

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2010-2011

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du mardi 10 mai 2011

(100^e jour de séance de la session)



www.senat.fr



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART

Secrétaires :

Mme Monique Cerisier-ben Guiga, M. Alain Dufaut.

1. Procès-verbal (p. 3506)
2. Candidature à un organisme extraparlémen-taire (p. 3506)
3. Dépôt de rapports du Gouvernement (p. 3506)
4. Retrait de l'ordre du jour d'une question orale (p. 3506)
5. Décision du Conseil constitutionnel sur des questions prioritaires de constitutionnalité (p. 3506)
6. Questions orales (p. 3507)

MESURES PRÉVENTIVES POUR LIMITER LE VOL DES CÂBLES EN CUIVRE SUR L'A4-A86 (p. 3507)

Question de Mme Catherine Procaccia. – M. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Mme Catherine Procaccia.

NUISANCES AÉRIENNES (p. 3508)

Question de M. Antoine Lefèvre. – MM. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Antoine Lefèvre.

DÉFINITION DES PRIORITÉS ENTRE NOUVELLES LGV AU SEIN DU SCHÉMA NATIONAL DES INFRASTRUCTURES DE TRANSPORT (p. 3509)

Question de M. Louis Pinton. – MM. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Louis Pinton.

RÉALISATION DE LA LIAISON FERROVIAIRE TRANSALPINE LYON-TURIN (p. 3510)

Question de Mme Annie David. – M. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Mme Annie David.

INQUIÉTUDES CONCERNANT LA PÉRENNITÉ DES TGV PARIS-LAUSANNE *VIA* PONTARLIER ET FRASNE (p. 3511)

Question de M. Claude Jeannerot. – MM. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Claude Jeannerot.

PROJET DE LOI CONCERNANT LES SYNDICS (p. 3512)

Question de Mme Patricia Schillinger. – M. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Mme Patricia Schillinger.

URGENCE POUR L'ACCUEIL ET L'HÉBERGEMENT D'URGENCE (p. 3513)

Question de M. Daniel Reiner. – MM. Benoist Apparu, secrétaire d'État chargé du logement ; Daniel Reiner.

RENTRÉE SCOLAIRE 2011 EN CHARENTE ET MODALITÉS DE CALCUL DE LA PART VARIABLE (p. 3514)

Question de M. Michel Boutant. – Mme Jeannette Bougrab, secrétaire d'État chargée de la jeunesse et de la vie associative ; M. Michel Boutant.

DOTATION GLOBALE HORAIRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE (p. 3515)

Question de M. Marc Laménie. – Mme Jeannette Bougrab, secrétaire d'État chargée de la jeunesse et de la vie associative ; M. Marc Laménie.

RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET ACCÈS À L'ACAATA DES MILITAIRES (p. 3516)

Question de M. Jean-Pierre Godefroy. – Mme Jeannette Bougrab, secrétaire d'État chargée de la jeunesse et de la vie associative ; M. Jean-Pierre Godefroy.

SITUATION DE LA GENDARMERIE MOBILE EN BRETAGNE (p. 3517)

Question de Mme Virginie Klès. – Mmes Jeannette Bougrab, secrétaire d'État chargée de la jeunesse et de la vie associative ; Virginie Klès.

Suspension et reprise de la séance (p. 3519)

GESTION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX (p. 3519)

Question de M. Bernard Fournier. – Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé ; M. Bernard Fournier.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES VEUFES ET LES VEUFES (p. 3520)

Question de M. Hervé Maurey. – Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé ; M. Hervé Maurey.

TARIF D'ACHAT DE L'ÉLECTRICITÉ PHOTOVOLTAÏQUE DANS LE CADRE D'UN CONTRAT DE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ (p. 3521)

Question de Mme Marie-Hélène Des Esgaulx. – M. Éric Besson, ministre chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique ; Mme Marie-Hélène Des Esgaulx.

FERMETURE DE L'USINE IDEAL STANDARD DANS LE JURA
(p. 3522)

Question de M. Gilbert Barbier. – MM. Éric Besson, ministre chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique ; Gilbert Barbier.

TAXE D'HABITATION SUR LES LOGEMENTS VACANTS (p. 3523)

Question de M. Raymond Couderc. – MM. Éric Besson, ministre chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique ; Raymond Couderc.

M. le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 3524)

DÉLIVRANCE DE VISAS AUX ARTISTES ÉTRANGERS AMATEURS DANS LE CADRE DE FESTIVALS DE FOLKLORE ET D'ART TRADITIONNELS
(p. 3524)

Question de Mme Maryvonne Blondin. – M. Frédéric Mitterrand, ministre de la culture et de la communication ; Mme Maryvonne Blondin.

AVENIR DE LA POLITIQUE DE COHÉSION (p. 3525)

Question de Mme Renée Nicoux. – M. Frédéric Mitterrand, ministre de la culture et de la communication ; Mme Renée Nicoux.

7. Nomination d'un membre d'un organisme extraparlémen-taire (p. 3527)

Suspension et reprise de la séance (p. 3527)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

8. Soins psychiatriques. – Discussion d'un projet de loi
(p. 3527)

M. le président.

Rappels au règlement (p. 3527)

MM. Jean-Pierre Michel, le président.

MM. Guy Fischer, le président.

Discussion générale (p. 3528)

M. Michel Mercier, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés ; Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé ; Jean-Louis Lorrain, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis de la commission des lois.

M. Jacques Mézard.

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT

M. Guy Fischer, Mme Anne-Marie Payet, MM. Jacky Le Menn, Laurent Bêteille, Mme Anne-Marie Escoffier, Alain Milon, Jean-Pierre Michel, Jean Desessard.

Clôture de la discussion générale.

Mme la secrétaire d'État.

Exception d'irrecevabilité (p. 3549)

Motion n° 83 de Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. – Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet par scrutin public.

9. Souhaits de bienvenue à une délégation de sénateurs de la République Tchèque (p. 3552)

10. Soins psychiatriques. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 3552)

Question préalable (p. 3552)

Motion n° 1 de Mme Christiane Demontès. – Mme Christiane Demontès, M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme la secrétaire d'État. – Rejet par scrutin public.

Suspension et reprise de la séance (p. 3554)

Articles additionnels avant l'article 1^{er} (p. 3555)

Amendement n° 41 de M. Guy Fischer. – MM. Guy Fischer, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 42 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales.

Suspension et reprise de la séance (p. 3556)

Amendement n° 43 rectifié de M. Guy Fischer. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mmes la secrétaire d'État, Marie-Thérèse Hermange, Annie David. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 86 de M. Jacky Le Menn. – Mme Raymonde Le Texier.

Amendement n° 475 rectifié *bis* de M. Jacques Mézard. – M. Jacques Mézard.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Guy Fischer. – Rejet des amendements n°s 86 et 475 rectifié *bis*.

Organisation de la discussion (p. 3559)

M. le président, Mmes la présidente de la commission, la secrétaire d'État.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

Article 1^{er} (p. 3560)

M. Guy Fischer, Mme Marie-Thérèse Hermange, M. Claude Jeannerot, Mme Patricia Schillinger, M. Jack Ralite.

Amendement n° 44 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet par scrutin public.

Amendement n° 439 rectifié de M. Jacques Mézard. – M. Jacques Mézard

Amendement n° 483 rectifié de Mme Anne-Marie Escoffier. – Mme Anne-Marie Escoffier.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet des amendements n° 439 rectifié et 483 rectifié.

Amendement n° 4 de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. – MM. Jean-Jacques Hyst, président de la commission des lois ; le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait.

11. Modification de l'ordre du jour (p. 3573)

MM. le président, Guy Fischer, Alain Milon.

Suspension et reprise de la séance (p. 3574)

12. Soins psychiatriques. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 3574)

M. le président.

Suspension et reprise de la séance (p. 3574)

Article 1^{er} (*suite*) (p. 3574)

Amendements identiques n° 45 rectifié de M. Guy Fischer et 87 de M. Jacky Le Menn. – Mme Isabelle Pasquet, M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 477 rectifié de Mme Anne-Marie Payet. – Mme Anne-Marie Payet.

Amendement n° 5 de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. – M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis de la commission des lois.

Amendement n° 46 de M. Guy Fischer. – M. Guy Fischer.

Amendement n° 280 de M. Alain Milon et sous-amendement n° 490 rectifié de M. Jean-Louis Lorrain. – MM. Alain Milon, Jean-Louis Lorrain.

Amendement n° 47 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David.

Amendement n° 88 de Mme Christiane Demontès. – Mme Christiane Demontès.

Amendements identiques n° 260 de M. Jean Desessard et 453 rectifié de M. Jacques Mézard. – MM. Jean Desessard, Jacques Mézard.

Amendement n° 89 de M. Jacky Le Menn. – M. Claude Jeannerot.

Amendement n° 6 de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. – M. le rapporteur pour avis.

Amendement n° 90 de Mme Christiane Demontès. – Mme Christiane Demontès.

Amendement n° 91 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 92 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 426 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – M. Alain Milon.

Amendement n° 48 de M. Guy Fischer. – Mme Marie-Agnès Labarre.

Amendement n° 93 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 49 de M. Guy Fischer. – Mme Isabelle Pasquet.

Amendement n° 50 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David.

Amendement n° 454 rectifié de M. Jacques Mézard. – M. Jacques Mézard.

Amendement n° 94 de Mme Christiane Demontès. – Mme Christiane Demontès.

Amendement n° 261 de M. Jean Desessard. – M. Jean Desessard.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur de la commission des affaires sociales ; Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé.

Rappels au règlement (p. 3586)

MM. Alain Milon, Jean-Pierre Michel, Mme Annie David, M. Jean Desessard, Mme Colette Giudicelli, M. le président, Jacques Blanc.

Article 1^{er} (*suite*) (p. 3589)

MM. Guy Fischer, le rapporteur pour avis, Jean-Pierre Michel, Jean Desessard, Mme Valérie Létard, M. Jacky Le Menn.

M. Yvon Collin.

Suspension et reprise de la séance (p. 3591)

Rejet, par scrutin public, des amendements identiques n° 45 rectifié et 87 ; rejet de l'amendement n° 477 rectifié ; adoption de l'amendement n° 5 ; rejet de l'amendement n° 46.

Mme Annie David, MM. Jacky Le Menn, Jean Desessard, Guy Fischer, Mmes la secrétaire d'État, Valérie Létard, Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales ; M. Raymond Vall. – Adoption du sous-amendement n° 490 rectifié et de l'amendement n° 280 modifié ; les amendements n° 47, 88, 260, 453 rectifié, 89, 6, 90 et 91 devenant sans objet.

M. le président, Mme la présidente de la commission.

Rejet de l'amendement n° 92 ; adoption de l'amendement n° 426 rectifié *bis* ; rejet de l'amendement n° 48.

MM. le rapporteur pour avis, Jacky Le Menn. – Retrait de l'amendement n° 93.

Rejet des amendements n° 49, 50 et 454 rectifié.

M. Guy Fischer. – Rejet de l'amendement n° 94, l'amendement n° 261 étant devenu sans objet.

Amendement n° 484 de la commission. – M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Adoption.

Amendement n° 95 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 7 de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. – MM. le rapporteur pour avis, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État, M. Jean Desessard. – Adoption.

Amendement n° 51 de M. Guy Fischer. – M. Guy Fischer.

Amendement n° 96 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 97 de M. Jacky Le Menn. – M. Claude Jeannerot.

Amendement n° 98 de Mme Christiane Demontès. – Mme Christiane Demontès.

Amendement n° 99 de M. Jacky Le Menn. – M. Claude Jeannerot.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Retrait de l'amendement n° 97; rejet des amendements n° 51, 98 et 99.

Amendement n° 100 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 52 de M. Guy Fischer. – Mme Annie David, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 101 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 102 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 103 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 104 de M. Jacky Le Menn. – MM. Jacky Le Menn, le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 105 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 53 de M. Guy Fischer. – Mme Isabelle Pasquet, M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet.

Amendement n° 455 rectifié de M. Jacques Mézard. – Mme Françoise Laborde.

Amendement n° 106 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendement n° 456 rectifié de M. Jacques Mézard. – Mme Françoise Laborde.

Amendement n° 479 rectifié de Mme Anne-Marie Payet. – Mme Anne-Marie Payet.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet des amendements n° 455 rectifié, 106, 456 rectifié et 479 rectifié.

Amendement n° 107 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 108 de M. Jacky Le Menn. – Devenu sans objet.

Amendement n° 54 de M. Guy Fischer. – M. Guy Fischer.

Amendement n° 109 de Mme Christiane Demontès. – Mme Christiane Demontès.

Amendement n° 267 de M. Jean Desessard. – M. Jean Desessard.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet des amendements n° 54, 109 et 267.

Amendement n° 110 de M. Jacky Le Menn. – M. Jacky Le Menn.

Amendements identiques n° 55 de M. Guy Fischer, 111 de M. Jacky Le Menn, 457 rectifié de M. Jacques Mézard et 489 de la commission. – Mme Annie David, MM. Jacky Le Menn, Yvon Collin, le rapporteur.

Amendement n° 8 de M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. – M. le rapporteur pour avis.

M. le rapporteur, Mme la secrétaire d'État. – Rejet de l'amendement n° 110; adoption des amendements n° 55, 111, 457 rectifié et 489, l'amendement n° 8 devenant sans objet.

Renvoi de la suite de la discussion.

13. Ordre du jour (p. 3609)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. ROLAND DU LUART

vice-président

Secrétaires :

**Mme Monique Cerisier-ben Guiga,
M. Alain Dufaut.**

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.)

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

CANDIDATURE À UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Je rappelle au Sénat que M. le Premier ministre a demandé au Sénat de bien vouloir procéder à la désignation du sénateur appelé à siéger au sein de la Commission scientifique nationale des collections.

La commission de la culture, de l'éducation et de la communication a fait connaître qu'elle propose la candidature de Mme Catherine Morin-Desailly pour siéger au sein de cet organisme extraparlamentaire.

Cette candidature a été affichée et sera ratifiée, conformément à l'article 9 du règlement, s'il n'y a pas d'opposition à l'expiration du délai d'une heure.

3

DÉPÔT DE RAPPORTS DU GOUVERNEMENT

M. le président. M. le Premier ministre a communiqué au Sénat :

- en application de l'article 67 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, le rapport relatif à la mise en application de la loi n° 2010 737 du 1^{er} juillet 2010 portant réforme du crédit à la consommation ;

- en application de l'article 46 de la loi n° 2009-967 du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement, le rapport sur l'harmonisation

des indicateurs français mesurant les performances en matière de traitement des déchets avec ceux des autres pays de l'Union européenne ;

- en application de l'article 11 de la loi n° 2010-873 du 27 juillet 2010 relative à l'action extérieure de l'État, le premier rapport d'évaluation prospective des résultats de l'expérimentation du rattachement à l'Institut français du réseau culturel de la France à l'étranger ;

- en application de l'article L. 227-7 du code de l'aviation civile, le rapport d'activité pour l'année 2010 de l'Autorité de contrôle des nuisances aéroportuaires.

Acte est donné du dépôt de ces rapports.

Le premier a été transmis à la commission de l'économie, du développement durable et de l'aménagement du territoire ainsi qu'à la commission des finances, le deuxième et le quatrième à la commission de l'économie, du développement durable et de l'aménagement du territoire, et le troisième à la commission des affaires étrangères, de la défense et des forces armées ainsi qu'à la commission de la culture, de l'éducation et de la communication.

Ils sont disponibles au bureau de la distribution.

4

RETRAIT DE L'ORDRE DU JOUR D'UNE QUESTION ORALE

M. le président. J'informe le Sénat que la question orale n° 1272 de M. Christian Cambon est retirée de l'ordre du jour de la séance du mardi 14 juin, à la demande de son auteur.

Acte est donné de cette communication.

5

DÉCISION DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL SUR DES QUESTIONS PRIORITAIRES DE CONSTITUTIONNALITÉ

M. le président. M. le président du Conseil constitutionnel a communiqué au Sénat, par courriers en date du vendredi 6 mai 2011, trois décisions du Conseil sur des questions prioritaires de constitutionnalité (n°s 2011-125, 2011-127 et 2011-128 QPC).

Acte est donné de ces communications.

QUESTIONS ORALES

M. le président. L'ordre du jour appelle les réponses à des questions orales.

MESURES PRÉVENTIVES POUR LIMITER LE VOL DES CÂBLES EN CUIVRE SUR L'A4-A86

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, auteur de la question n° 1214, adressée à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement.

Mme Catherine Procaccia. Ma question porte sur le vol et le trafic de cuivre sur les aménagements routiers.

Au début du mois de février, le tunnel de Thiais situé sur l'A86 a été fermé à la suite de la tentative de vol des câbles en cuivre qui alimentent l'éclairage et la ventilation. La circulation a été coupée pendant plus d'une demi-journée durant le week-end, provoquant un report très important sur les voies des communes adjacentes de Thiais, de Vitry-sur-Seine, de Créteil et de Choisy-le-Roi.

La « pagaille » qui s'est ensuivie aurait pu avoir des conséquences beaucoup plus importantes s'il s'était agi d'un jour de semaine. L'A86 dessert en particulier le marché d'intérêt national, ou MIN, de Rungis et les camions y sont très nombreux en semaine.

Ce n'est pas la première fois que l'A86 est victime de voleurs de cuivre. J'avais déjà attiré l'attention du Gouvernement sur le tronçon A4-A86, sur lequel de précédentes dégradations avaient entraîné la mise hors service de la glissière anti-bouchon et des panneaux lumineux d'information, qui ne fonctionnent d'ailleurs toujours pas un an après ! À l'été 2010, c'était le tunnel sous-fluvial de Nogent-sur-Marne qui avait été partiellement fermé après une tentative de vol.

Je m'étonne que cet axe essentiel de la circulation autour de Paris, qui permet de rallier les deux aéroports de Paris – Charles-de-Gaulle et Orly – ainsi que le marché d'intérêt national de Rungis, ne soit pas mieux protégé alors qu'il constitue un point névralgique routier, essentiel également pour les relations entre la Seine-et-Marne, le Val-de-Marne et les Hauts-de-Seine.

La presse fait état d'un futur enfouissement des câbles. Cependant, eu égard au coût de telles installations, aux délais de réalisation et à l'inflation du prix du cuivre, j'aimerais savoir si des mesures préventives telles que la vidéosurveillance, système que favorise la loi d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure, la LOPPSI 2, sont envisagées. Des actions sont-elles prévues pour prévenir ce type de vol, et selon quel calendrier ?

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement. Madame la sénatrice, vous avez attiré l'attention de Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement sur le vol de cuivre qui sert à l'alimentation en énergie des installations des tunnels d'Île-de-France, particulièrement à la suite des interruptions de trafic que vous venez d'évoquer.

Je tiens tout d'abord à rappeler qu'il est indispensable de couper la circulation dans un tunnel quand les conditions de sécurité ne sont plus remplies, comme cela s'est produit au mois de février dernier.

Comme vous le savez, nous assistons aujourd'hui à une recrudescence des vols de cuivre, qui constitue le matériau principal des câbles d'alimentation en énergie des équipements de sécurité des tunnels, dont certains servent aussi à retransmettre les informations en provenance de ces équipements.

En ce qui concerne l'alimentation en énergie, comme vous le soulignez, nous allons procéder dans les prochaines années à un enfouissement des lignes. Il s'agit cependant d'un investissement important qui ne pourra être effectué que progressivement.

Quant à la transmission des informations, nous mettons en place, dans le cadre de la mise en sécurité des tunnels, un réseau de fibres optiques qui remplacera à terme les anciens réseaux en cuivre. Il arrive cependant malheureusement qu'un câble à fibres optiques soit également coupé par des voleurs à la recherche de cuivre, pour vérifier la composition du câble.

Il n'est pas prévu à ce stade d'installer de la vidéosurveillance compte tenu de l'importance de l'investissement que cela représenterait, mais également des moyens qu'il serait nécessaire de dégager pour assurer une surveillance permanente et demander aux forces de l'ordre d'intervenir rapidement.

Les opérateurs des centres de gestion du trafic doivent avant tout assurer la sécurité des usagers en déclenchant les mesures adéquates en cas d'accident ou d'incident. Cette activité prioritaire est intense, et les opérateurs n'ont pas la capacité de surveiller en outre les éventuels actes de malveillance sur les infrastructures. Il va de soi cependant que, s'ils aperçoivent, lors de la surveillance du trafic à l'aide de caméras spécifiques, de mouvements anormaux, notamment de personnes à pied ou de véhicules arrêtés, une intervention par patrouille est déclenchée.

