis Brives  
Guy Cabanel  
Michel Caldaguès  
Robert Calmejane  
Jean-Pierre Camoin  
Ernest Cartigny  
Joseph Caupert  
Auguste Cazalet  
Jean Chamant  
Jean-Paul Chambriard  
Jacques Chaumont  
Michel Chauty  
Jean Chérioux  
Roger Chinaud  
Jean Clouet  
Henri Collard  
Henri Collette  
Yvon Collin  
Charles-Henri de Cossé-Brissac  
Maurice Couve de Murville  
Pierre Croze  
Michel Crucis  
Charles de Cuttoli  
Marcel Daunay  
Désiré Debavelaere  
Luc Dejoie

Louis Philibert  
Robert Pontillon  
Roger Poudonson  
Jean Pourchet  
Claude Pradille  
Roger Quilliot  
Albert Ramassamy  
René Régnauld  
Ivan Renar  
Guy Robert (Vienne)  
Jacques Rocca Serra  
Gérard Roujas  
André Rouvière  
Olivier Roux  
Marcel Rudloff  
Claude Saunier  
Pierre Schiélé

**Ont voté contre**

Jean Delaneau  
François Delga  
Jacques Delong  
Charles Descours  
Michel Doublet  
Franz Dubosq  
Alain Dufaut  
Pierre Dumas  
Jean Dumont  
Ambroise Dupont  
Jean-Paul Emin  
Marcel Fortier  
Jean-Pierre Fourcade  
Philippe François  
Jean François-Poncet  
Jean-Claude Gaudin  
Philippe de Gaulle  
Alain Gérard  
François Gerbaud  
François Giacobbi  
Charles Ginesy  
Jean-Marie Girault (Calvados)  
Paul Girod (Aisne)  
Mme Marie-Fanny Gournay  
Yves Goussebaire-Dupin  
Adrien Gouteyron  
Jean Grandon  
Paul Graziani  
Georges Gruillot  
Yves Guéna  
Jacques Habert  
Hubert Haenel  
Emmanuel Hamel  
Mme Nicole de Hautecloucq  
Bernard Hugo  
Claude Huriet  
Roger Husson  
André Jarrot  
Pierre Jeambrun  
Charles Jolibois  
André Jourdain  
Paul Kauss  
Pierre Laffitte  
Christian de La Malène  
Lucien Lanier  
Jacques Larché  
Gérard Larcher  
René-Georges Laurin  
Marc Lauriol  
Bernard Legrand (Loire-Atlantique)  
Jean-François Le Grand (Manche)  
Max Lejeune (Somme)  
Charles-Edmond Lenglet

Paul Séramy  
Franck Sérusclat  
René-Pierre Signé  
Paul Souffrin  
Michel Souplet  
Fernand Tardy  
Georges Treille  
André Vallet  
Pierre Vallon  
Albert Vecten  
André Vezinhet  
Marcel Vidal  
Robert-Paul Vigouroux  
Xavier de Villepin  
Louis Virapoullé  
Hector Viron  
Robert Vizet

François Lesein  
Maurice Lombard  
Pierre Louvet  
Roland du Luart  
Marcel Lucotte  
Hubert Martin  
Paul Masson  
Serge Mathieu (Rhône)  
Michel Maurice-Bokanowski  
Jacques de Menou  
Michel Miroudot  
Mme Hélène Missoffe Geoffroy  
de Montalembert  
Paul Moreau  
Arthur Moulin  
Georges Mouly  
Jean Natali  
Lucien Neuwirth  
Henri Olivier  
Charles Ornano  
Paul d'Ornano  
Jacques Oudin  
Sosefo Makapé Papilio  
Charles Pasqua  
Jean Pépin  
Hubert Peyou  
Jean-François Pintat  
Alain Pluchet  
Christian Poncelet  
Michel Poniatowski  
Richard Pouille  
André Pourny  
Claude Prouvoveur  
Jean Puech  
Henri de Raincourt  
Henri Revol  
Roger Rigaudière  
Jean-Jacques Robert (Essonne)  
Mme Nelly Rodi  
Jean Roger  
Josselin de Rohan  
Roger Romani  
Michel Rufin  
Maurice Schumann  
Bernard Seillier  
Jean Simonin  
Raymond Soucaret  
Jacques Sourdille  
Louis Souvet  
Pierre-Christian Taittinger  
Martial Taugourdeau  
Jacques Thyraud  
Jean-Pierre Tizon  
Henri Torre

René Travers  
René Trégouët  
François Trucy

Dick Ukeiwé  
Jacques Yalade  
Serge Vinçon

Albert Voilquin  
André-Georges Voisin

**N'a pas pris part au vote**

M. Hubert Durand-Chastel.

**N'ont pas pris part au vote**

M. Alain Poher, président du Sénat, et M. Etienne Dailly, qui présidait la séance.

**A délégué son droit de vote**

(Art. 63 et 64 du règlement.)

M. André Pourny à M. Bernard Barbier.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants .....	317
Nombre des suffrages exprimés .....	317
Majorité absolue des suffrages exprimés .....	159
Pour l'adoption .....	147
Contre .....	170

Mais, après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste de scrutin ci-dessus.