Par ailleurs, les gestionnaires routiers se sont rapprochés des experts de la SNCF, qui subissent le même type de vol, pour échanger sur les pratiques de sécurisation.

Telles sont, madame la sénatrice, les réponses que Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement souhaitait vous apporter.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Vous m'apportez des éléments d'information, monsieur le secrétaire d'État, mais pas vraiment des réponses.

J'ai évoqué le problème spécifique des vols de câbles en cuivre dans les tunnels, qui, comme vous l'avez indiqué, peuvent provoquer l'arrêt de la circulation pour des raisons de sécurité.

J'ajoute que, l'autoroute A15 ayant été privée de lumière depuis 2007 à la suite de plusieurs vols de câbles en cuivre, il a été décidé de ne plus éclairer une partie du réseau en Île-de-France. On ne remplace plus les câbles en cuivre, puisqu'ils sont volés de nouveau !

Pour ma part, je considère qu'il faudrait concentrer les efforts sur les points essentiels que sont les tunnels. La mise en place d'un système de vidéosurveillance uniquement dans les tunnels, et non sur l'ensemble des périphériques et de l'A86 en Île-de-France, permettrait peut-être de résoudre le problème.

Par ailleurs, vous me répondez que les opérateurs des centres de gestion du trafic ont pour mission avant tout la sécurité des usagers, et qu'ils ne peuvent en outre surveiller les éventuels actes de malveillance sur les infrastructures. Mais, monsieur le secrétaire d'État, je vous invite à vous rendre sur les routes quand le tunnel sous-fluvial de l'A86 à Nogent-sur-Marne est bloqué ! La sécurité est mise à mal partout, non seulement sur l'autoroute, mais aussi sur toutes les voies adjacentes, les automobilistes bloqués faisant n'importe quoi !

Par conséquent, je ne partage pas totalement cette approche et je souhaiterais que vous invitiez Mme la ministre à faire étudier de plus près le problème spécifique des tunnels.

NUISANCES AÉRIENNES

M. le président. La parole est à M. Antoine Lefèvre, auteur de la question n° 1244, adressée à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement.

M. Antoine Lefèvre. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, les articles 10 et 12 de la loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement prévoient respectivement que « l'État veillera à réduire les pollutions et les nuisances des différents modes de transport » et « de faire baisser le bruit au voisinage des aéroports par optimisation des procédures d'approche et de décollage des avions ».

La Direction générale de l'aviation civile propose un certain nombre de mesures, notamment en ce qui concerne le plan de circulation des avions de Roissy, dont les trajectoires de manœuvres d'atterrissage seraient prochainement relevées de 300 mètres, étendant ainsi la zone d'approche de plusieurs kilomètres vers l'est. Ces modifications se feront au détriment de nouvelles populations, sans pour autant, semble-t-il, améliorer sensiblement la qualité de vie de celles et de ceux qui subissent déjà ces nuisances.

C'est ainsi qu'une quarantaine de communes au sud du département de l'Aisne subiront immédiatement les conséquences de ce projet. Or l'établissement de la charte du développement durable de l'aéroport de Paris-Charles-de-Gaulle devrait permettre une réduction significative, durable et contrôlée des nuisances, en priorité la nuit, sans simplement transférer des nuisances d'une population sur une autre...

Les Axonnais se verront ainsi pénalisés à plusieurs titres : outre les nuisances sonore, visuelle et atmosphérique quotidiennes qu'ils supporteront en lieu et place de la tranquillité recherchée lors de leur installation, ils risquent fort de voir les prix de l'immobilier être dévalués. En effet, près de trois cents avions par jour survoleront ces communes à partir du mois de septembre prochain.

L'enquête publique qui vient de s'achever s'est conclue par plusieurs registres de doléances. On a enregistré également des pétitions, la création de collectifs de défense, ainsi que l'organisation de manifestations de riverains dans les communes concernées.

Je demande donc, monsieur le secrétaire d'État, que les élus soient rapidement entendus sur ce dossier – ils n'en ont été informés que tout récemment, alors même que le dossier daterait de 2007 –, mais aussi et surtout qu'ils soient consultés.

Pouvez-vous également nous exposer les projets en matière de développement des terminaux de fret aérien alternatifs à Roissy, qui concentre déjà 90 % du fret aérien en France et est responsable de la majorité de ces nuisances ?

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, *secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement.* Monsieur le sénateur, le Gouvernement s'est engagé à diminuer l'impact du trafic aérien sur l'environnement dans le cadre du Grenelle de l'environnement dès 2007. Ainsi, comme vous l'avez évoqué, le relèvement des altitudes d'interception des systèmes d'atterrissage aux instruments doit permettre de faire baisser de façon importante le bruit à proximité des aéroports pendant l'ensemble de la journée et de la nuit. C'est un point majeur de la convention signée par tous les acteurs du transport aérien en janvier 2008.

L'enquête publique, qui a débuté le 2 mars, concerne la phase 3 de ce projet de relèvement, visant à la modification de manière permanente des procédures d'approche aux instruments de l'aérodrome de Paris-Charles-de-Gaulle : il s'agit de relever de trois cents mètres l'altitude d'interception du segment de descente finale. Ce relèvement requiert de reculer de cinq kilomètres le début de descente des avions dans l'alignement de la piste et induit inévitablement le déplacement vers l'est des trajectoires d'atterrissage.

Ce décalage conduira en effet à survoler des populations différentes, mais le survol ayant lieu à plus haute altitude, il sera moins bruyant.

La phase de concertation sur ce projet a débuté dès avril 2010. Le comité interrégional de concertation, présidé par le préfet de région d'Île-de-France, s'est réuni à plusieurs reprises. L'enquête publique a également été annoncée lors de la commission consultative de l'environnement de Roissy le 25 octobre dernier.

La préfecture de l'Aisne a organisé une réunion à Charly-sur-Marne le 19 janvier 2011 en présence des élus du département. Il convient de rappeler que la loi ne prévoit pas, dans ce type de modification de la circulation aérienne, d'indemnisation dès lors que les zones impactées se situent en dehors du périmètre du plan de gêne sonore.

Par ailleurs, lors des Rencontres du Grand Roissy, le 25 janvier dernier, Mme Nathalie Kosciusko-Morizet, ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, a annoncé de nouvelles mesures pour réduire de manière significative les nuisances sonores dans les aéroports parisiens. Outre le projet de relèvement déjà mentionné, il a été décidé d'étendre les interdictions d'atterrissage et de décollage pour les aéronefs les plus bruyants sur Roissy pendant la nuit, de rééquilibrer le trafic entre les pistes nord et sud et de mettre en place des descentes en profil continu. Ces mesures seront mises en œuvre progressivement dès la fin de l'année 2011.

Ainsi, dès la fin de l'année, les avions les plus bruyants, ceux dont la marge acoustique est comprise entre cinq décibels et huit décibels, seront interdits entre vingt-deux heures et six heures du matin. Ceux dont la marge est comprise entre huit décibels et dix décibels seront également interdits à partir de 2014.

Par ailleurs, le Gouvernement soutient fortement le développement de terminaux de fret en France, par exemple à Vatry. Je me dois toutefois de rappeler que ce

sont les opérateurs qui choisissent leurs sites d'implantation, en fonction de critères d'efficacité et de demande. À cet égard, il serait illusoire de penser que l'on pourrait décréter le transfert d'une part significative du trafic de Roissy vers une autre plate-forme. Les trafics de passagers et de fret sont étroitement liés et empruntent aujourd'hui les mêmes lignes aériennes. Pour l'heure, le Gouvernement ne souhaite pas supprimer ou réduire une activité économique indispensable pour les territoires.

M. le président. La parole est à M. Antoine Lefèvre.

M. Antoine Lefèvre. Je vous remercie de votre réponse, monsieur le secrétaire d'État.

J'insiste sur la nécessité, au-delà de la réunion qui a eu lieu à la préfecture de l'Aisne, d'associer au maximum les élus locaux, ainsi que la population locale, qui a besoin d'éléments d'analyse afin de bien quantifier les éventuelles nuisances. Les termes techniques que vous avez rappelés sont difficilement analysables et transposables sur le terrain.

En matière de fret, vous avez bien sûr évoqué l'aéroport de Paris-Vatry. Je ne suis pas naïf dans ce domaine. Même si la prédominance de Roissy est forte, je pense que nous devons poursuivre nos efforts en matière de transfert de fret aérien sur d'autres sites.

DÉFINITION DES PRIORITÉS ENTRE NOUVELLES LGV AU SEIN DU SCHÉMA NATIONAL DES INFRASTRUCTURES DE TRANSPORT

M. le président. La parole est à M. Louis Pinton, auteur de la question n° 1257, adressée à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement.

M. Louis Pinton. Monsieur le secrétaire d'État, ma question porte sur la définition des priorités entre nouvelles liaisons ferroviaires à grande vitesse. Le schéma national des infrastructures de transport, le SNIT, actuellement en débat, planifie ces liaisons.

L'articulation entre ces futures lignes à grande vitesse et certaines lignes classiques structurantes pour la desserte et l'aménagement des territoires est au cœur des préoccupations. Dans ce cadre, je souhaiterais connaître votre sentiment sur un raccordement par le nord et *via* Châteauroux de la ligne traditionnelle Paris-Orléans-Limoges-Toulouse, la ligne POLT, à la future ligne à grande vitesse Paris-Orléans-Clermont-Lyon, la ligne POCL.

Si cette hypothèse était retenue, il conviendrait d'inscrire explicitement dans le SNIT les aménagements à prévoir à cet effet. Cette opération globale, renforcée par la modernisation simultanée et nécessaire de la ligne POLT, permettrait à Limoges de s'insérer dans le tracé et d'être ainsi reliée à Paris en moins de deux heures par le rail, ce qui satisferait à une exigence ancienne.

De plus, ce raccordement POCL-POLT cumulerait plusieurs avantages : une optimisation de la desserte ferroviaire et de l'aménagement des territoires traversés ; un taux de rentabilité socio-économique de plus de 17 %, soit le plus élevé de tous les projets ferroviaires des lois Grenelle I et II ; une bonne gestion des deniers publics, le fait de greffer une ligne traditionnelle à une LGV stimulant la première à moindres frais ; enfin, un bilan carbone favorable.

Ces atouts rendent artificielle, voire contre-productive, l'approche séparée des deux projets Paris-Clermont et Paris-Limoges par Poitiers. Pris isolément, ce dernier cumule les

handicaps, là où le premier aligne les avantages : un éloignement accru de Limoges par rapport à Paris, du fait du déport vers l'ouest de la desserte de la capitale limousine ; un aménagement du territoire pénalisé par la création d'un « vide central » ; un taux de rentabilité économique d'à peine 4 %. À cela s'ajoute une gestion dispendieuse des deniers publics, la LGV monovoie Limoges-Poitiers mobilisant de 1,6 milliard d'euros à 2 milliards d'euros, qui s'ajoutent aux 12 à 14 milliards d'euros du POCL. C'est beaucoup plus que le raccordement du POLT modernisé au POCL. Enfin, le bilan carbone serait clairement défavorable au barreau Limoges-Poitiers.

Les conclusions suivantes semblent donc s'imposer d'elles-mêmes : premièrement, il faut décloisonner le débat entre « barreau Limoges-Poitiers » et « POLT relié au POCL » afin de satisfaire aux deux nécessités dans la même approche, en fournissant une solution globale ; deuxièmement, l'ensemble formé par le POLT et le POCL est la formule la plus à même de renforcer le projet Paris-Clermont tout en reliant idéalement Limoges à Paris.

Dans ces conditions, et sur le fondement de la fongibilité programmatique et financière des lois Grenelle I et II, ne faudrait-il pas envisager une permutation entre ces deux chantiers dans le calendrier des projets du SNIT ?

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement. Monsieur le sénateur, le projet de ligne à grande vitesse Paris-Orléans-Clermont-Ferrand-Lyon, la LGV POCL, est un projet qui permettra d'apporter la grande vitesse ferroviaire aux territoires du Grand centre de la France et qui pourra également constituer un itinéraire alternatif à l'actuelle ligne ferroviaire à grande vitesse Paris-Lyon, en voie de saturation.

Les études relatives à ce projet ont été effectuées à un rythme soutenu et ont permis de saisir au début de l'année la Commission nationale du débat public, qui a confirmé le 3 mars dernier la tenue d'un débat public, prévu à l'automne.

L'ensemble des scénarios présentés dans le cadre des études de la LGV POCL permettent une meilleure desserte de l'Indre et de Châteauroux, *via* un raccordement entre la ligne nouvelle et la ligne existante Paris-Orléans-Limoges-Toulouse. Ainsi, la seule réalisation de la LGV POCL pourrait permettre de réduire les temps de parcours entre Paris et Châteauroux de près de quarante minutes, ce qui est considérable.

Le débat public qui aura lieu à l'automne prochain sera l'occasion de recueillir l'expression de l'ensemble des partenaires préalablement à toute décision concernant les options de passage de la nouvelle infrastructure et les fonctionnalités à retenir. Je suis convaincu que les réflexions que vous avez conduites, monsieur le sénateur, et dont vous avez bien voulu faire part au Gouvernement, contribueront utilement à ce débat.

Le dossier support du débat public pourra comporter un éclairage spécifique sur l'Indre et le centre de la France et remettra le projet en perspective avec les autres projets ferroviaires du territoire.

Si la loi de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement a inscrit la LGV POCL au sein du programme supplémentaire de 2 500 kilomètres de lignes

nouvelles à lancer immédiatement après 2020, elle a également prévu la possibilité d'un lancement anticipé si le projet atteignait un stade d'avancement suffisant.

Vous évoquez également, monsieur le sénateur, la question de l'équilibre du projet de LGV Poitiers-Limoges et son éventuelle complémentarité avec la LGV POCL. Le débat public qui s'est tenu en 2006 a conclu à la pertinence d'une desserte ferroviaire à grande vitesse de cette région par l'axe Atlantique. Les études de la LGV Poitiers-Limoges comportent un volet d'analyse socio-économique qui permettra de disposer de l'ensemble des éléments d'évaluation de l'intérêt de cette nouvelle infrastructure pour la collectivité. Ces éléments seront examinés de façon objective dans le cadre des procédures préalables à la déclaration d'utilité publique de l'opération et permettront d'apprécier en toute transparence la pertinence de la solution retenue.

M. le président. La parole est à M. Louis Pinton.

M. Louis Pinton. Je vous remercie de votre réponse, monsieur le secrétaire d'État.

En posant cette question, je pensais non pas exclusivement à la desserte Châteauroux-Paris, mais à la desserte de toute la région centrale, c'est-à-dire à la nécessité de relier Limoges à Paris dans les meilleures conditions. Les meilleures conditions ne sont d'ailleurs pas forcément, aujourd'hui, celles de 2006 : budgétairement, toutes nos structures parapubliques ont elles aussi subi indirectement le choc de la crise de 2008-2009. La solution globale que je propose aujourd'hui permettra peut-être d'économiser un peu d'argent public, ce qui était moins nécessaire en 2006.

RÉALISATION DE LA LIAISON FERROVIAIRE TRANSALPINE LYON- TURIN

M. le président. La parole est à Mme Annie David, auteur de la question n° 1260, adressée à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement.

Mme Annie David. Ma question s'adressait à Mme la ministre de l'écologie, du développement durable et des transports et du logement – elle porte sur la liaison ferroviaire transalpine Lyon-Turin, plus précisément sur sa partie française –, mais j'écouterai néanmoins très attentivement votre réponse, monsieur le secrétaire d'État.

L'itinéraire entre Lyon et Saint-Jean-de-Maurienne a été approuvé par décision ministérielle du 25 janvier 2010. Le projet global, qui comprend deux étapes – le tronçon entre Lyon et Chambéry d'une part, le tunnel de Chartreuse et le tunnel de Belledonne, d'autre part –, coûtera au total un peu plus de 7 milliards d'euros. À ce sujet, une enquête publique doit être réalisée avant le mois de juin 2011, c'est-à-dire demain, monsieur le secrétaire d'État, afin de ne pas interférer avec l'élection présidentielle de 2012.

Or, à ce jour, rien n'a encore été acté. Comme vous le savez, il faut trois mois de procédure administrative avant de lancer une enquête publique. D'où ma question et mon inquiétude !

Je vous rappelle par ailleurs que l'Union européenne est disposée à débloquer 700 millions d'euros de financement communautaire pour la partie française du projet comprise entre Lyon et la Chartreuse, deuxième tunnel qu'il faudra creuser après celui de Belledonne. Cet engagement est toutefois conditionné à la réalisation effective des différents montages juridiques et financiers du dossier.

Pour ce faire, doit être adopté un avenant au traité franco-italien de janvier 2001 intégrant des modifications au mémorandum de mai 2004 – en particulier pour le partage du financement entre les deux pays – et tenant compte des nouveaux tracés, puisque d'assez nombreuses évolutions ont été enregistrées.

Ainsi, si cet avenant n'est pas finalisé d'ici à juin 2011 et si l'enquête publique ne démarre pas d'ici au mois de juillet 2011, ce projet sera une nouvelle fois inéluctablement repoussé après l'élection présidentielle, avec le risque sérieux de perdre les financements de l'Union européenne.

L'adoption de l'avenant au traité de 2001 et le lancement de l'enquête publique sont donc primordiaux pour respecter les engagements de l'État français pris à l'égard de l'Union européenne, cofinanceur de l'ouvrage.

La toute récente réunion entre les ministres italiens et français aurait dû être l'occasion d'acter le schéma de financement. Qu'en est-il ? J'ai cru comprendre que rien n'avait avancé lors de cette rencontre.

Cet immobilisme entre nos deux États discrédite le Grenelle de l'environnement et la nécessité de lutter contre le réchauffement climatique. En effet, ce grand chantier dont l'enjeu est notamment le désengorgement des vallées alpines par un report modal de la route vers le rail concernerait chaque année 7 millions de voyageurs et 40 millions de tonnes de marchandises.

Aussi, face aux enjeux de ce chantier en matière de développement durable, ma question est simple : quand allez-vous lancer l'enquête d'utilité publique, qui n'accepte maintenant plus aucun délai ?

M. Benoist Apparu, secrétaire d'État. Bientôt ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement. Madame la sénatrice Annie David, le Gouvernement est pleinement engagé en faveur de la réalisation de la nouvelle ligne ferroviaire Lyon-Turin.

Il s'agit d'un projet stratégique qui s'inscrit résolument dans les objectifs du Grenelle de l'environnement en contribuant à faire basculer de la route vers le fer le trafic de marchandises qui circulent dans les Alpes franco-italiennes, secteur très sensible du point de vue environnemental.

La part du fer dans le transport de marchandises sur le secteur pourra ainsi atteindre 50 %. Le projet permettra par ailleurs d'améliorer la qualité de service du transport ferroviaire et de sécuriser les liaisons entre les grandes agglomérations alpines de France et d'Italie.

La liaison Lyon-Turin se compose de plusieurs sections, dont les calendriers de réalisation doivent être coordonnés. Ainsi, la réalisation des accès français, entre Lyon et Saint-Jean-de-Maurienne, et celle de la partie commune franco-italienne, au-delà de Saint-Jean-de-Maurienne, doivent s'inscrire dans une stratégie d'ensemble.

À ce jour, le calendrier global de l'opération doit tenir compte des nouvelles demandes exprimées récemment par la partie italienne de réexaminer les conditions de réalisation de la partie commune entre Saint-Jean-de-Maurienne et l'Italie, en envisageant notamment un phasage des ouvrages.

Un délai supplémentaire est donc nécessaire afin de pouvoir prendre connaissance des premiers résultats des études complémentaires qui viennent d'être engagées et de décider des suites à y apporter.

Le dossier qui sera soumis à l'enquête publique pour les accès français devra naturellement préciser les conditions de réalisation de la partie commune ainsi que les éventuels impacts en matière de trafics et de coûts.

Le dossier devra également traiter très précisément de certains points sensibles, notamment la traversée de zones à fort enjeu environnemental. Il en va de la réussite même de ce projet.

L'objectif du Gouvernement est donc de préparer le lancement de l'enquête publique dans de bonnes conditions. Le calendrier dans lequel va s'inscrire cette enquête doit toutefois intégrer ces différents éléments extérieurs.

Les perspectives de subventions de l'opération au titre du réseau transeuropéen de transport, le RTE-T, pour les accès français sont bien sûr confirmées. Il faut d'ailleurs rappeler que les 665 millions d'euros d'ores et déjà obtenus ne concernent que la seule partie commune franco-italienne sur la période 2007-2013 et non pas les accès.

M. le président. La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Monsieur le secrétaire d'État, il s'agit d'un projet stratégique qui revêt une très grande importance pour nos vallées alpines, ainsi que vous l'avez rappelé.

Néanmoins, votre réponse ne peut pas me convenir. Selon vous, les choses suivent leur cours. Mais comme vous le savez, le Commissaire européen chargé des transports, M. Siim Kallas – notre collègue Jean-Pierre Vial l'a rencontré récemment – a répété que si l'enquête publique n'était pas lancée d'ici à la fin du premier semestre 2011 les financements européens pour ce projet seraient remis en cause.

Le Commissaire européen avait déjà accepté de repousser le délai de décembre 2010 à la fin du premier semestre 2011, et ce à la demande du Gouvernement qui lui avait fait part de la nouvelle donne concernant ce projet.

Pour autant, si l'on dépasse la date de juin 2011 pour lancer cette enquête, les financements tomberont, et ce d'autant plus que, début 2012 verra se dérouler les élections présidentielle et législatives. Or – vous le savez très bien! –, une enquête publique ne pourra en aucun cas être lancée pendant cette période de campagne électorale : cela ne s'est en effet jamais produit auparavant!

Je regrette, monsieur le secrétaire d'État, que vous nous disiez qu'il y a encore des délais à respecter. Je le regrette d'autant plus que je vois dans la presse locale que la situation évolue dans nombre de pays voisins. En Italie et en Suisse, notamment, on a été capable de réaliser de grands tunnels. Le plus grand tunnel au monde – 57 kilomètres de linéaire – verra passer la liaison ferroviaire Milan-Zurich. Par la suite, il y aura également une arrivée pour l'Allemagne à partir de ce tunnel.

Je regrette vraiment que la France ne soit pas plus réactive pour permettre à cette liaison ferroviaire de voir enfin le jour. Vous le disiez justement – et je le sais pour habiter non loin de ces belles vallées alpines –, il est vraiment nécessaire que cette liaison soit réalisée pour que se fasse enfin le report modal de la route vers le fer.

INQUIÉTUDES CONCERNANT LA PÉRENNITÉ DES TGV PARIS-LAUSANNE VIA PONTARLIER ET FRASNE

M. le président. La parole est à M. Claude Jeannerot, auteur de la question n° 1246, adressée à M. le secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé des transports.

M. Claude Jeannerot. Monsieur le secrétaire d'État, ma question concerne les menaces qui pèsent sur la desserte ferroviaire d'une partie de mon département, le Haut-Doubs, et plus précisément sur les liaisons TGV Lausanne-Paris *via* Pontarlier et Frasne.

L'arrivée du TGV Rhin-Rhône très prochainement et, plus généralement, les réflexions engagées au niveau national pour mettre en place un système ferroviaire cadencé correspondant conduisent les opérateurs à envisager des adaptations de leurs services susceptibles, dans leurs conséquences, de porter atteinte à la desserte des gares du Haut-Doubs, notamment de Pontarlier et de Frasne.

Cette réorganisation des lignes reliant actuellement Paris à Lausanne et à Berne par le Haut-Doubs risque de conduire à la suppression, à l'horizon 2014, de trois dessertes quotidiennes de Pontarlier et de Frasne.

Les élus locaux et les représentants des usagers ont unanimement et vivement réagi à ces annonces, et j'ai moi-même adressé le 2 mars dernier des courriers aux décideurs nationaux pour les sensibiliser à ces menaces qui pèsent sur cette zone de montagne.

Dans un contexte où le département, aux côtés de tous les élus locaux et en lien avec les habitants, s'attache à développer l'économie touristique de ce territoire par des investissements significatifs, cette hypothèse, si elle était avérée, serait inacceptable.

Elle serait en outre incompréhensible parce que ce territoire est déjà fortement pénalisé, en particulier le secteur de Pontarlier, par le manque d'investissement de l'État sur la route nationale 57, qui est un axe international, dans le cadre du dernier contrat de plan État-région et dans le programme départemental de développement et de modernisation des itinéraires actuel, où elle n'est pas prise en compte.

Cela traduirait un désengagement supplémentaire dans l'accès de tous au service public du transport.

Ces suppressions de desserte pourraient entraîner des risques d'enclavement et de ralentissement du développement économique du Haut-Doubs.

Par ailleurs, le conseil général du Doubs a contribué à la réalisation de la LGV Rhin-Rhône en apportant 39 millions d'euros. Cet effort sans précédent a été engagé par tous les contribuables du Doubs.

Voilà une raison supplémentaire pour que le Gouvernement prenne en compte cette question qui concerne l'aménagement de notre territoire et le service public du transport. L'État doit assumer ses responsabilités.

C'est pourquoi je vous demande, monsieur le secrétaire d'État, de bien vouloir me faire connaître votre position sur cette question qui influence l'avenir économique de mon territoire.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement. Monsieur le sénateur Claude Jeannerot, les services ferroviaires à grande vitesse de l'axe Paris-Lausanne sont assurés par le groupement d'intérêt économique Lyria, constitué par la SNCF à hauteur de 74 % et les Chemins de fer fédéraux suisses, les CFF, à hauteur de 26 %.

Ces TGV desservent les gares de Dijon, Dole, Mouchard, Frasne ainsi que Vallorbe en Suisse.

Lyria propose également des liaisons à grande vitesse régulières sur les axes Paris-Bâle-Zurich, Paris-Neuchâtel-Berne et Paris-Genève.

Le 16 février 2011, la SNCF et les CFF ont signé un nouvel accord commercial portant sur la période 2011-2022. À cette occasion, une possibilité d'évolution des dessertes à l'horizon 2014, notamment pour ce qui concerne l'axe Paris-Lausanne, a été évoquée. Elle consistait à passer de quatre allers-retours quotidiens à cinq.

Cependant, ce scénario impliquerait que trois de ces allers-retours transiteraient non plus par Dijon et le Haut-Doubs mais par Mâcon et Genève *via* la ligne du Haut-Bugey. Les temps de parcours sont désormais comparables sur ces deux relations depuis la réouverture de cette ligne : environ trois heures quarante minutes. Il en résulterait que seulement deux allers-retours Paris-Lausanne, contre quatre actuellement, continueraient de desservir le Haut-Doubs.

Il s'agissait de l'un des scénarios étudiés parmi d'autres par la SNCF dans le cadre des développements envisagés par Lyria pour la liaison Paris-Lausanne à horizon 2014.

À ce stade, aucune décision définitive n'a été rendue. M. Thierry Mariani, secrétaire d'État chargé des transports, a d'ailleurs eu l'occasion d'indiquer à cet égard au député Jean-Marie Binetruy que le Gouvernement était attaché au maintien d'une desserte équilibrée du Haut-Doubs et de l'arc jurassien.

Des investissements importants ont en outre été consentis pour la modernisation des infrastructures ferroviaires dans le cadre des contrats de plan État-région 2000-2006 pour la Franche-Comté et la Bourgogne. Au total, 40,6 millions d'euros ont été investis, dont une participation de l'État français de 11,3 millions et de la Confédération helvétique de 20,3 millions.

Dans ces conditions, aucune évolution de desserte de l'arc jurassien ne saurait être envisagée sans une consultation approfondie de l'ensemble des collectivités publiques intéressées.

M. le président. La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Monsieur le secrétaire d'État, je veux retenir de vos propos l'engagement du Gouvernement à veiller à ce que cette partie du Haut-Doubs puisse bénéficier – et continuer de bénéficier – au-delà de l'horizon 2014 des liaisons qui sont absolument nécessaires à son développement touristique et, plus largement, économique.

En effet, cette liaison TGV, qui a vocation à desservir la Suisse tout en transitant par Dijon, Dole et cette partie montagneuse du territoire du Haut-Doubs, est évidemment essentielle à notre avenir.

Je vous remercie des signaux encourageants que vous avez bien voulu nous donner. Mais je serai attentif à l'avenir, vous l'imaginez, à ce que les choses aillent effectivement dans le sens que vous avez indiqué.

PROJET DE LOI CONCERNANT LES SYNDICS

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, auteur de la question n° 1248, transmise à M. le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés.

Mme Patricia Schillinger. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, ma question porte sur le projet de réforme de l'exercice de la profession des syndics et administrateurs de biens.

À la grande satisfaction des associations de copropriétaires et de consommateurs, un avant-projet de loi prévoyait en juin 2010 la généralisation du compte bancaire séparé par copropriété, sans dérogation possible. Or il est très étonnant de constater que cette mesure n'est aujourd'hui plus à l'ordre du jour et que le projet de loi n'a toujours pas été présenté au Parlement.

Plusieurs millions de copropriétaires sont concernés. Les organisations de consommateurs soulignent le non-respect de l'obligation faite à ces professionnels de disposer pour la gestion des copropriétés d'un compte bancaire séparé garant de la traçabilité et de la sincérité des opérations. Le projet de réforme présenté en 2010 prévoyait l'ouverture dans tous les cas d'un compte bancaire au nom du syndicat des copropriétaires.

De nombreuses associations de consommateurs et de copropriétaires soulignent les abus perpétrés par certains syndics qui profitent de la réglementation en vigueur. Rendre obligatoire le compte bancaire séparé pourrait donc être une manière d'offrir une plus grande sécurité juridique aux quelque 8 millions de nos concitoyens qui sont copropriétaires, en améliorant la transparence dans la gestion des fonds de la copropriété. En effet, nombre d'associations de responsables de copropriété dénoncent la lenteur d'élaboration de ce texte, qui serait entretenue par les chambres professionnelles de syndics pour tenter d'empêcher l'adoption de ce projet de loi.

Selon une enquête réalisée en novembre dernier, il existe toujours des abus de la part des syndics quant à leur rémunération. Certains professionnels majorent leurs honoraires de plus de 20 % si les propriétaires optent pour le compte bancaire ou postal séparé ; d'autres facturent la transmission de l'état daté plus de 530 euros ou demandent près de 100 euros pour l'envoi d'un courrier en recommandé.

Il n'est pas tolérable de laisser de tels agissements se produire. Le compte séparé est le seul moyen de protéger l'intérêt supérieur des propriétaires en assurant une sécurité en cas de défaillance du syndic, une saine gestion des copropriétés et une réelle transparence.

Monsieur le secrétaire d'État, pouvez-vous me dire pourquoi aucune disposition n'a à l'heure actuelle été prise pour que cessent les abus des syndics ? Le Gouvernement compte-t-il rétablir le compte bancaire séparé sans dérogation possible, comme c'est le cas dans l'ensemble des pays européens ? Dans quels délais entend-il présenter un projet de loi au conseil des ministres ?

M. Daniel Reiner. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, *secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement*. Madame la sénatrice, vous m'interrogez sur la réforme de la loi du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis et portant réforme de l'activité professionnelle de syndic de copropriété.

Comme vous le savez, le Gouvernement a engagé une réflexion approfondie sur la réforme des conditions d'exercice des activités d'entremise et de gestion immobilières. Pour ce faire, il a procédé à une vaste consultation des acteurs publics et privés intervenant dans le champ de cette réforme.

La nouvelle version de l'avant-projet de loi établie par la Chancellerie à l'issue de cette concertation fait actuellement l'objet de discussions au niveau interministériel.

En effet, compte tenu des conséquences de la réforme envisagée sur le secteur de l'immobilier et du logement, le Gouvernement est particulièrement attaché à ce que le texte présente un niveau optimal de sécurité juridique pour l'ensemble des consommateurs et professionnels concernés, notamment s'agissant de la question du compte séparé ouvert au nom du syndicat pour les copropriétaires dont il est le mandataire.

Bien entendu, le Gouvernement ne s'inscrit nullement dans la perspective d'une opposition entre les « gentils » copropriétaires et les « méchants » syndics ; la réalité est évidemment beaucoup plus nuancée et équilibrée. Je rappelle que les syndics, dans 95 % des cas, font parfaitement bien leur travail. Il ne faudrait donc pas généraliser les dérives d'une minorité à l'ensemble d'une profession.

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger.

Mme Patricia Schillinger. Monsieur le secrétaire d'État, je vous remercie de votre réponse, mais je note que nous ne disposons toujours pas d'une date précise pour l'examen du projet de loi.

Les syndics ont donc pour l'instant toute liberté pour imposer leurs tarifs, ce qui constitue, me semble-t-il, un manque de respect à l'égard des 8 millions de copropriétaires, d'autant plus que des milliards d'euros sont brassés dans le secteur du logement.

Je pense qu'un texte législatif s'impose ; voilà déjà un an que nous l'attendons. Quoi qu'il en soit, je reviendrai sur le sujet.

URGENCE POUR L'ACCUEIL ET L'HÉBERGEMENT D'URGENCE

M. le président. La parole est à M. Daniel Reiner, auteur de la question n° 1251, adressée à M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

M. Daniel Reiner. Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur les moyens alloués à l'accueil et à l'hébergement d'urgence en Lorraine, et ce à la suite d'une sollicitation de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale, la FNARS, de la région Lorraine.

L'année 2010 a été particulièrement tendue, marquée par une baisse globale des enveloppes du programme 177, Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables, et des retards importants en matière de paiement des crédits nécessaires à ces missions. De telles difficultés ont eu des conséquences néfastes, notamment du point de vue de la

trésorerie, pour une très grande majorité des associations assurant des délégations de service public en matière d'accueil, d'hébergement et d'insertion dans notre région.

Si le déblocage d'enveloppes complémentaires a permis de maintenir les dotations au niveau de 2009, il a néanmoins fallu attendre la fin de l'année 2010 pour que les crédits soient effectivement versés.

M. Benoist Apparu, *secrétaire d'État*. Comme depuis quinze ans !

M. Daniel Reiner. Les associations ont dû assumer seules les charges supplémentaires liées à l'augmentation du coût de la vie et de la masse salariale.

La circulaire n° 445 de la Direction générale de la cohésion sociale du 17 décembre 2010 a notifié la répartition des crédits 2011 alloués aux régions dans le cadre du programme 177. Celle-ci prévoit pour la Lorraine une nouvelle baisse globale de 0,69 % de l'enveloppe régionale.

Une telle baisse, qui s'ajoute à celle de 2010, va mettre en difficulté les établissements pour l'accueil, l'hébergement et l'orientation de nos concitoyens en grande difficulté sociale, qui sont, hélas ! de plus en plus nombreux.

La circulaire est d'autant plus inquiétante qu'elle prévoit une baisse de près de 14 % des crédits affectés à la Lorraine sur une période de dix ans. Il faudra nous expliquer pourquoi la Lorraine est traitée ainsi.

Monsieur le secrétaire d'État, la situation est extrêmement préoccupante. Je vous demande donc une révision de cette circulaire, qui détruit les outils de traitement de la précarité et de la pauvreté patiemment construits au cours de ces trente dernières années par les pouvoirs publics et les associations d'accueil et de réinsertion sociale. Je souhaite aussi que soient versées les enveloppes complémentaires pour 2011, de préférence sans attendre la fin de l'année civile, comme cela avait été le cas l'an passé.

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État.

M. Benoist Apparu, *secrétaire d'État auprès de la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement, chargé du logement*. Monsieur le sénateur, à la demande du Premier ministre, j'ai engagé la refondation totale du secteur de l'hébergement et de l'accès au logement au mois de novembre 2009.

Cette démarche privilégie l'accès ou le maintien dans le logement plutôt que l'hébergement et vise à mettre en place un véritable service public de l'hébergement et de l'accès au logement pour les publics particulièrement fragiles.

Plus d'un an après son lancement, cette stratégie nationale produit aujourd'hui ses premiers effets.

En 2010, le programme 177, Prévention de l'exclusion et insertion des personnes vulnérables, a bénéficié de moyens supplémentaires – il n'y a donc pas eu de baisse, contrairement à ce que vous avez affirmé ! –, avec l'octroi exceptionnel d'un décret d'avance de 110 millions d'euros et l'ouverture de crédits pour 83,5 millions d'euros supplémentaires dans le cadre de la loi de finances rectificative.

En revanche, vous avez raison lorsque vous indiquez que les crédits supplémentaires ont été ouverts en fin d'année civile. Mais c'est le cas depuis quinze ans ! En effet, depuis quinze ans, la prévention de l'exclusion fait l'objet d'une sous-budgétisation chronique de la part de l'État, droite et gauche confondues.

C'est pourquoi nous avons décidé d'avoir une véritable transparence budgétaire en 2011. Cette année, le budget national consacré à la stratégie nationale de prise en charge des personnes sans abri ou mal logées a progressé de 9 % par rapport à la loi de finances initiale pour 2010, pour atteindre 1,2 milliard d'euros. Ce budget marque une stabilité par rapport au budget exécuté en 2010.

Comme je l'ai souligné à l'instant, notre souhait est de disposer enfin d'un budget totalement transparent et définitif, et de ne plus avoir recours aux décrets d'avance.

La répartition des crédits entre les régions par la circulaire que vous avez évoquée est déterminée sur la base de données objectives qui tiennent, pour une part, à l'offre d'accueil et, pour une autre part, à la demande de recours à ces dispositifs.

Aujourd'hui, il existe des situations totalement anachroniques sur le territoire. Les rapports de financement entre les structures varient de un à cinq.

Nous avons donc décidé avec l'ensemble du secteur associatif d'organiser une convergence régionale, puis territoriale sur l'allocation de ces ressources. Il s'agit tout simplement de répondre à un principe d'équité. Il est en effet anormal qu'à service égal certaines régions aient cinq fois plus que d'autres !

C'est la raison pour laquelle nous maintenons notre volonté de convergence et nous continuerons d'œuvrer en ce sens. Nous étalerons cette démarche sur une dizaine d'années.

L'ensemble des acteurs du secteur, notamment les associations concernées, ont validé le principe que nous avons posé. Nous travaillons en ce moment à leurs côtés à la réalisation d'une enquête des coûts et des prestations pour nous permettre d'organiser la convergence en toute transparence et en toute équité.

Tels sont les éléments que je souhaitais vous apporter, monsieur le sénateur.

M. le président. La parole est à M. Daniel Reiner.

M. Daniel Reiner. Monsieur le secrétaire d'État, j'ai pris bonne note de vos propos.

Je transmettrai donc votre réponse à la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale de Lorraine, qui est à l'origine de ma question. Elle sera certainement ravie d'apprendre que les crédits ont augmenté (*M. le secrétaire d'État s'exclame.*)... C'est bien ce que vous m'avez indiqué, monsieur le secrétaire d'État !

M. Benoist Apparu, secrétaire d'État. Non !

M. Daniel Reiner. Vous avez déclaré que les crédits avaient augmenté sur le plan national. Or, moi, je vous parle de la région Lorraine, où ils ont diminué !

Je vous ai entendu parler de « refondation ». Ce serait effectivement une excellente nouvelle pour tout le monde s'il était possible de réduire le nombre de demandes d'accueil en hébergement d'urgence. Mais les demandeurs sont toujours là !

Voilà quelques jours, alors que j'avais déjà déposé ma question, les responsables d'établissements d'accueil de ma région ont pris connaissance des enveloppes budgétaires qui leur sont allouées pour 2011. Selon le président de l'une des plus importantes structures de l'agglomération de Nancy, compte tenu de l'inflation, les fonds alloués en 2011 par la

direction départementale de la cohésion sociale baisseront de 5 % – je confirme donc ce que j'ai déjà indiqué – par rapport à 2009.

Si une telle diminution n'est pas compensée par une enveloppe complémentaire comme en 2010 – certes, vous avez annoncé que des crédits complémentaires étaient versés en fin d'année –, nous enregistrons une baisse du nombre de places d'accueil et du nombre d'emplois dans les associations, alors que les besoins sont, hélas ! toujours réels.

RENTRÉE SCOLAIRE 2011 EN CHARENTE ET MODALITÉS DE CALCUL DE LA PART VARIABLE

M. le président. La parole est à M. Michel Boutant, auteur de la question n° 1253, adressée à M. le ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative.

M. Michel Boutant. Monsieur le secrétaire d'État, je souhaite attirer l'attention du Gouvernement sur les conditions dans lesquelles s'effectuera bientôt la rentrée scolaire 2011 dans le département de la Charente.

Le service public de l'éducation, comme celui de la santé, a particulièrement souffert des choix opérés par les différents gouvernements depuis 2002. Au nom de la sacro-sainte révision générale des politiques publiques, ou RGPP, l'éducation nationale est, en quelque sorte, devenue la variable d'ajustement des décisions budgétaires de l'État.

Il est malheureusement des départements qui souffrent encore plus que les autres de cette situation. Ainsi, la Charente n'est pas traitée de façon équitable : les différentes données sont incontestables. En 2010, ce sont douze classes qui ont été supprimées ; dans le même temps, plus de cinquante postes ont disparu. N'oublions pas, non plus, le sort réservé aux emplois de vie scolaire, les EVS, et aux contrats aidés en général.

L'année 2011 ne se présente pas sous de meilleurs auspices. Il semble que, au-delà de la dotation plancher allouée à chaque département, la part variable, sur laquelle je souhaite vous interroger, soit en effet on ne peut plus variable. Ainsi, ce sont 28 417 élèves qui sont attendus pour la rentrée 2011 dans le primaire en Charente, soit 19,60 % du total de l'académie de Poitiers. En Charente-Maritime, 51 042 élèves reprendront le chemin de l'école primaire, soit 35,26 % du total. Or la part variable accordée à la Charente ne représente que 12,13 % du total régional, contre 48,81 % à la Charente-Maritime. Comment expliquer un tel écart ? Le rectorat parle de « politique départementale », sans plus de précisions.

La situation est la même dans le secondaire. Si l'on reprend l'exemple des deux départements voisins, on s'aperçoit que 13 116 élèves sont attendus dans les collèges en Charente et 24 683 en Charente-Maritime, soit respectivement 19,84 % et 36,91 % du total de l'académie de Poitiers. Mais là encore, la part variable allouée à la Charente représente 13,96 % du total académique, contre 43,24 % pour la Charente-Maritime.

Devant ces déséquilibres, madame la secrétaire d'État, je vous demande de bien vouloir m'indiquer quels sont les critères retenus pour décider de la part variable accordée à chaque département et, plus largement, de faire le point sur la prochaine rentrée scolaire en Charente. Je vous remercie par avance de votre réponse.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État, que je tiens à saluer pour son grand acte de civisme, dont j'ai entendu parler ce matin.

Mme Jeannette Bougrab, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, chargée de la jeunesse et de la vie associative.* Je vous remercie, monsieur le président.

Monsieur le sénateur, vous interrogez le ministre de l'éducation nationale sur la rentrée scolaire en Charente et sur les moyens accordés à chaque département de votre académie.

Tout d'abord, je vous prie de bien vouloir excuser Luc Chatel, qui ne peut être présent aujourd'hui.

L'éducation nationale n'est pas la variable d'ajustement des décisions budgétaires de l'État. Le budget de l'éducation nationale représente un quart du budget de l'État et s'élève à près de 61 milliards d'euros. C'est le budget le plus important jamais voté par le Parlement.

Depuis 1990, nous avons 35 000 professeurs de plus pour 540 000 élèves de moins. À la rentrée prochaine, le taux d'encadrement sera renforcé par rapport à ce qu'il était il y a quinze ou vingt ans. C'est une réalité.

Il est nécessaire aujourd'hui, chacun en conviendra, de réformer et de mettre en place un service moderne de l'éducation nationale : un service capable de s'adapter, de se moderniser et de mobiliser les moyens là où ils sont nécessaires.

Ainsi a-t-il été tenu compte, partout, des particularismes académiques et des spécificités de chaque territoire ; c'est dans cette perspective que se prépare la rentrée 2011 dans votre académie.

L'examen des données montre qu'il y a dans votre académie une parfaite proportionnalité entre les effectifs et les moyens alloués à chaque département. Votre département ne fait l'objet d'aucun traitement défavorable.

Au contraire, si l'on prend en compte les postes du premier degré entrant dans le calcul du rapport professeur-élèves, il apparaît que les moyens alloués permettent au département de disposer du plus fort taux d'encadrement de l'académie. Certes, celui-ci est en baisse, mais il reste toujours compatible avec son caractère rural : 5,35 en Charente, pour une moyenne académique de 5,27.

Par ailleurs, permettez-moi de vous rappeler que les effectifs scolaires prévus dans votre département sont en légère diminution d'environ moins 1 %. Vous comprendrez donc, monsieur le sénateur, que le nombre d'enseignants évolue en conséquence.

Enfin, vous interrogez le ministre sur ce que vous appelez la « part variable » accordée à chaque département. Sachez qu'il ne s'agit que d'un procédé technique utilisé pour le calcul de la dotation totale. Il ne revêt aucun caractère politique. Il est basé essentiellement sur des critères d'ordre démographique. C'est le total des moyens qui compte. Or celui-ci est clairement en faveur de la Charente.

Monsieur le sénateur, le Gouvernement vous assure que votre département n'est en aucun cas lésé pour cette rentrée 2011. Tout est mis en œuvre afin de garantir les meilleures conditions d'enseignement possibles, pour les professeurs comme pour les élèves.

M. le président. La parole est à M. Michel Boutant.

M. Michel Boutant. Madame la secrétaire d'État, vous avez comparé la situation actuelle avec celle d'il y a quinze ans. J'aurais préféré que vous la compariez avec celle d'il y a un an ou deux, ou avec celle de l'année prochaine. Un tel parallèle aurait témoigné d'une baisse, même si j'entends bien que la diminution des effectifs est l'un des éléments qui a conduit à la suppression d'un certain nombre de postes.

Vous m'avez répondu que la part variable, point essentiel de ma question, ne résultait que d'un procédé technique ; mais lorsqu'un procédé technique devient aussi inégalitaire et qu'il conduit à de telles disparités, il doit être remis en cause.

Madame la secrétaire d'État, j'espère que ma demande très précise sur la révision d'un procédé technique de calcul de part variable évitera, à l'avenir, des disparités aussi visibles et déséquilibrées que celles que j'ai soulignées ce matin.

DOTATION GLOBALE HORAIRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie, auteur de la question n° 1223, adressée à M. le ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative.

M. Marc Laménie. Je souhaite attirer l'attention de M. le ministre de l'éducation nationale sur la diminution de la dotation globale horaire, la DGH, attribuée aux lycées ardennais, particulièrement à un établissement du chef-lieu – Charleville-Mézières – qui est porteur d'une section « sport » et d'une section préparant au baccalauréat français et à son équivalent allemand, la section « Abibac ».

Le manque d'heures allouées risque de pénaliser la qualité de l'enseignement en raison d'une sur-occupation des classes alors que beaucoup d'élèves sont issus de collèges situés en zones d'éducation prioritaire. En outre, la perte d'enseignements optionnels et la remise en cause des sections spécialisées sont particulièrement pénalisantes pour mon département, déjà éprouvé par les difficultés économiques.

En conséquence, je souhaite savoir si des dotations globales horaires peuvent être mobilisées sur des enseignements spécifiques qui, en favorisant une mixité sociale, sont facteurs de réussite pour les élèves et porteurs d'avenir pour l'économie locale.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Jeannette Bougrab, *secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, chargée de la jeunesse et de la vie associative.* Monsieur le sénateur, vous attirez l'attention de Luc Chatel sur les moyens attribués aux lycées des Ardennes, plus particulièrement au lycée Monge.

Vous le savez, la préparation de la rentrée 2011 s'est faite dans un cadre budgétaire contraint qui vaut pour l'ensemble de l'éducation nationale et donc, aussi, pour l'académie de Reims.

Dans ce contexte, votre académie a particulièrement veillé à ce que cet effort soit assuré par une recherche d'efficacité dans sa gestion, tout en maintenant ses principaux objectifs éducatifs : une meilleure équité pour l'accès aux langues, ainsi que la recherche d'un meilleur équilibre des voies technologique et professionnelle, et la nécessité de régénérer l'offre de formations professionnelles.

À la rentrée 2010, les effectifs dans les lycées ardennais étaient en baisse de 172 élèves, soit de 2,7 %. Les prévisions pour la rentrée 2011 maintiennent cette tendance puisqu'elles font apparaître une baisse des effectifs à hauteur de 1,3 %.

À la rentrée 2011, les structures pédagogiques seront stables dans les lycées ardennais. Une section ES du baccalauréat général sera même ouverte au lycée François-Bazin de Charleville-Mézières.

Toutefois, dix-neuf postes non renouvelés concerneront les lycées ardennais. Permettez-moi d'apporter une précision : pour la moitié d'entre eux, il s'agit de postes vacants.

Si l'on met en corrélation ces chiffres, on constate que les Ardennes ne verront pas se dégrader l'offre éducative proposée à ses lycéens.

Concernant la préparation de la rentrée scolaire au lycée Monge, je peux dire que la baisse de la dotation globale horaire n'entraîne la suppression d'aucun poste occupé. Deux postes ne seront pas maintenus sur des emplois vacants.

Concernant la section « Abibac », c'est-à-dire la filière franco-allemande, un financement spécifique de six heures est attribué à chaque niveau d'enseignement – seconde, première, terminale –, soit dix-huit heures au total, ce qui représente l'équivalent d'un emploi d'enseignant. Ce financement est identique pour tous les établissements de l'académie.

Enfin, monsieur le sénateur, vous avez évoqué la section « sport ». Un financement de deux heures par niveau est attribué à l'établissement, en concertation avec les inspecteurs pédagogiques d'EPS : il permettra la mise en place de la section « basket » dans des conditions satisfaisantes.

Monsieur le sénateur, vous pouvez en convenir, les moyens attribués au lycée Monge pour la rentrée 2011 tiennent donc bien compte des spécificités de cet établissement et sont également liés à l'évolution des effectifs, en baisse de près de 100 élèves entre l'année scolaire 2009-2010 et la prévision pour la rentrée 2011.

M. le président. La parole est à M. Marc Laménie.

M. Marc Laménie. Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de cette réponse, qui ne manquera pas de rassurer le département des Ardennes, en particulier Charleville-Mézières et le lycée Monge, car ma question répondait aux sollicitations de cet établissement.

J'ai bien noté les efforts réalisés par le ministère, en dépit d'une baisse des effectifs, pour assurer un maintien du nombre d'heures et des crédits alloués à la section « sport » et à la section « Abibac ». Un enseignement de qualité et des moyens donnés aux enseignants pour travailler dans de bonnes conditions est un gage de retombées positives à la fois pour la formation des jeunes – objectif du ministère de l'éducation nationale – et pour l'économie de mon département.

RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET ACCÈS À L'ACAATA DES MILITAIRES

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, auteur de la question n° 1236, adressée à M. le ministre de la défense et des anciens combattants.

M. Jean-Pierre Godefroy. Je souhaite attirer l'attention de M. le ministre de la défense sur la reconnaissance des maladies professionnelles des militaires et anciens militaires.

La prise en compte des maladies professionnelles pour les personnels militaires est assujettie à la réglementation du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, lequel, contrairement aux autres régimes de protection sociale, n'intègre pas la notion de maladie professionnelle et oblige donc ses ressortissants à prouver qu'il existe un lien direct, certain et déterminant entre ce dont ils souffrent et leur activité militaire présente ou passée.

Cela entraîne pour ces personnels des démarches particulièrement longues face à une administration très souvent extrêmement rétive à admettre sa responsabilité dans les pathologies qui les affectent.

Le Médiateur de la République a lui-même noté que la situation des militaires était, en la matière, particulièrement inéquitable, notamment par rapport aux fonctionnaires civils. C'est la raison pour laquelle il a récemment adressé au Gouvernement une proposition de réforme qui tend entre autres : premièrement, à modifier la rédaction actuelle du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre pour élargir la notion de service retenue par le juge des pensions, qui en fait aujourd'hui une interprétation extrêmement restrictive ; deuxièmement, à reformuler le régime de présomption d'imputabilité afin d'aligner la charge de la preuve exigée des militaires sur celle qui est requise pour les autres assurés sociaux.

Madame la secrétaire d'État, la spécificité du métier de militaire ne suffit pas à justifier l'application de dispositions aussi discriminatoires envers ceux-ci.

Cette situation apparaît d'autant plus choquante qu'elle s'accompagne, dans le cas particulier des personnels exposés à l'amiante, de l'interdiction pour les militaires de demander à bénéficier de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, l'ACAATA, ce qui constitue une discrimination reconnue par tous les rapports, notamment les rapports parlementaires, et j'ai l'honneur d'avoir été rapporteur de la mission commune d'information du Sénat sur l'amiante, et celui qui a été rédigé par le médiateur de la République, qui propose lui aussi, depuis plusieurs années, d'harmoniser les règles des dispositifs de cessation anticipée d'activité entre les différents régimes de sécurité sociale.

Aujourd'hui, l'exposition des militaires et anciens militaires à l'amiante ne leur est reconnue qu'en cas de maladie consécutive. Il faut savoir que les anciens marins militaires qui, dans le cadre d'une deuxième carrière, ont exercé une activité au contact de l'amiante et qui demandent à bénéficier du dispositif de l'ACAATA ne peuvent faire inclure dans le décompte de leurs droits les périodes d'activité militaires au contact de l'amiante.

C'est pourquoi je vous demande, madame la secrétaire d'État, quelles mesures le Gouvernement entend prendre pour faire évoluer le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre afin de mettre fin à ces situations discriminatoires envers les militaires et permettre ainsi une égalité de traitement avec les autres citoyens.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Jeannette Bougrab, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, chargée de la jeunesse et de la vie associative. Monsieur le sénateur, je vous prie de bien vouloir excuser l'absence de mon collègue ministre de la défense et des anciens combattants, Gérard Longuet.

Comme vous l'avez rappelé, l'indemnisation de l'invalidité relève de deux régimes distincts, adaptés aux besoins et aux spécificités particuliers de deux populations dont les fonctions ne sauraient être comparées. Ces régimes sont celui de la sécurité sociale pour les salariés du secteur privé et celui du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre pour les militaires.

Dans leur globalité, aucun de ces régimes ne peut être considéré comme plus favorable l'un par rapport à l'autre.

Si, dans le code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, la preuve de l'imputabilité incombe en priorité à l'intéressé, l'administration effectue cependant pour lui toutes les enquêtes nécessaires et l'assiste dans ses démarches. Le ministre Gérard Longuet tient à vous préciser que les procédures vont être allégées à la suite de la réforme de l'administration des anciens combattants qui a lieu en ce moment. C'est le premier point positif.

En cas d'apparition différée des pathologies, le recours au « faisceau de présomptions » est admis. De plus, l'imputabilité est présumée lorsque l'affection est consécutive à une mission opérationnelle.

Dans le régime général, seules les maladies inscrites dans les listes sont indemnisables et la survenue de la maladie ne permet pas, à elle seule, d'ouvrir le droit à indemnisation. Certes, ces listes instituent une présomption d'imputabilité mais celle-ci est soumise à des conditions de délais de surveillance et ne vaut que pour certains travaux.

À défaut de pouvoir remplir ces conditions, la preuve du caractère professionnel de la maladie doit être démontrée.

Par ailleurs, l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante, l'ACAATA, n'apporterait pas de droits nouveaux aux militaires, qui bénéficient, au titre de leur régime de retraite, d'un droit à pension à liquidation anticipée en cas d'invalidité.

Néanmoins, le ministre de la défense et des anciens combattants comprend les interrogations suscitées par l'absence de prise en compte, dans l'appréciation du droit à l'ACAATA, de certaines années au cours desquelles un militaire a pu être exposé à l'amiante dans l'exercice de ses fonctions.

Gérard Longuet a donc demandé à ses services d'examiner cette question et de lui soumettre des propositions. En effet, la résolution de cette question, qui ne concerne pas que les militaires, pourrait demander une révision de la loi instituant l'ACAATA.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy.

M. Jean-Pierre Godefroy. Madame la secrétaire d'État, je vous remercie de votre réponse même si elle ne me satisfait pas pleinement.

La fin de votre réponse est très importante : les militaires qui ont été exposés à l'amiante doivent pouvoir bénéficier du critère de la durée d'exposition. Je pense que la Fédération nationale des officiers marins, notamment, prendra acte de la réponse que vous m'avez apportée.

Je rappelle que l'article 1^{er} de la loi portant statut général des militaires prévoit « le respect des citoyens et la considération de la nation ». Or personne ne pourra nier que, pour ce qui concerne les marins notamment, l'exposition à l'amiante est patente. Il suffit de se rappeler la saga du Clemenceau : pratiquement tous les bâtiments de la marine nationale subissent un désamiantage très compliqué, et ces militaires ont donc été très largement exposés à l'amiante.

Ensuite, il faut se rappeler que la faute inexcusable de l'État a été reconnue en matière de maladie liée à l'amiante. Il ne faut donc pas maintenir cette discrimination. Si la carrière militaire évidemment engage les risques du métier des armes, en revanche, tout ce qui est lié à la malfaçon de matériels qui peut avoir des répercussions sur la santé doit être pris en compte par la nation.

Madame la secrétaire d'État, je vous remercie donc des réponses que vous avez apportées, qui constituent une petite avancée par rapport à ce qu'on nous disait auparavant. Cela étant, j'espère que des mesures seront rapidement mises en œuvre, car, pour les personnes touchées par les maladies liées à l'amiante, le temps qui reste à vivre est extrêmement court.

SITUATION DE LA GENDARMERIE MOBILE EN BRETAGNE

M. le président. La parole est à Mme Virginie Klès, auteur de la question n° 1249, transmise à M. le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration.

Mme Virginie Klès. J'ai souhaité attirer l'attention de M. le ministre de l'intérieur sur la situation de la gendarmerie mobile en Bretagne, et dans l'ouest de la France de façon plus générale.

Je vous remercie, madame la secrétaire d'État, de venir répondre à cette question. Au passage, j'admire la diversité des dossiers auxquels vous avez été amenée à vous intéresser pour répondre ce matin à nos questions. J'aurais néanmoins préféré, je ne vous le cache pas, que M. le ministre de l'intérieur fût lui-même présent, mais je pense qu'il aura eu à cœur de vous transmettre tous les éléments qui vous permettront de me répondre. Par ailleurs, ayant appris que vous vous étiez récemment vous-même intéressée de près à la délinquance, je ne doute pas que vous aurez des éléments de réponse à m'apporter.

J'en reviens à mes préoccupations, d'ailleurs partagées par de nombreuses personnes, tant parmi les forces de l'ordre, les responsables de la sécurité que parmi les citoyens eux-mêmes.

Après avoir prononcé la dissolution de l'escadron de gendarmerie mobile de Saint-Malo en 2010, le Gouvernement entend désormais supprimer d'ici à 2012 les escadrons qui sont stationnés à Rennes et à Nantes. Ces réductions d'effectifs s'inscrivent, comme trop souvent malheureusement, dans le cadre de l'application de la révision générale des politiques publiques.

Cette politique, qui consiste en la suppression automatique de la moitié des postes d'agents partant à la retraite, s'applique indistinctement à tous les services publics. Cette approche à court terme, purement comptable et financière, que j'ai déjà eu l'occasion de dénoncer, atteint aujourd'hui indiscutablement ses limites quand il s'agit de sécurité publique, bien que ce ne soit pas exclusivement le seul domaine dans lequel ces limites soient atteintes.

Pour autant, le Gouvernement a toujours soutenu devant la représentation nationale que les suppressions de postes dans la police et dans la gendarmerie ne concerneraient que des emplois de structures, ou, à tout le moins, ne retireraient rien aux forces de l'ordre leurs capacités opérationnelles.

À mon avis, il est aujourd'hui impossible de prétendre sérieusement que la suppression successive de trois des cinq escadrons de gendarmerie mobile stationnés jusqu'en 2010 en Bretagne n'aura aucun impact sur l'opérationnalité des forces de l'ordre dans cette région.

La contribution à la sécurité publique des escadrons rennais et nantais de gendarmerie mobile est essentielle. La disparition de toute unité de gendarmerie mobile sur l'axe Nantes-Rennes-Saint-Malo, territoire le plus densément peuplé de Bretagne, va gravement déséquilibrer la zone de défense Ouest.

Le Gouvernement doit donc maintenir ces deux escadrons en faisant preuve du même pragmatisme que celui qui fut le sien lorsqu'il est récemment revenu sur sa décision de dissoudre dès cette année deux compagnies républicaines de sécurité.

Enfin, il serait sans doute utile que le Gouvernement établisse, avant tout redéploiement des forces de l'ordre, une liste de critères objectifs et publics justifiant toute décision en la matière.

En conséquence, je vous demande, madame la secrétaire d'État, de bien vouloir me préciser vos intentions à ce sujet.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Jeannette Bougrab, secrétaire d'État auprès du ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, chargée de la jeunesse et de la vie associative. Monsieur le président, permettez-moi d'en revenir un instant à la question précédente pour dire à M. Godefroy que je connaissais la question de l'imputabilité en matière de responsabilité puisque, au sein du Conseil d'État, nous avons à connaître de l'indemnisation des militaires.

Madame Virginie Klès, tout d'abord, je vous remercie des mots très aimables que vous m'avez adressés. Je vous prie par ailleurs d'excuser l'absence de Claude Guéant, qui ne peut être présent aujourd'hui.

Dans le cadre du recentrage des missions des gendarmes mobiles, plusieurs mesures ont d'ores et déjà été prises ou sont envisagées.

Comme vous le savez, les centres de rétention administrative, CRA, sont progressivement transférés à la police aux frontières, la PAF.

Les missions de garde statique de bâtiments officiels, assurées par les gendarmes, font actuellement l'objet d'une réflexion en vue de leur allègement.

Afin d'adapter le format de la gendarmerie mobile à ce recentrage, quinze escadrons, sur les 123 existants, seront fermés sur deux ans. Huit escadrons ont déjà été fermés en 2010.

La fermeture de nouvelles unités en 2011 a été proposée par la direction générale de la gendarmerie nationale, la DGGN. Le choix des unités pressenties a été arrêté selon trois critères : opérationnel, immobilier et territorial.

Le critère opérationnel correspond à la distance entre les escadrons et leurs principales zones d'emploi.

Le critère immobilier tient compte de la possibilité de réutilisation des locaux par d'autres unités locales ou, au contraire, de cession aux collectivités.

Le critère territorial mesure l'impact potentiel aux niveaux démographique, économique et social. Ce n'est, en effet, pas la même chose de fermer une unité de 110 personnels dans une agglomération de 50 000 habitants que dans une petite ville qui n'en compte que 5 000.

La fermeture de ces escadrons permet, corrélativement, de renforcer les groupements de gendarmerie départementale qui bénéficieront *de facto* de 750 personnels supplémentaires. Ces escadrons étaient déjà employés en renfort dans un champ tenant plus du ressort de la sécurité publique que de l'ordre public.

En Bretagne, les groupements de gendarmerie départementale de l'Ille-et-Vilaine, du Morbihan et du Finistère ont bénéficié de ces renforcements.

La fermeture de deux escadrons dans l'ouest de la France ne remet donc aucunement en cause la capacité de l'État à continuer de garantir la sécurité publique et le maintien de l'ordre.

M. le président. La parole est à Mme Virginie Klès.

Mme Virginie Klès. Tout d'abord, sur le dernier élément de réponse que vous m'avez apporté, madame la secrétaire d'État, je soulignerai qu'il ne s'agit pas de la fermeture de deux escadrons, mais de trois sur cinq en ce qui concerne la Bretagne.

Parmi les critères que vous nous avez annoncés figure la démographie. Or la zone touchée aujourd'hui par la dissolution de trois escadrons sur cinq est la zone la plus peuplée de Bretagne.

En ce qui concerne l'opérationnel, notamment la distance entre la zone d'emploi et le stationnement de ces escadrons, j'ai du mal à imaginer que les gens de Brest pourront rapidement venir sur Rennes, la Bretagne étant tout de même un territoire assez étendu.

Sur les recentrages dont vous nous avez parlé, je ne crois pas qu'à ce jour les missions de garde statique relèvent des escadrons de gendarmerie mobile.

Sur la forme, enfin, même si je ne l'ai pas évoquée dans ma question, je pense que les forces de l'ordre en général et les gendarmes en particulier, qui, en tant que militaires ne peuvent s'exprimer librement, méritaient, en termes de concertation et d'annonce d'une telle nouvelle, d'être traités autrement que de la manière brutale dont ils l'ont été. En effet, les gendarmes, qui, pour certains d'entre eux, revenaient d'Afghanistan et rejoignaient leur escadron, ont appris brutalement, en guise de remerciement, que, dans les deux mois, les escadrons seraient dissous sans qu'ils puissent savoir où eux-mêmes seraient envoyés ni quand.

Je considère que, sur la forme, à tout le moins, nos gendarmes méritent mieux que ce genre de procédé.

Aujourd'hui, on entend beaucoup de discours sur la sécurité, la délinquance, et bien des choses sont remises en question en permanence ; or, dans le même temps, on ne peut pas demander toujours plus aux forces de sécurité, continuer à leur fixer des objectifs de réussite et d'efficacité parfaites et les mettre en porte-à-faux, en situation de fatigue physique et morale face à une délinquance qui se durcit, comme le Gouvernement n'a de cesse de le dire.

J'estime donc ne pas avoir obtenu d'éléments de réponse satisfaisants à ma question, ni sur la forme ni sur le fond.

M. le président. Mes chers collègues, en attendant Mme la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, que nous sommes impatients de voir arriver, nous allons devoir interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à onze heures, est reprise à onze heures cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Je présume que votre retard est dû à des embarras de circulation, madame la secrétaire d'État...

Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé. En effet, monsieur le président.

GESTION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉS DE SOINS À RISQUE INFECTIEUX

M. le président. La parole est à M. Bernard Fournier, auteur de la question n° 1250, adressée à M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé.

M. Bernard Fournier. J'ai souhaité appeler l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé au sujet de la filière de responsabilité élargie des producteurs, la REP, spécifique pour la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux, dits DASRI.

Comme vous le savez, madame la secrétaire d'État, jusqu'en 2010, le patient en auto-traitement était responsable réglementairement, en tant que producteur, de l'élimination de ces déchets. Les collectivités avaient la charge de la collecte et du traitement.

Cette organisation était trop peu efficace, puisque de nombreux déchets de soins se sont retrouvés mélangés aux déchets ménagers, soit parce que le patient de bonne foi ignorait sa responsabilité soit parce qu'il ne disposait pas à proximité de son lieu de résidence de moyens de collecte.

Face à ce constat inacceptable du point de vue tant de la santé publique que de l'environnement, la loi dite Grenelle 2, du 12 juillet 2010, modifie l'article L. 4211-2-1 du code de la santé publique et définit une filière de récupération et de traitement spécifique des déchets d'activités de soins à risque infectieux.

Un premier décret en lien avec cette filière est paru au *Journal officiel* le 24 octobre 2010. Ce décret, familièrement appelé « boîtes jaunes », crée l'obligation de mise à disposition gratuite, aux patients en auto-traitement, des collecteurs normalisés pour les déchets perforants.

Il s'agit d'une première étape fondamentale. En revanche, le décret d'application devant préciser certains détails, permettant notamment la collecte gratuite des collecteurs pleins des patients en auto-traitement, apportés par les particuliers qui les détiennent, se fait particulièrement attendre.

Ce décret doit pourtant finaliser une démarche importante et instaurer un dispositif de collecte de proximité spécifique par le biais des officines de pharmacies, des pharmacies à usage intérieur et des laboratoires de biologie médicale, tenus de procéder à cette collecte.

Du point de vue pratique, les officines sont dans une position incontournable dans la mise en place de la filière nationale. Ce dispositif ne remet pas en cause les systèmes de collecte déjà aménagés par certaines collectivités locales ou certains laboratoires d'analyses médicales.

Par ailleurs, la mise en place d'une telle filière n'entraîne aucun coût supplémentaire pour les collectivités et n'induit qu'un coût très marginal pour les pharmaciens, lié à la manipulation des contenants et à la gestion administrative.

S'agissant de l'enlèvement et du traitement des déchets collectés, il est opportun que ceux-ci incombent aux exploitants et fabricants, ou leurs mandataires, à l'image des dispositifs déjà mis en place sur le principe de la REP pour d'autres flux de déchets des ménages.

Aussi est-il urgent que la publication des textes réglementaires en matière de DASRI aboutisse à une échéance véritablement raisonnable. En conséquence, madame la secrétaire d'État, je souhaite connaître vos intentions et celles du Gouvernement sur cette question.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé. Monsieur le sénateur, vous avez attiré l'attention du Gouvernement sur la filière de responsabilité élargie des producteurs spécifique pour la gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux.

Le Gouvernement est très attaché à la mise en œuvre rapide d'une filière sécurisée pour l'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux des patients en auto-traitement, afin d'éviter que ces déchets ne soient déposés avec les ordures ménagères, créant ainsi un risque de contamination des personnels en charge de la collecte et du traitement de ces ordures et un risque pour l'entourage du patient.

C'est un sujet de première importance qui intéresse près de deux millions de patients en auto-traitement et pour lequel nous souhaitons la mise en place d'une filière pérenne.

Vous l'avez rappelé, monsieur le sénateur, la loi du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement, dite Grenelle 2, définit une filière de récupération et de traitement spécifique des DASRI perforants des patients en auto-traitement en rendant obligatoire la collecte de ces déchets à risques.

Pour que cette collecte puisse se réaliser dans les meilleures conditions possibles, il est indispensable que ces déchets soient déposés préalablement dans des emballages adaptés. C'est pourquoi a été pris un premier décret imposant aux personnes responsables de la mise sur le marché des médicaments ou dispositifs médicaux générant des déchets à risques, de fournir ces emballages, qui seront distribués aux patients par les officines de pharmacie. Ce décret rend obligatoire la fourniture de ces emballages à partir du 1^{er} novembre 2011.

Le second décret, qui doit préciser les modalités de collecte et de traitement des DASRI perforants des patients en auto-traitement, pris en application de la loi Grenelle 2 est piloté par le ministère chargé de l'écologie, en charge de la mise en place des réglementations relatives aux filières d'élimination des déchets. Vous souhaitez savoir quelles sont les intentions du Gouvernement en la matière.

Je peux vous préciser, car j'en serai cosignataire, que ce second décret est actuellement en cours d'examen par le Conseil d'État, après avoir reçu les avis favorables de la commission consultative d'évaluation des normes, de l'Autorité de la concurrence et du Haut Conseil de santé publique.

Comme vous l'avez indiqué, ce décret permettra l'organisation d'une filière d'élimination des DASRI perforants des patients en auto-traitement selon le principe de la responsabilité élargie des producteurs. Cette filière prévoit de généraliser les dispositifs déjà mis en œuvre par les collectivités locales, compétentes en matière d'élimination des déchets des ménages, en y associant notamment les pharmaciens et les associations de patients. Ces dispositifs s'appuient principalement sur des points d'apports volontaires dans les déchetteries, par des bornes automatiques dédiées ou en pharmacies.

La filière sera financée par les exploitants de médicaments et les fabricants de dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ou leurs mandataires concernés.

Voilà, monsieur le sénateur, les précisions que je tenais à vous apporter sur cet important sujet.

M. le président. La parole est à M. Bernard Fournier.

M. Bernard Fournier. Madame la secrétaire d'État, je vous remercie des précisions que vous avez bien voulu apporter. Je me réjouis que vous ayez pris en compte les préoccupations que j'ai essayé d'exprimer devant vous aujourd'hui. Il me semble extrêmement important et urgent que toutes les décisions qui ont été évoquées soient rapidement concrétisées.

DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES VEUFES ET LES VEUFES

M. le président. La parole est à M. Hervé Maurey, auteur de la question n° 1274, adressée à Mme la ministre des solidarités et de la cohésion sociale.

M. Hervé Maurey. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, la perte d'un conjoint est une réalité douloureuse qui touche plus de 200 000 de nos concitoyens chaque année, en très grande majorité des femmes.

Aux difficultés humaines, psychologiques et sociales auxquelles doivent faire face ces millions de nos compatriotes concernés – ils étaient 4,6 millions en 2008 – viennent s'ajouter d'importantes difficultés matérielles.

La situation n'est certes pas nouvelle, mais elle s'aggrave et s'accompagne d'une immense désillusion, tant les promesses faites en la matière depuis 2007 n'ont pas été tenues. J'ai moi-même été témoin de cette désillusion et de cette colère lors de la dernière assemblée générale de l'Association des veuves et veufs de l'Eure.

Jamais je n'avais assisté à un tel mécontentement de leur part, alors que j'assiste à leurs assemblées générales depuis plus de dix ans. C'est ce qui me conduit à vous interroger aujourd'hui, madame la secrétaire d'État.

En effet, force est de constater que les mesures négatives se sont multipliées ces dernières années à l'égard des conjoints survivants.

La demi-part fiscale, qui avait été créée en 1945 en reconnaissance des difficultés rencontrées dans le veuvage, a été supprimée.

La condition d'âge pour toucher la pension de réversion, qui avait été supprimée dans la loi Fillon de 2003, a été rétablie en 2009, alors même que le veuvage précoce reste constant dans notre pays, avec plus de 30 000 nouvelles personnes concernées chaque année.

Quant à l'assurance veuvage, supprimée en 2003, elle a été rétablie à l'occasion de la réforme des retraites : c'est une bonne chose. Mais elle reste une source d'inquiétude, certains craignant que son rétablissement ne soit que temporaire.

Enfin, l'augmentation tant promise et attendue du taux de réversion des pensions de 54 % à 60 % ne concerne finalement que les pensions de moins de 800 euros.

Dans ce contexte, madame la secrétaire d'État, comment ne pas comprendre le mécontentement auquel je faisais référence ?

Je connais la situation de nos finances publiques, et je sais que le Gouvernement doit rechercher des économies. Cependant, celles-ci devraient, me semble-t-il, être trouvées auprès de catégories de Françaises et de Français moins éprouvés et plus privilégiés.

Sachant que le Gouvernement a aujourd'hui à cœur de restaurer la confiance qui s'est distendue avec un grand nombre de nos concitoyens, je souhaiterais savoir quelles sont ses intentions quant à la situation du conjoint survivant, et plus particulièrement quant au rétablissement de la demi-part fiscale et à la revalorisation du taux de réversion au-delà du seuil de 800 euros.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé. Monsieur le sénateur, je vous prie de bien vouloir excuser l'absence de Xavier Bertrand, qui m'a demandé de vous transmettre sa réponse.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a traduit un effort important pour revaloriser les pensions de réversion des retraités les plus modestes. Elle a porté le taux de la réversion de 54 % à 60 % dans le régime général, soit une augmentation de plus de 11 %.

Cette augmentation, qui prend la forme d'une majoration de pension, bénéficie à l'ensemble des conjoints survivants âgés de plus de 65 ans et dont la retraite totale n'excède pas 800 euros, soit à plus de 600 000 personnes. C'était un engagement du Président de la République lors de la campagne électorale. Le Gouvernement a ainsi souhaité apporter une réponse rapide aux veuves et veufs qui se trouvaient dans une situation sociale très précaire.

Cette revalorisation a donc été appliquée en une seule fois, dès le 1^{er} janvier 2010, alors qu'il était initialement envisagé de procéder graduellement d'ici à 2012. Elle est automatique : les intéressés n'ont pas à en solliciter le bénéfice. L'âge minimum pour la réversion, qui a été rétabli par la même loi à 55 ans, l'a été en cohérence avec les régimes de retraite complémentaire, l'Association générale des institutions de retraite des cadres, AGIRC, et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés, ARRCO, et conformément aux propositions formulées par vos collègues Claude Domeizel et Dominique Leclerc.

La réversion n'étant en effet pas adaptée aux situations de veuvage précoce, il faut insister sur le fait qu'aucune situation individuelle n'a été remise en cause du fait du rétablissement

de cet âge. En particulier, les personnes veuves âgées de moins de 55 ans au 31 décembre 2008 et qui percevaient à cette date la pension de réversion ont vu leurs droits maintenus; les personnes veuves qui n'atteignaient pas la condition d'âge applicable avant le 31 décembre 2008, soit 51 ou 52 ans, sont restées soumises à cette même condition: elles percevront la pension de réversion lorsqu'elles atteindront cet âge et non celui de 55 ans.

En conséquence du rétablissement de cet âge minimum, l'assurance veuvage a également été rétablie et prolongée en vue de prendre en charge des situations de veuvage précoce.

S'agissant enfin de la demi-part fiscale, les dispositions qui permettaient jusqu'en 2008 aux contribuables veufs sans enfants à charge de bénéficier d'une demi-part supplémentaire avaient été instituées après la Seconde guerre mondiale pour prendre en compte la situation particulière des veuves de guerre.

Elles sont dérogatoires au système du quotient familial qui a pour objet de proportionner l'impôt aux facultés contributives de chaque redevable. Vous conviendrez que ce dispositif de majoration de quotient familial ne présente plus aujourd'hui la même pertinence! Par ailleurs, il a été décidé, sur l'initiative de vos collègues députés du Nouveau Centre, de recentrer cet avantage fiscal, à compter de l'imposition des revenus de l'année 2009, au bénéfice des seuls contribuables veufs vivant seuls et ayant supporté seuls, à titre exclusif ou principal, la charge d'un enfant pendant au moins cinq années.

M. le président. La parole est à M. Hervé Maurey.

M. Hervé Maurey. Madame la secrétaire d'État, je suis quelque peu étonné et déçu par votre réponse, qui ne prend pas en compte le malaise et l'insatisfaction réels des conjoints survivants.

Comme je l'ai dit tout à l'heure, j'assiste chaque année, depuis que je suis élu, à l'assemblée générale des veufs et veuves de l'Eure. Jamais je ne les avais vus dans un tel état de mécontentement et de colère.

Il ne faut pas se voiler la face ni fermer les yeux en affirmant que tout ce qui a été fait est absolument parfait et répond point par point aux attentes des conjoints survivants! Soyons honnêtes: tel n'est pas le cas!

Je regrette que vous n'ayez pas conscience de ce mécontentement et de cette colère, au moment même où le Gouvernement essaie de renouer la confiance avec les concitoyens. Votre réponse montre que vous n'avez ni conscience de la réalité, ni la volonté d'améliorer les choses.

Certes, l'amélioration du taux de réversion est très positive, mais, comme vous l'avez vous-même rappelé, elle ne concerne que les pensions de moins de 800 euros, ce qui n'est pas énorme. En outre, le rétablissement de la condition d'âge pour la réversion et la suppression de la demi-part fiscale, n'étaient absolument pas prévus.

J'espère donc, madame la secrétaire d'État, qu'à la suite de cet échange le Gouvernement examinera peut-être les choses d'un peu plus près et engagera une concertation avec la Fédération nationale des associations de conjoints survivants, la FAVEC, pour mieux appréhender et, si possible, améliorer la situation des veufs et des veuves, en dépit des contraintes budgétaires dont je suis conscient.

TARIF D'ACHAT DE L'ÉLECTRICITÉ PHOTOVOLTAÏQUE DANS LE CADRE D'UN CONTRAT DE PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

M. le président. La parole est à Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, auteur de la question n° 1258, adressée à M. le ministre chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique.

Mme Marie-Hélène Des Esgaulx. Monsieur le ministre, je voudrais attirer votre attention sur les conséquences du décret n° 2010-1510 du 9 décembre 2010 relatif au tarif de l'achat de l'électricité photovoltaïque sur les contrats de partenariat public-privé, et des arrêtés du 4 mars 2011 portant abrogation de l'arrêté du 31 août 2010 fixant les conditions d'achat de l'électricité produite par les installations utilisant l'énergie radiative du soleil, d'une part, et fixant de nouvelles conditions d'achat de cette électricité, d'autre part.

Les nouvelles conditions d'achat définies par ce second arrêté mettent en péril l'économie d'opérations globales conclues dans le cadre de contrats de partenariat, prévoyant à titre principal ou accessoire des installations de centrales photovoltaïques au sol ou en toitures de bâtiments, et, par voie de conséquence, la réalisation de ces contrats. Vous le savez, le montage de ce type de contrat de partenariat implique des investissements financiers importants en termes d'études, de communication ainsi que de consultation et de sélection des candidatures.

Tel est le cas, par exemple, du contrat de partenariat signé le 15 novembre dernier entre la Régie d'électricité de Vendée, la REVe, et la société PARSOL 85, pour la réalisation de quatre centrales au sol sur des centres d'enfouissement technique de déchets. Tel est également le cas du contrat de partenariat signé le 1^{er} juillet 2010 entre le Grand Dijon et la société TED, Tramway Énergie Dijon, qui prévoyait l'installation d'une centrale photovoltaïque en toiture des ateliers de maintenance du tramway.

De tels projets s'inscrivent dans des procédures longues et coûteuses, tant pour les personnes privées que pour les personnes publiques. La modification des conditions de réalisation et du contenu des prestations du fait de modifications réglementaires peut avoir des conséquences financières lourdes pour les partenaires publics.

Par ailleurs, je voudrais rappeler que, lors de l'édition 2010 des Rencontres internationales des partenariats public-privé, M. Hervé Novelli, qui était alors secrétaire d'État auprès de la ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, avait décerné au Syndicat départemental d'énergie et d'équipement de la Vendée, le SyDEV, et à la REVe le « prix de l'énergie durable » pour ce premier contrat public-privé dans le domaine photovoltaïque en France. Au cours des mêmes rencontres, un prix a également été décerné au Grand Dijon pour son projet de contrat de partenariat. Enfin, dans leur rapport, remis le 18 février dernier, MM. Charpin et Trink soulignent la spécificité des projets portés par les collectivités locales. Selon eux, en effet, « il semble important que l'étape fixant le tarif d'achat soit adaptée aux procédures et contraintes spécifiques aux collectivités locales ».

C'est pourquoi, monsieur le ministre, il me semble logique, dans un souci de respect des investissements prévus dans le cadre des contrats et donc dans une perspective de sécurité juridique, de modifier ces arrêtés en y faisant figurer le principe selon lequel les installations de production d'électricité issue de l'énergie radiative du soleil qui seront réalisées

dans le cadre d'un marché public, d'un contrat de partenariat, d'un bail emphytéotique administratif ou d'une autorisation d'occupation du domaine public constitutive de droits réels conclu avant l'entrée en vigueur du décret du 9 décembre 2010 précité, puissent bénéficier des conditions d'achat résultant des dispositions de l'arrêté du 31 août 2010. Il conviendrait en fait tout simplement de ne pas appliquer les nouveaux tarifs aux contrats signés antérieurement aux arrêtés du 4 mars 2011.

Je vous remercie de bien vouloir préciser votre position à ce sujet.

M. le président. La parole est à M. le ministre chargé de l'industrie, que je tiens à saluer pour l'extrême ponctualité dont il fait preuve, contrairement à certains secrétaires d'État

M. Éric Besson, ministre auprès de la ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique. Madame la sénatrice, comme vous l'avez indiqué, le Gouvernement a suspendu partiellement et pour une durée de trois mois le mécanisme d'obligation d'achat pour les installations photovoltaïques non résidentielles. Cette suspension a pris fin le 10 mars 2011, ce qui correspond à la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif de soutien au photovoltaïque.

Le Gouvernement a toutefois été soucieux de préserver les débouchés de la filière. Vous noterez ainsi que, sur les 6 400 de projets qui étaient en « file d'attente » avant le moratoire, 3 400 mégawatts n'ont pas été impactés par le décret de suspension du 9 décembre 2010. Ils conservent donc le bénéfice des tarifs de rachat en vigueur précédemment.

Les projets suspendus, qui représentent environ 3 000 mégawatts, peuvent quant à eux s'inscrire dans le nouveau dispositif de soutien. Parmi ces projets, certains sont portés par des collectivités via des partenariats public-privé, les PPP. Compte tenu des délais incompressibles nécessaires à l'élaboration d'un partenariat public-privé, la plupart des propositions de raccordement au réseau électrique de ces projets n'ont pu être acceptées avant le 2 décembre 2010. Or, vous le savez, il s'agissait d'une date butoir pour pouvoir bénéficier des anciennes conditions tarifaires.

Le nouveau dispositif de soutien ne prévoit pas de dérogation pour ces projets, quand bien même il ne fait aucun doute qu'ils ne relèvent pas d'opérations spéculatives. Une telle dérogation aurait en effet nécessité la modification du décret de suspension.

Je peux toutefois vous annoncer aujourd'hui que les projets développés en partenariat public-privé pourront s'inscrire dans un nouveau dispositif d'appel d'offres, qui sera lancé durant l'été 2011, soit dans quelques semaines.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Hélène Des Esgaulx.

Mme Marie-Hélène Des Esgaulx. Monsieur le ministre, permettez-moi d'insister sur la raison pour laquelle je propose que ne soient pas appliqués les nouveaux tarifs aux contrats signés antérieurement, qu'il s'agisse de baux emphytéotiques ou de contrats de partenariat public-privé. Ces dossiers ayant été montés sur la base d'un tarif, dès lors que ce tarif est modifié, la rentabilité économique du projet n'est plus la même. Et, si l'on met un terme au contrat, on peut s'exposer à une demande d'indemnisation de la personne publique, ce qui est extrêmement grave.

Je peux certes comprendre les décisions relatives à la modification des tarifs, mais je considère que le problème des partenariats public-privé n'a pas été suffisamment pris en compte. C'est pourquoi je souhaite que le Gouvernement revoie sa position.

FERMETURE DE L'USINE IDEAL STANDARD DANS LE JURA

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, auteur de la question n° 1292, adressée à M. le ministre chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le ministre, le 12 janvier dernier, le leader mondial de la salle de bains Ideal Standard International, arguant d'une chute importante du marché de la salle de bains traditionnelle, a annoncé brutalement et sans préavis la fermeture de deux sites français de production, dont celui de Dole, dans le Jura.

Or cette usine de Dole, longtemps spécialisée dans la fabrication des radiateurs en fonte, avant sa reconversion dans le sanitaire, faisait partie du paysage industriel de la région depuis plus de cent ans. À Dole, pour beaucoup, c'était « les radias ». Plusieurs générations de jurassiens ont travaillé dans cette usine.

Tout cela appartient désormais au passé. L'usine a en effet éteint son four le 22 avril dernier. Après s'être battus pour le maintien de l'activité industrielle, les 163 salariés concernés ont finalement accepté, au début du mois d'avril, un plan de sauvegarde de l'emploi. Il nous faut convenir que, au-delà du gâchis économique, les négociations ont été satisfaisantes sur le plan humain, la direction du groupe américain ayant engagé 35 millions d'euros pour les deux sites.

Il ne faut toutefois pas se leurrer. Avec le reclassement professionnel, le plus dur reste à venir, dans une région où les emplois industriels sont peu nombreux. Le bassin dolois, comme le Jura tout entier, a subi très durement la crise économique, avec notamment, à proximité de Dole, la disparition de Tefal à Dampierre.

Il reste à régler le devenir des 40 000 mètres carrés du site industriel. Sur ce point, un autre challenge s'engage. Le groupe Ideal Standard doit, là aussi, assurer ses responsabilités, en termes de dépollution comme de réimplantation de nouvelles activités industrielles. L'État, dans le cadre du contrat de développement économique, doit également intervenir, comme il s'y est engagé.

Subsistent beaucoup d'incertitudes et surtout d'inquiétude. Le site sera-t-il classé « amiante » pour parer à toute éventualité concernant les anciens salariés, qui, pour certains, ont travaillé dans des conditions difficiles ?

En tout état de cause, une page se tourne sur cette importante usine de la région, sans que l'on sache très bien ni comment ni par qui sera écrite la suivante.

Une réunion avec les élus s'est tenue à Matignon en février dernier. Monsieur le ministre, pourriez-vous nous faire un point sur l'engagement de l'État dans cette affaire ? Quelles sont les voies recherchées pour maintenir la vocation industrielle de Dole, derrière le leader que représente Solvay ?

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

M. Éric Besson, ministre auprès de la ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique. La fermeture par le groupe Ideal Standard, d'ici à la fin juin 2011, de son usine de Dole,

qui fabrique des appareils sanitaires en céramique, est durement ressentie car elle entraîne – et je le regrette – la suppression de 163 emplois.

Le groupe, qui a déjà fermé des usines en Europe – deux sites en Italie, un en Espagne et un en Grèce – justifie cette décision par une surcapacité de production, due, explique-t-il, à la chute du secteur de la construction et de la rénovation immobilières, et à la baisse significative du marché de la céramique sanitaire au profit de nouveaux matériaux.

À l'annonce de cette décision, j'ai immédiatement mobilisé mes services. Mon cabinet a reçu en mars la direction du groupe, ainsi qu'une délégation d'élus du Jura, dont vous faisiez partie, monsieur le sénateur – je salue votre attachement personnel à ce dossier –, afin d'évoquer les conditions de la fermeture du site et les pistes de soutien envisageables.

Dans ce contexte difficile, l'État veillera à ce que le groupe assume ses responsabilités envers les salariés, afin que chacun dispose d'un maximum de chances de retrouver un emploi, mais aussi en termes d'actions à mettre en œuvre pour favoriser la revitalisation du territoire.

À la fin du mois de mars, la direction du groupe a proposé 35 millions d'euros pour financer le plan social, accepté à la quasi-unanimité des salariés. Les indemnités de licenciement s'échelonnent de 32 000 euros pour un salarié récemment embauché jusqu'à 91 000 euros pour les plus anciens. Les salariés qui auraient éventuellement trouvé un nouvel emploi avant la fin de la procédure bénéficieront des mêmes aides.

En ce qui concerne la « revitalisation » du territoire, l'entreprise a été soumise à une contribution à hauteur de quatre SMIC par emploi supprimé. Un projet de convention de revitalisation a été discuté le 2 mai dernier sous l'égide du préfet, et la tenue d'un comité départemental de suivi est déjà prévue le 17 mai, en présence des élus locaux associés à cette démarche de réindustrialisation.

Je puis vous assurer, monsieur le sénateur, que mon cabinet, particulièrement attentif à la reconversion du site, veillera à ce qu'Idéal Standard y contribue, à la hauteur de la réputation et des moyens financiers de ce groupe.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse. Effectivement, M. le préfet du Jura a annoncé très rapidement la tenue d'une nouvelle réunion, prévue le 17 mai.

Il me semble malgré tout important de savoir, premièrement, si Idéal Standard va maintenir son activité logistique censée rester sur place et, deuxièmement, si le site pourra être réutilisé pour implanter de nouvelles activités. Je pense qu'un véritable problème va se poser, compte tenu de la nature spécifique de l'ancienne activité, et je souhaite que les services de l'État puissent veiller avec une attention particulière à ce que ce site ne devienne pas une friche industrielle, comme c'est malheureusement trop souvent le cas sur notre territoire.

TAXE D'HABITATION SUR LES LOGEMENTS VACANTS

M. le président. La parole est à M. Raymond Couderc, auteur de la question n° 1241, adressée à M. le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement.

M. Raymond Couderc. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, à la fin de l'année 2010, à Béziers, le nombre total de logements vacants dénombrés par les services fiscaux s'élevait à 8 208, laissant supposer qu'un montant non négligeable de taxe d'habitation sur les logements vacants devrait être payé.

Pourtant, depuis trois ans, nous remarquons un recul du produit et du nombre de redevables de cette taxe. Le constat est le suivant : en 2008, la recette s'élevait à 257 000 euros, en 2009, à 128 000 euros et, en 2010, à 75 000 euros. Le dégrèvement à la charge de la ville est venu réduire le produit fiscal global de 2010 de 62 000 euros, le nombre de redevables étant passé de 397 en 2008 à 136 en 2010.

Cette situation s'explique par deux éléments : d'une part, en raison de la facilité avec laquelle les propriétaires de logements vacants peuvent obtenir un dégrèvement sur simple présentation d'un devis de travaux d'un montant supérieur à 25 % de la valeur vénale du bien et, d'autre part, grâce aux dégrèvements prononcés par l'administration de manière dérogatoire. Le dégrèvement est alors à la charge de la collectivité émettrice de la taxe et non, comme dans le cadre général des autres impositions, à la charge de l'État. C'est pourquoi ces dégrèvements sont si importants.

Ce dispositif détourne donc la taxe de sa véritable finalité, à savoir l'incitation des propriétaires de logements habitables et vacants à les mettre en location.

Or l'exemple de Béziers est loin d'être isolé. Aussi serait-il souhaitable, monsieur le ministre, de renforcer le contrôle de l'administration fiscale, afin d'éviter que les locaux habitables n'échappent à l'impôt, en complétant, par un décret ou par une instruction modificative, l'article 47 de la loi n° 2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement. En effet, il conviendrait de préciser les conditions de vérification des locaux imposables, notamment en permettant la vérification de l'état des logements et des travaux à y effectuer. Dans ce cadre, l'administration fiscale aurait obligation, pour accorder un dégrèvement, de faire appel à la commune qui délivrerait un certificat accompagné des pièces justifiant la nature et le montant des travaux.

Ainsi pourriez-vous clarifier, à l'intention de la représentation nationale, les mesures que le Gouvernement entend prendre pour répondre concrètement à la perte de recettes créée par la non-application de la taxe d'habitation sur les logements vacants à tous les logements légalement éligibles.

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

M. Éric Besson, *ministre auprès de la ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, chargé de l'industrie, de l'énergie et de l'économie numérique.* Monsieur Raymond Couderc, vous aurez compris que je vous réponds à la place de M. François Baroin, empêché. Je vais donc vous faire part de la réponse qu'il a préparée à votre intention.

Monsieur Couderc, vous avez appelé l'attention de mon collègue ministre du budget sur les dégrèvements de taxe d'habitation sur les logements vacants, la THLV, et sur les modalités de contrôle de cette taxe.

Sur le premier point, je vous précise tout d'abord que l'État prend en charge une part importante des dégrèvements de THLV. En effet, pour être assujéti à cette taxe, un logement doit être habitable et vacant. À titre de règle pratique, le logement n'est pas considéré comme habitable lorsque le montant des travaux nécessaires pour qu'il le soit excède 25 % de sa valeur vénale.

L'appréciation du caractère non habitable du logement relève d'un examen au cas par cas et ne peut être, en général, présumé par le service lors de l'établissement de l'imposition. C'est pour cette raison que les dégrèvements liés à l'appréciation erronée du caractère habitable du logement sont en totalité à la charge de l'État et ne sont pas supportés par les communes. Seuls les dégrèvements résultant d'une erreur d'appréciation concernant la vacance du logement sont à la charge de la collectivité qui a institué la taxe.

S'agissant des modalités de contrôle de cette taxe, et plus particulièrement de la collaboration entre les services de la direction générale des finances publiques, la DGFIP, et les services municipaux, l'article L. 135 B du livre des procédures fiscales prévoit que les collectivités locales et l'administration fiscale « peuvent se communiquer mutuellement les informations nécessaires au recensement des bases des impositions directes locales ».

Dans ce cadre, les maires ont la possibilité d'appeler l'attention des services fiscaux sur la situation réelle des logements situés sur le territoire de leur commune. L'examen des rôles généraux des années suivantes permet à la commune de s'assurer de la prise en compte de ses observations.

C'est ainsi qu'a été mise en place, en 2010, une collaboration entre la direction régionale des finances publiques du Languedoc-Roussillon et du département de l'Hérault et la commune de Béziers. À l'heure actuelle, les services fiscaux locaux poursuivent l'exploitation des premières informations recueillies par les enquêteurs de la mairie. La qualité des travaux conduits par ces derniers permettra, à n'en pas douter, d'améliorer la connaissance des bases de la taxe d'habitation sur les logements vacants pour la ville de Béziers.

Les premiers résultats seront pris en compte pour l'établissement de la taxe d'habitation sur les logements vacants de 2011. Dans ces conditions, le Gouvernement n'envisage pas de modifier les règles actuellement en vigueur.

M. le président. La parole est à M. Raymond Couderc.

M. Raymond Couderc. Monsieur le ministre, comme toujours quand une nouvelle loi est adoptée, certains s'ingénient à en détourner le sens afin d'y échapper. Ce détournement est particulièrement évident dans le cas que je vous ai soumis : la loi portant engagement national pour le logement a voulu que les collectivités locales puissent, en instituant cette taxe d'habitation sur les logements vacants, contraindre les propriétaires à proposer ces logements sur le marché locatif.

Il est évident que des devis de complaisance ou des appréciations diverses sur la qualité de ces logements peuvent totalement fausser l'application de cette mesure. Telle est la situation que connaît ma commune, où le nombre de logements assujettis a diminué de 75 % en trois ans : les propriétaires ont trouvé la faille qui leur permet d'être exonérés de cette taxe.

Certes, la collaboration entre les services fiscaux et les services de la mairie va certainement permettre d'améliorer la situation, mais je crains qu'il ne soit nécessaire, à un moment ou un autre, de préciser les règles d'application par un texte réglementaire ou une directive.

M. le président. Mes chers collègues, vous savez que je suis particulièrement vigilant sur l'enchaînement des questions orales, ce qui suppose que les membres du Gouvernement respectent les horaires qui leur sont indiqués. Tel a d'ailleurs été le cas de M. Besson, que je remercie à nouveau.

En ce qui concerne M. Frédéric Mitterrand, qui doit répondre aux dernières questions de la séance de ce matin, j'estime qu'il devrait pouvoir bénéficier de notre indulgence puisqu'il assiste actuellement, dans le jardin du Luxembourg, au discours de M. le Président de la République à l'occasion de la Journée nationale des mémoires de la traite, de l'esclavage et de leurs abolitions. Le discours de M. le Président de la République n'étant pas encore terminé, vous comprendrez que M. le ministre ne puisse pas venir nous rejoindre immédiatement. Nous allons donc interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à onze heures quarante, est reprise à onze heures cinquante.)

M. le président. La séance est reprise.

DÉLIVRANCE DE VISAS AUX ARTISTES ÉTRANGERS AMATEURS DANS LE CADRE DE FESTIVALS DE FOLKLORE ET D'ART TRADITIONNELS

M. le président. La parole est à Mme Maryvonne Blondin, auteur de la question n° 1245, adressée à M. le ministre de la culture et de la communication.

Mme Maryvonne Blondin. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, à la veille de nos festivals d'été de folklore et d'arts traditionnels, je voudrais souligner la situation très précaire dans laquelle se trouvent, aujourd'hui, les organisateurs bénévoles de ces manifestations qui mettent au cœur de leurs événements la participation d'artistes étrangers amateurs.

L'obligation de salariat des artistes étrangers, hors Union européenne, est, en effet, devenue une condition nécessaire à l'obtention du visa. Or les artistes et les troupes présentés dans ces festivals ont pour caractéristique principale d'être des amateurs.

Effectivement, ces associations fondent leur action, conformément à l'esprit du bénévolat, sur les valeurs de solidarité, de partage et de découverte des cultures du monde. Ce faisant, elles s'inscrivent dans le cadre de la convention de l'UNESCO de 2005 sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles, à laquelle la France a adhéré par la loi du 5 juillet 2006.

Il semblerait toutefois que cette nouvelle restriction ne soit pas seulement liée à une volonté de rémunération du travail artistique, mais, bien plus, à une problématique migratoire, celle de la circulation des artistes étrangers.

Comment nous prévaloir encore de la Convention de l'UNESCO alors que des mesures de plus en plus drastiques s'abattent sur les étrangers dans notre pays ?

Ce durcissement progressif affecte particulièrement l'économie des musiques du monde et a pour conséquence de réduire l'offre à une diversité culturelle de façade, comme s'en est ému le Conseil international des organisateurs de festivals de folklore et d'arts traditionnels, le CIOFF.

Depuis près de trente ans, ces festivals font participer des groupes folkloriques venus du monde entier sans aucune difficulté, les organisateurs se chargeant de tous les frais liés au transport, à l'hébergement et à la restauration.

Aujourd'hui, la nécessité de signer un contrat de travail avec les artistes invités met en péril la vitalité culturelle même de nos territoires, surtout parce que ces festivals, fondés sur le principe du bénévolat, ne sont pas en mesure de rémunérer les artistes qu'ils présentent sur scène.

Ces manifestations permettent pourtant de tisser un maillage culturel fort dans le territoire concerné et offrent aux petites villes l'opportunité d'organiser des événements *off* inédits.

L'obligation de salariat, qui restreint l'entrée des artistes étrangers sur le territoire, menace aujourd'hui une trentaine de festivals de folklore et d'arts traditionnels, comme le Mondial'Folk de Plozévet, dans mon département du Finistère.

Monsieur le ministre, quelles réponses le Gouvernement entend-il apporter à cette question, qui a trait autant à la coopération culturelle qu'au droit du travail? Envisage-t-il, par exemple, de créer des visas artistiques spécifiques pour les artistes amateurs?

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

M. Frédéric Mitterrand, *ministre de la culture et de la communication.* Je vous remercie d'avoir posé cette question, madame Blondin. À l'heure où se profile la saison des festivals d'été, votre préoccupation me semble parfaitement légitime, et je peux vous confier que ce sujet me taraude tout autant que vous.

Nous avons en effet la chance de compter dans notre pays un réseau particulièrement dense de manifestations estivales qui enrichissent profondément la vie de nos concitoyens durant cette période traditionnelle de congés. Toutes sont dignes d'intérêt, les plus importantes comme les plus modestes, qui sont souvent de qualité, et j'essaye moi-même, chaque été, d'équilibrer entre les festivals les plus en vue et les événements plus confidentiels, qui sont toujours l'occasion de remarquables découvertes.

Comme vous le savez, madame Blondin, je suis très attaché à la circulation internationale des artistes, car elle est indispensable à la vitalité de la création et à l'enrichissement des cultures. J'y porte une attention particulière et permanente.

Je suis par ailleurs – mais c'est une autre question – très attentif à ce que les amateurs puissent exposer leur pratique devant un public, et je sais tout ce qu'apportent à ces pratiques les échanges, les rencontres, notamment entre jeunes de différents pays : la découverte d'autres cultures, une ouverture à d'autres langages... À cet égard, je pense que nous sommes tous redevables du travail effectué par les innombrables bénévoles qui se dépensent sans compter pour organiser ces festivals.

La question que vous posez, qui se situe au croisement de ces deux sujets, est complexe. Dans le spectacle, s'applique en France la présomption de salariat des artistes, à laquelle les organisations représentatives sont très attachées. C'est l'un de nos principes fondateurs, un principe juridiquement fort, comme l'a rappelé très clairement l'arrêt *Hartung* rendu par la Cour de cassation en octobre dernier. Cette présomption s'applique indépendamment de la nationalité de l'artiste, du type de spectacle, vivant ou enregistré, et de la qualification juridique donnée par les parties à la situation.

Lorsque des « amateurs » se produisent dans un cadre lucratif, ils doivent être rémunérés au même titre que les artistes professionnels. On se retrouve alors dans des situations

de blocage qui, non seulement sont délicates sur le plan humain, mais sont également préjudiciables à la vie artistique et à la création en général.

En effet, dans ces cas, le visa n'est délivré qu'après examen de l'autorisation provisoire de travail et de séjour des artistes. Lorsqu'il s'agit de faire venir, par exemple, des artistes du Burkina Faso, souvent remarquables, il faut avouer que cette réglementation n'est pas vraiment adaptée. Comment les faire entrer dans un canevas administratif qui ne correspond pas à leur situation?

Lorsque des amateurs se produisent dans le cadre d'échanges culturels internationaux, dans un cadre non lucratif, on se situe dans un autre contexte, celui de l'exposition de la pratique amateur.

À la suite des difficultés que vous avez signalées, et auxquelles je suis très sensible, madame la sénatrice, des travaux ont été menés rapidement avec les ministères concernés, à savoir le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et le ministère de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration pour trouver les moyens de répondre concrètement aux problèmes qui se posent.

La question des conditions de délivrance de visas aux artistes étrangers amateurs invités par des festivals est, de fait, en cours de règlement. Une nouvelle procédure simplifiée et adaptée sera très prochainement mise en place, permettant, sous certaines conditions bien précises, à ces artistes de participer à ces manifestations sans avoir à justifier d'une autorisation provisoire de travail. Je puis vous assurer que nous avons beaucoup travaillé sur cette question, madame la sénatrice.

M. le président. La parole est à Mme Maryvonne Blondin.

Mme Maryvonne Blondin. Je ne peux que féliciter et remercier chaleureusement M. le ministre de son intérêt pour la libre circulation de la culture. Sa volonté de permettre aux bénévoles d'organiser sur le territoire national des festivals de toute nature est clairement affichée dans sa réponse, comme dans le travail qu'il a réalisé.

J'avais préparé quelques éléments de réponse, mais ils n'ont, bien entendu, plus d'objet après l'annonce qu'il a faite. J'espère que cette politique pourra se mettre en place avant l'été 2011, saison qui va voir fleurir sur notre territoire français de nombreux festivals. En tout cas, j'attends avec impatience les résultats.

M. le président. Voilà une sénatrice comblée!

AVENIR DE LA POLITIQUE DE COHÉSION

M. le président. La parole est à Mme Renée Nicoux, auteur de la question n° 1256, adressée à M. le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire.

Mme Renée Nicoux. Monsieur le ministre, en ce lendemain de Journée de l'Europe, je tenais à faire part à M. le ministre de l'agriculture des vives inquiétudes suscitées par la position de la France concernant l'avenir de la politique de cohésion.

Le 10 février dernier, les autorités françaises ont remis à la Commission européenne un rapport sur l'avenir de la politique régionale européenne. Dans ce texte, le Gouvernement français fait de la réduction du budget européen dédié à la politique de cohésion, « un objectif prioritaire », position confirmée depuis à plusieurs reprises.

Or cette politique est essentielle pour l'avenir de l'Europe, d'autant plus à l'heure de son élargissement. Elle est, à la fois, un fonds de péréquation qui vise à réduire les écarts de développement économique et social entre les régions européennes et un vecteur de dynamisme et de création d'emplois pour nos territoires.

Le premier bilan de cette politique sur la période 2000-2006 le démontre : en France, 140 000 projets en ont bénéficié, ce qui aurait permis de créer plus de 200 000 emplois ! Selon la Commission européenne, elle aurait permis de relever de 0,7 % le produit intérieur brut global de l'Union européenne des Vingt-cinq, alors que les dépenses n'ont représenté que 0,5 % du PIB.

Avoir pour objectif prioritaire la réduction du budget d'une politique qui a démontré son efficacité est tout aussi incompréhensible que la frilosité des autorités françaises par rapport à l'une des propositions majeures du cinquième rapport de la Commission européenne sur la politique de cohésion, à savoir la création d'une nouvelle catégorie de régions dites « intermédiaires », destinée aux territoires dont le PIB est situé entre 75 % et 90 % de la moyenne européenne.

Cette nouvelle catégorie aurait pourtant des effets très positifs à moyen et à long terme. Elle permettrait de rendre l'aide européenne, au titre de la politique de cohésion, plus progressive et adaptée aux territoires. L'Assemblée des régions d'Europe, réunie lors de son bureau de printemps du 29 avril dernier, a appelé de ses vœux le maintien d'une politique de cohésion soutenant « toutes les régions pour la compétitivité, l'innovation et l'emploi ».

Beaucoup de responsables politiques et d'élus s'inquiètent donc de cette réserve et de cette attitude hésitante des autorités françaises.

De nombreuses régions françaises et européennes se sont d'ailleurs mobilisées ces derniers mois pour faire entendre leur position.

Dans ce cadre, je tiens à rappeler et à saluer la démarche de sept régions françaises, dont le Limousin, qui sont allées à Bruxelles le 1^{er} février pour déposer une déclaration commune soutenant la proposition de la Commission.

Monsieur le ministre, chacun sait que l'Union européenne est à un tournant indéniable de son histoire. Les choix qui seront faits dans les deux prochaines années, que ce soit au niveau de la politique agricole commune, la PAC, ou de la politique de cohésion, détermineront l'Europe de demain.

Je souhaiterais donc que vous répondiez le plus précisément et simplement possible à deux questions.

Premièrement, le Gouvernement entend-il persévérer dans sa volonté de diminuer le budget dédié à la politique de cohésion ?

Deuxièmement, est-il ou non, favorable à la création d'une nouvelle catégorie de régions intermédiaires ?

Les régions françaises seront, bien évidemment, très attentives à la réponse que vous me donnerez aujourd'hui.

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

M. Frédéric Mitterrand, ministre de la culture et de la communication. Madame la sénatrice, je vous demande tout d'abord de bien vouloir excuser Bruno Le Maire, retenu par la préparation du G20 agricole.

Vous l'avez interrogé sur la position du Gouvernement quant à l'avenir de la politique régionale européenne et le sens du rapport que les autorités françaises ont transmis à la Commission à ce sujet en janvier dernier.

Au lendemain de la Journée de l'Europe, je veux rappeler ici l'attachement sans faille du Gouvernement à la politique de cohésion qui, avec la PAC, est la politique qui permet à nos concitoyens, en quelque sorte, de toucher l'Europe du doigt.

La France est porteuse d'une ambition pour l'aménagement de son territoire en Europe. C'est pourquoi nous souhaitons une politique de cohésion au bénéfice de toutes les régions et de tous les territoires. C'est le sens de la réponse que le Gouvernement a faite en janvier au cinquième rapport sur la cohésion, préparée à l'issue d'une vaste concertation avec les élus. Nous demandons que les régions à niveau de développement équivalent soient traitées de manière équitable.

Nous devons cependant tenir également compte du caractère très contraint de nos finances publiques. C'est pourquoi le Président de la République a signé en décembre dernier, notamment avec Mme Merkel et M. Cameron, une lettre en faveur de la stabilisation du budget européen après 2013. Personne ne comprendrait, en effet, que le budget européen augmente alors que les budgets nationaux sont soumis à une pression inédite.

Il faut donc mieux dépenser et chercher les économies là où il est possible d'en faire. Or la politique de cohésion est une politique « dynamique ». Elle doit évoluer au fur et à mesure de l'enrichissement de l'Europe centrale et orientale qu'elle a elle-même rendu possible. Certains pays ont, par ailleurs, des difficultés à absorber toute l'aide européenne. Une diminution du budget européen de la cohésion est donc possible sans remettre en cause certains de ses instruments, notamment en ce qui concerne l'objectif de compétitivité auquel sont sensibles les régions françaises.

Pour peu que la Commission tienne compte de ces éléments, nous n'avons pas fermé pas la porte à sa proposition de régions dites « intermédiaires », qui peut permettre de traiter équitablement des régions ayant atteint le même niveau de développement compris entre 75 % et 90 % de la moyenne européenne.

Nous poursuivons notre dialogue avec la Commission sur ce point, notamment dans la perspective de la présentation de ses propositions pour le nouveau cadre financier de l'Union européenne pour l'après 2013, attendu fin juin.

Le dialogue se poursuit également sur d'autres points auxquels nous sommes attachés, notamment la prise en compte des territoires les plus fragiles ou des spécificités des régions ultrapériphériques. Cette difficile négociation, le Gouvernement la conduit dans le souci d'associer l'ensemble des élus français concernés à chacune de ses étapes.

M. le président. La parole est à Mme Renée Nicoux.

Mme Renée Nicoux. Monsieur le ministre, j'entends bien la position du Gouvernement concernant la stabilisation du budget et les restrictions budgétaires qui sont imposées à tous. Cependant, avec une diminution du budget européen, il ne sera pas possible de maintenir une politique de cohésion digne de ce nom.

La Commission européenne l'a compris puisque, dans son projet de budget pour 2012, elle prévoit une enveloppe en hausse de 4,9 % et envisage d'augmenter le budget du Fonds de cohésion de 8,3 %, ayant constaté qu'il y avait des besoins dans ce domaine.

Cette position volontariste répond à une des inquiétudes évoquées par les autorités françaises dans leur rapport du 10 février : « La perspective d'instaurer une nouvelle catégorie de régions intermédiaires [...] ne peut être traitée indépendamment de la question de l'enveloppe financière allouée à la politique de cohésion et de l'évolution globale du budget européen. »

La création de cette nouvelle catégorie permettrait aux régions concernées de se voir attribuer des fonds européens en cohérence avec leur PIB par habitant et leur permettrait de se doter d'équipements structurants capables de faire face aux défis actuels : infrastructures de transport, couverture par le très haut débit pour tous, mise en place de conditions favorables au développement de la recherche.

Cette proposition ne pourra effectivement aboutir sans le soutien affirmé des gouvernements nationaux et tout particulièrement de la France.

7

NOMINATION D'UN MEMBRE D'UN ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

M. le président. Je rappelle que la commission de la culture, de l'éducation et de la communication a proposé une candidature pour un organisme extraparlamentaire.

La présidence n'a reçu aucune opposition dans le délai d'une heure prévu par l'article 9 du règlement.

En conséquence, cette candidature est ratifiée et je proclame Mme Catherine Morin-Desailly membre de la Commission scientifique nationale des collections.

Mes chers collègues, l'ordre du jour de ce matin étant épuisé, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à douze heures dix, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Gérard Larcher.)

PRÉSIDENTE DE M. GÉRARD LARCHER

M. le président. La séance est reprise.

8

SOINS PSYCHIATRIQUES

DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (projet n° 361, résultat des travaux de la commission n° 488 rectifié, rapport n° 487 et avis n° 477).

Mes chers collègues, je vous rappelle que la commission des affaires sociales, lors de sa réunion du 3 mai dernier, a rejeté le texte résultant de ses travaux.

En conséquence, et en application du premier alinéa de l'article 42 de la Constitution, la discussion porte sur le texte adopté par l'Assemblée nationale et transmis par le Gouvernement.

Rappels au règlement

M. Jean-Pierre Michel. Je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. Sur quel article porte-t-il ?

M. Jean-Pierre Michel. Sur les conditions d'application de l'article 42 de la Constitution, précisément, monsieur le président.

M. le président. Vous avez la parole, mon cher collègue.

M. Jean-Pierre Michel. Nous vivons une situation inédite, au demeurant susceptible de se reproduire : le texte qui vient en discussion en séance publique est non celui de la commission, mais celui qui résulte des travaux de l'Assemblée nationale.

Ce matin, la commission des affaires sociales s'est réunie et a désigné un nouveau rapporteur. Celui-ci a-t-il fait un rapport ? Je l'ignore, mais je ne doute pas que la réponse ne soit affirmative ; lui-même nous le confirmera certainement tout à l'heure.

La commission a procédé ensuite à l'examen des amendements et en est arrivée, me dit-on, jusqu'à la fin de l'article 1^{er}. D'après ce que j'ai pu lire, ses membres sont convoqués pour une nouvelle réunion demain matin, à neuf heures trente, en vue d'examiner la suite des amendements. Or les services du Sénat ont fixé au lundi 9 mai, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance. Nous nous trouvons donc dans une situation originale, qui voit la discussion d'un texte commencer alors que tous les amendements n'ont pas été examinés par la commission.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Ce n'est pas la première fois !

M. Jean-Pierre Michel. La commission parviendra-t-elle, demain matin, à achever l'examen des quelque 500 amendements ? Nul ne le sait.

Dans ces conditions, monsieur le président, deux questions se posent.

La première a trait à notre ordre du jour. Nous sommes convoqués en séance publique cet après-midi, ce soir et cette nuit. Or, je le répète, la commission doit se réunir demain matin à neuf heures trente. Dans ces conditions, *quid* de la séance de nuit ? De toute façon, nous ne pourrions pas aller au-delà de l'article 1^{er}.

La seconde question porte sur le délai limite pour le dépôt des amendements en séance. Je vous demande, monsieur le président, de prolonger ce délai, car enfin, il est absolument ubuesque que, alors même que la commission n'a pas encore examiné tous les amendements, nous ne puissions plus en déposer. Il conviendrait au moins de prolonger ce délai jusqu'à la fin de la discussion générale, comme cela se faisait avant la réforme constitutionnelle.

Tel est le sens de mon rappel au règlement, monsieur le président. *(M. Jean-Louis Carrère applaudit.)*

M. le président. Monsieur Michel, je vous donne acte de ce rappel au règlement, à propos duquel je souhaite apporter quelques précisions.

Tout d'abord, ce ne sont pas les services du Sénat qui ont fixé au lundi 9 mai, à onze heures, le délai limite pour le dépôt des amendements en séance sur le présent projet de loi. C'est la conférence des présidents, organe rassemblant, je le rappelle, les vice-présidents du Sénat, les présidents de groupes politiques et de commissions, ainsi que moi-même, bien sûr, qui en a décidé ainsi lors de sa réunion du 6 avril dernier. À cette date, à l'évidence, elle ne pouvait pas savoir si la commission parviendrait ou non à élaborer un texte. C'est généralement ainsi que cela se passe, et la situation actuelle n'a donc rien d'exceptionnel au regard de la prévisibilité de nos travaux. (*Marques de scepticisme sur certaines travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean-Pierre Michel. Ah bon ?

M. le président. Ou bien la commission élabore et publie un texte, auquel s'appliquent alors les amendements examinés en séance, ou bien elle n'élabore pas de texte, et les amendements portent sur le texte adopté par l'Assemblée nationale et transmis par le Gouvernement, ce qui est le cas en l'espèce.

Autrement dit, la décision de la conférence des présidents s'applique quelle que soit l'issue des travaux de la commission. Cela vaut d'une manière générale, car c'est nécessaire pour que nos travaux se déroulent de manière ordonnée.

Au surplus, lors de sa réunion du 4 mai dernier, la conférence des présidents a confirmé le délai limite alors même qu'elle avait connaissance de la décision de rejet du texte de la commission, et il était alors évident que les amendements porteraient sur le texte adopté par l'Assemblée nationale. C'est le cas des 481 amendements déposés par les sénateurs et les groupes politiques, montrant que ces derniers avaient une claire conscience de la situation.

J'en viens, mon cher collègue, au second point de votre intervention qui peut se résumer ainsi : jusqu'où la discussion peut-elle aller, en l'état actuel des travaux de la commission ? J'ai bien noté qu'il y avait un peu plus de 180 amendements déposés sur le seul article 1^{er}. En l'occurrence, cela laisse à la commission le temps nécessaire pour examiner la suite...

Enfin, je rappelle que, en coordination avec le Gouvernement, le président de séance – j'échangerai quelques mots sur ce point avec celui qui me succédera à ce fauteuil – peut, à tout moment, en liaison avec la commission et sa présidente, décider les interruptions nécessaires pour permettre à nos travaux, sur un sujet très important, de se dérouler dans les meilleures conditions possibles.

M. Guy Fischer. Monsieur le président, je demande la parole pour un rappel au règlement.

M. le président. Sûrement fondé sur l'article 36 du règlement?...

M. Guy Fischer. Vous avez bien compris, monsieur le président! (*Sourires.*)

M. le président. Vous avez la parole, monsieur Fischer.

M. Guy Fischer. Je ne peux qu'adhérer à ce qui vient d'être dit. Cela étant, monsieur le président, il faut que nous puissions travailler autrement.

Pour participer aux réunions de la conférence des présidents, je connais fort bien le contexte dans lequel nous avons décidé de cet ordre du jour et des conditions du travail en séance.

Compte tenu de l'évolution du dossier, qui aurait pu imaginer que les travaux de la commission s'achèveraient sans qu'un texte soit voté et que nous discuterions le texte du Gouvernement ?

M. Michel Mercier, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés. Non, c'est le texte de l'Assemblée nationale.

M. Guy Fischer. C'est révélateur de la différence des points de vue qui peuvent s'exprimer sur le sujet puisque la majorité, à un moment donné, a désavoué Mme la présidente-rapporteur, contraignant la commission des affaires sociales à désigner à la hâte, ce matin, un nouveau rapporteur.

Nous n'avons pas intérêt, selon moi, à continuer à travailler de cette manière, car cela discrédite d'une certaine façon le travail parlementaire, même si nous sommes un certain nombre à attacher beaucoup d'importance au travail en commission.

À force d'accélérer l'examen des textes et de raccourcir les délais, nous sommes soumis à des conditions de travail proprement insoutenables. Je ne veux pas anticiper, mais je crois savoir que nous allons être une nouvelle fois appelés à siéger en session extraordinaire au mois de juillet et que celle-ci se poursuivrait au-delà du 14 juillet.

Contraindre les parlementaires à travailler dans de telles conditions, n'est-ce pas les traiter avec une sorte de mépris ? Voilà ce que, au nom de mon groupe, je tenais à dire. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. Acte vous est donné de ce rappel au règlement, monsieur Fischer.

Nous en venons maintenant à la discussion générale.

Discussion générale

M. le président. La parole est à M. le garde des sceaux.

M. Michel Mercier, garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés. Monsieur le président, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, monsieur le rapporteur pour avis de la commission des lois, mesdames, messieurs les sénateurs, le projet de loi qui est soumis à votre examen vise à renforcer les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à mieux individualiser leur prise en charge, notamment par la création de soins ambulatoires sans consentement.

Il s'agit aussi, avec ce texte, d'empêcher que l'institution judiciaire ait, à très brève échéance, à relever un redoutable défi. En effet, dans sa décision du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, a donné au législateur jusqu'au 1^{er} août 2011 pour mettre notre législation en conformité avec la Constitution et, à défaut, toutes les mesures d'hospitalisation sans consentement – d'office ou à la demande d'un tiers – en cours feront l'objet d'une mainlevée automatique.

Je veux, en cet instant, insister sur les conséquences fâcheuses qui s'attacheraient à tout retard dans l'adoption de ce projet de loi.

Je veux aussi rappeler que la question prioritaire de constitutionnalité est l'une des innovations introduites par la réforme de la Constitution adoptée en 2008. Chaque jour qui passe montre combien cette réforme est protectrice des droits et libertés constitutionnellement garantis. Je pense donc que, chaque jour, ceux qui ont « oublié » de la voter nourrissent des regrets amers. Ce n'est pas M. Mézard, ici présent, qui me contredira! (*Sourires.*)

M. Jacques Mézard. Je n'étais pas parlementaire, à l'époque! (*Nouveaux sourires.*)

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Je suis donc fondé à vous reprocher de ne pas l'avoir votée! (*Nouveaux sourires.*)

Le volet judiciaire du projet de loi vise à mettre le droit français en parfaite conformité avec les exigences constitutionnelles. Que requiert donc la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010? Elle indique que, en application de l'article 66 de la Constitution, il est nécessaire d'instaurer un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement par le juge judiciaire, « gardien des libertés individuelles ».

L'occasion nous est ainsi une nouvelle fois donnée de constater l'efficacité de la révision constitutionnelle de 2008. Je me permets de souligner au passage que le texte qui vous est soumis aujourd'hui est, de par son ampleur, comparable à celui portant sur la réforme de la garde à vue. Il aboutit à la création d'une nouvelle procédure permettant de garantir de façon systématique les droits des patients.

Le projet de loi prévoit ainsi un contrôle de plein droit du juge dans les quinze jours suivant l'admission du patient en hospitalisation complète. Il apporte une garantie supplémentaire en imposant que, après ce premier contrôle, le juge judiciaire intervienne de six mois en six mois, aussi longtemps que s'applique la mesure.

Ce nouveau dispositif, qui renforce notablement la protection des droits et libertés des patients par rapport à la situation actuelle, est pleinement conforme aux exigences constitutionnelles.

En instaurant ce contrôle systématique, nous marquons un véritable progrès. Cependant, le nouveau dispositif exigera des juridictions un effort supplémentaire considérable, car ce sont près de 80 000 décisions juridictionnelles nouvelles par an qui sont à prévoir. Pour permettre la mise en œuvre de cette réforme dans les meilleures conditions possibles, j'ai d'ailleurs obtenu du Premier ministre la création de 80 emplois de magistrats et de 70 emplois de greffiers, ainsi qu'une enveloppe complémentaire de 5 millions d'euros pour financer l'aide juridictionnelle.

À l'issue de la discussion à l'Assemblée nationale, nous sommes parvenus à un dispositif équilibré, respectueux de l'intérêt des patients et conforme aux exigences constitutionnelles. J'appelle votre attention sur cet équilibre et les risques que l'on ferait courir à la viabilité du dispositif de contrôle en voulant « toujours plus de juge », même là où son intervention n'est pas absolument nécessaire.

Gardons-nous de confondre les rôles en voulant faire jouer au juge celui de l'autorité administrative ou celui du médecin. La réforme ambitieuse que nous sommes en train de bâtir ensemble ne fonctionnera que si chacun remplit l'office qui lui revient : à l'autorité sanitaire la responsabilité des soins et de l'expertise médicale, à l'autorité administrative le maintien de l'ordre public, à l'autorité judiciaire la garantie des libertés individuelles.

Je veux insister sur ce que doit être, au sens des exigences constitutionnelles, l'office du juge dans le contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement, qu'il s'agisse de l'hospitalisation complète ou des nouvelles mesures de soins ambulatoires sans consentement.

S'agissant de l'hospitalisation complète sans consentement, le texte prévoit un dispositif de contrôle automatique qui permet à chacun des acteurs d'exercer ses prérogatives dans le respect des droits du patient.

Quel est ce dispositif?

Le nouveau contrôle de plein droit dans les quinze jours de l'admission en hospitalisation sans consentement, puis, le cas échéant, tous les six mois tant que dure la mesure, permet au juge des libertés et de la détention de s'assurer de la proportionnalité de la privation de liberté que constitue l'hospitalisation complète. Par ce dispositif, nous mettons notre droit en pleine conformité avec les exigences de l'article 66 de la Constitution.

Le texte apporte des garanties procédurales supplémentaires en prévoyant que le juge statuera au terme d'un débat contradictoire et que tout patient qui ne serait pas en mesure de comparaître personnellement pourra être représenté par un avocat.

Le texte prévoit également que les audiences pourront se tenir par visioconférence si le patient y consent et si des motifs médicaux le justifient. Ce recours à la visioconférence, qui impliquera l'aménagement de salles spécifiques au sein des hôpitaux, nous permettra de pallier certaines difficultés pratiques évidentes. Il s'agit, d'une part, de permettre au juge de statuer dans les délais extrêmement courts qui lui sont impartis pour décider du maintien en hospitalisation complète, alors même que le juge des libertés et de la détention, en raison de son caractère polyvalent, ne sera pas en charge de ce seul contentieux, et, d'autre part, de répondre à la difficulté d'amener les malades dans les tribunaux.

Je suis tout à fait conscient que certaines pathologies sont incompatibles avec la tenue d'une visioconférence et que le déplacement des malades est parfois impossible. C'est pourquoi la proposition du rapporteur pour avis de la commission des lois, M. Jean-René Lecerf, de prévoir un certificat médical pour la visioconférence et l'utilisation de ces salles spécifiques pour la tenue d'audiences foraines a retenu mon attention. Toutefois, il appartiendra, bien sûr, au juge de décider en dernier ressort.

On le voit, cette nouvelle procédure judiciaire va profondément modifier les pratiques des tribunaux et des hôpitaux et justifiera une mobilisation de tous pour faire en sorte que cette réforme soit, au 1^{er} août prochain, un succès.

M. Guy Fischer. Elle est inapplicable!

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Monsieur Fischer, le professionnalisme des gendarmes, des policiers, des magistrats et des avocats a rendu applicable en cinq minutes la réforme de la garde à vue! (*M. Jacques Mézard fait une moue dubitative.*)

Mme Françoise Cartron. En cinq minutes?

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Je suis sûr que les professionnels impliqués dans la présente réforme feront les mêmes efforts. Nous leur donnons des moyens.

M. Guy Fischer. Il faut un peu plus de moyens!

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Il faut aussi que le Parlement garde la bonne mesure des choses.

M. Alain Gournac. Très bien!

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Cette mobilisation de tous à laquelle nous appelons sera, nous n'en doutons pas, à la hauteur de l'importance de cette réforme.

Sachons maintenant ne pas en faire trop en demandant aux juges de prendre des décisions qui ne relèvent pas de leur office. Aucune autorité ne doit ni ne peut se substituer à une autre : le juge n'a pas plus vocation à se substituer à l'autorité administrative qu'il n'a vocation à intervenir dans le champ des autorités sanitaires.

C'est la raison pour laquelle il ne m'apparaît pas souhaitable que le juge puisse, lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée de l'hospitalisation sans consentement, ordonner des soins ambulatoires. Ce serait dévoyer le rôle du juge. En effet, nous sommes ici dans une matière civile et non pénale : les personnes hospitalisées ne sont pas des délinquants : ce sont des patients.

M. Guy Fischer. Ah bon ?

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Le juge civil n'aurait pas les moyens d'assurer le suivi des soins qu'il ordonnerait, alors que le juge pénal dispose, lui, des services d'insertion et de probation pour effectuer le suivi des personnes concernées. Prévoir une telle mesure reviendrait à demander au juge d'ordonner une obligation de soins sans moyen de la contrôler ou de la sanctionner, ce qui n'est pas acceptable.

Confier au juge une telle mission, ce serait en outre oublier que le juge n'a aucune légitimité pour arbitrer entre les très nombreuses modalités de soins auxquelles peut concrètement renvoyer un programme de soins. Et l'on ne saurait envisager que le juge doive se borner à ordonner des soins sans en définir les modalités précises ni être en mesure d'apprécier le degré d'atteinte aux libertés qu'elles impliquent.

Aller dans cette direction imposerait au juge de recourir dans tous les cas à une expertise et de s'en remettre en pratique à ses conclusions, ce qui ne saurait être satisfaisant. Comment, en effet, ne pas rappeler la lourde tâche qui est déjà confiée aux experts psychiatres, dont le nombre trop réduit ne permettrait pas de faire face à cette nouvelle mission, qui reviendrait à leur demander, dans des délais très contraints, de proposer, le cas échéant, un protocole de soins ? En outre, le risque que le juge ne puisse obtenir ces expertises dans les délais impartis lui imposerait de prendre une décision non éclairée, ce qui n'est pas davantage acceptable.

C'est, enfin, pour des raisons du même ordre que je ne peux *a fortiori* que vous inviter à refuser toute extension systématique de l'intervention du juge aux nouvelles mesures de soins ambulatoires sans consentement.

Un programme de soins sans consentement n'a pas vocation à conduire à l'exercice d'une contrainte physique à l'égard du patient. Il ne s'agit pas de soins forcés, à la différence de l'hospitalisation complète. L'intervention automatique du juge, dès lors, n'apparaît pas nécessaire. Pour autant, cela ne veut pas dire que les patients concernés n'auront pas accès au juge : le recours au juge restera toujours possible à la demande du patient ou de ses proches, selon des modalités qui ont été clarifiées et simplifiées par le décret du 20 mai dernier.

Le projet de loi prévoit donc des garanties proportionnées à chaque situation et permet à chacun des acteurs, médicaux, administratifs et judiciaires, de rester dans son rôle, avec un recours juridictionnel systématique pour l'hospitalisation complète, selon les modalités que j'ai évoquées à l'instant, et un recours juridictionnel facultatif pour les soins ambulatoires sans consentement.

Un tel équilibre procédural assure la garantie effective des droits des patients, tout en leur permettant de bénéficier des soins les plus adaptés à leur situation.

Je crois par ailleurs qu'en permettant à la fois la saisine du juge administratif pour apprécier la légalité externe des mesures de placement et celle du juge judiciaire telle que je viens de la décrire, le système français offrira des garanties fortes en matière de protection des droits et libertés. Unifier les deux contentieux au profit du juge des libertés et de la

détention ne serait pas incohérent. Toutefois, une telle unification risquerait d'alourdir l'office du juge judiciaire et, alors qu'il est appelé à statuer dans des délais très contraints, de le détourner de sa mission qui est d'apprécier la proportionnalité de la privation de liberté au regard de la situation médicale du patient.

Ce n'est pas sans raison que l'on parle d'un surcroît de charge pour les magistrats. Une étude que nous avons réalisée montre bien que, même si la situation varie à l'évidence d'une juridiction à l'autre, le travail sera considérable lorsque la juridiction compte dans son ressort un nombre relativement important d'hôpitaux psychiatriques. Par exemple, pour Paris, il faut s'attendre à 6 522 affaires supplémentaires, soit vingt-cinq affaires de plus par jour ! Cela représente quelque vingt-cinq heures additionnelles de temps-magistrat et douze heures et demie de temps d'audience supplémentaire ! On voit donc le poids d'une telle réforme sur une juridiction aussi importante.

La situation sera à peu près la même à Lyon puisqu'il y a trois hôpitaux psychiatriques dans le ressort du tribunal de grande instance. Ensuite, viennent plusieurs tribunaux qui ont un ou deux hôpitaux psychiatriques dans leur ressort.

Je pense aussi aux petits tribunaux qui se trouvent dans un secteur abritant une grosse structure pénitentiaire et un établissement psychiatrique important, et où un magistrat unique est à la fois juge de l'application des peines et juge des libertés et de la détention.

Vu l'effort considérable que nous allons demander aux magistrats, un concours exceptionnel de recrutement a été lancé. (*M. Guy Fischer s'exclame.*) Monsieur Fischer, vous pouvez concourir, si vous voulez ! (*Sourires.*) Simplement, il est évident que ces magistrats supplémentaires ne seront pas en place dès la date de mise en œuvre de cette réforme, c'est-à-dire le 1^{er} août.

Mesdames, messieurs les sénateurs, l'objectif du Gouvernement est clair et peut, me semble-t-il, être partagé par tous : il s'agit de renforcer les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et de permettre de mieux individualiser les soins pour mieux répondre à chaque situation.

Que certains aspects du texte méritent d'être amendés, clarifiés, cela ne fait aucun doute. D'ailleurs, le Gouvernement lui-même vous proposera des amendements. Toutefois, en ce qui concerne le rôle du juge, je tiens à renouveler mon appel à la prudence et à l'équilibre.

Il nous appartient de créer *ex nihilo* une procédure entièrement nouvelle. La garantie des droits des patients s'en trouvera considérablement renforcée et la seule existence d'un contrôle de plein droit du juge entraînera de fait une diminution des abus, lorsqu'ils existent ; je songe en particulier aux sorties d'essai, qui durent fréquemment plusieurs années et dans le cadre desquelles aucun suivi n'est garanti.

Il s'agit là d'une véritable révolution et je crains que, en la complexifiant outre mesure et en faisant du juge ce qu'il n'est pas – il n'est ni médecin ni préfet –, nous ne mettions en danger la réforme elle-même, qui s'imposera de toute façon à tous au 1^{er} août prochain.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je me suis limité à aborder le volet strictement juridique du texte. Je laisse à Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la santé, le soin d'évoquer les autres aspects de ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP ainsi que sur plusieurs travées de l'Union centriste.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, *secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé*. Monsieur le président, mesdames, messieurs les sénateurs, le présent projet de loi vise certains points précis de la réforme des soins psychiatriques.

C'est un texte qui porte sur un domaine particulièrement sensible non seulement sur le plan médical et technique, mais également aussi, j'en ai bien conscience, sur le plan humain.

Je tiens à remercier la présidente de la commission des affaires sociales, Mme Muguette Dini, ainsi que son rapporteur, M. Jean-Louis Lorrain, de même que l'ensemble de ses membres, du travail qu'ils ont déjà effectué. Nous avons bien entendu les interrogations et les inquiétudes qui se sont exprimées en commission. Nous sommes prêts à apporter, au cours de ce débat, toutes les réponses à ces interrogations, qui sont absolument légitimes.

Le projet de loi que vous allez examiner porte une réforme attendue depuis une quinzaine d'années par les professionnels de la psychiatrie, mais aussi par les patients et leurs familles.

Ce texte concerne les patients qui souffrent de troubles mentaux sévères, ce qui rend impossible leur consentement aux soins.

Vous le savez, les troubles mentaux touchent un cinquième de la population française. En 2008, ce sont 1,3 million de personnes adultes qui ont été prises en charge à ce titre, dont 70 % exclusivement en ambulatoire. Sur ce nombre total de personnes souffrant d'une maladie mentale, chaque année, pour environ 70 000 d'entre elles, soit seulement 5 % des malades, leurs troubles rendent impossible leur consentement aux soins.

Il me paraît important de rappeler, alors que s'ouvre l'année des patients et de leurs droits, que toute atteinte à leur liberté ne peut être motivée que par des raisons liées à leur état de santé, comme l'a rappelé Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Quelles sont les raisons qui nous conduisent à engager cette réforme ?

L'accueil des malades psychiatriques selon des modalités spécifiques, et notamment quand ils ne peuvent pas consentir aux soins, a été prévue dès 1838 par la loi obligeant tous les départements de France à construire un établissement spécialisé dans l'accueil des malades psychiatriques. C'est pourquoi ces établissements sont bien connus et identifiés par l'ensemble de nos concitoyens.

Il aura fallu attendre 1990 pour réformer cette loi, pour prévoir que l'hospitalisation libre est la règle et pour que l'hospitalisation sous contrainte devienne une exception, dûment motivée et encadrée. Néanmoins, cette loi de 1990 n'a pas résolu tous les problèmes, comme l'ont démontré différents rapports : elle ne permet pas d'offrir aux malades qui ne peuvent pas consentir aux soins les formes contemporaines de prise en charge, notamment extrahospitalières ; elle n'a pas non plus permis de résoudre le cas des personnes qui doivent être hospitalisées, mais pour lesquelles aucun proche ne peut en faire la demande.

Ce projet de loi ne remet pas en question les fondements du dispositif actuel, qui permet une prise en charge soit à la demande d'un tiers, le plus souvent un membre de la famille, soit sur décision du préfet. Mais il comble les lacunes de la loi de 1990 que je viens d'évoquer concernant la prise en charge ambulatoire et l'hospitalisation sans demande d'un tiers. Il comprend aussi des avancées substan-

tielles, telles que l'intervention du juge des libertés et de la détention, afin de répondre à la décision du Conseil constitutionnel.

M. le garde des sceaux vient de le rappeler, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel a jugé, le 26 novembre dernier qu'« en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut être maintenue au-delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les dispositions relatives au maintien en hospitalisation sur demande du tiers méconnaissent les exigences de l'article 66 de la Constitution ».

Le Conseil Constitutionnel nous donne donc jusqu'au 1^{er} août pour corriger la loi actuelle.

L'un des objectifs majeurs de ce texte consiste à remplacer la notion d'hospitalisation par celle de « soins ». En effet, ce sont bien les soins qui sont nécessaires à un malade, et non pas le fait d'être placé dans un hôpital psychiatrique. Il appartiendra au médecin d'adapter précisément ces soins aux besoins du malade, en privilégiant toujours la recherche d'une alliance thérapeutique entre le patient et lui.

Je rappelle que les soins psychiatriques peuvent suivre diverses modalités : il peut s'agir d'entretiens, d'ateliers thérapeutiques, de traitements médicamenteux. Ces soins, qui sont souvent conjugués, peuvent avoir lieu dans des services hospitaliers fermés, mais aussi, si l'état du patient le permet, au plus près de son lieu de vie : ce peut être le centre médico-psychologique, le foyer, la rue, la maison de retraite.

Vous le savez, les médecins, dans leurs pratiques quotidiennes, cherchent déjà à offrir des soins ambulatoires aux patients qui ne peuvent consentir à ces soins. Ils utilisent pour cela le dispositif de la sortie d'essai. Cependant, la sortie d'essai telle qu'elle est prévue dans la loi de 1990 est un simple « essai de sortie », après une longue hospitalisation. Ce n'est donc pas une forme de prise en charge ; il n'y a pas de programme de soins défini. Il nous faut donc bien combler cette lacune.

Nous souhaitons que les médecins puissent proposer à leurs malades un véritable programme de soins à l'extérieur de l'hôpital, comme une forme de prise en charge pleine et entière, et non pas comme un sas entre l'hospitalisation et la vie ordinaire. Le texte permet ainsi au médecin de prescrire des soins extérieurs dès le début de la prise en charge, c'est-à-dire à l'issue d'une période d'observation de 72 heures, sans avoir besoin d'enclencher une longue hospitalisation. Le médecin définira avec son patient un programme de soins, ce que nous appelons jusqu'à présent le « protocole de soins ».

Le programme de soins précisera le type de la prise en charge, les lieux de traitement et la périodicité des soins.

Cette avancée majeure permettra de mieux définir le rôle de chacun, patient et équipe soignante, en affirmant la place centrale du médecin : il restera le seul à même de modifier le programme de soins du malade.

Notre texte rénove d'autres aspects de la loi de 1990 et met ainsi en œuvre les préconisations des différents rapports d'évaluation de cette loi. C'est le cas de la période d'observation et de soins de 72 heures que nous proposons d'instaurer, et qui est demandée par les professionnels depuis le rapport Strohl de 1997.

Il s'agit d'éviter au maximum les hospitalisations sans consentement, en apportant au patient des soins psychiatriques intensifs au moment de la crise. Au bout de trois jours, bien souvent, les psychiatres parviennent à obtenir le consentement de la personne : elle va mieux, comprend la nécessité de poursuivre des soins et s'engage d'elle-même dans une

démarche thérapeutique, à l'hôpital ou en ambulatoire. Cette période de 72 heures donne donc davantage de chances aux patients d'éviter qu'une mesure de contrainte trop longue ne soit enclenchée à leur rencontre.

S'agissant des patients dont le consentement est encore trop fragile à l'issue de ces trois jours, qui peuvent être soignés à l'extérieur mais qui ont besoin d'un étayage particulier, le psychiatre pourra désormais leur proposer une prise en charge en ambulatoire avec un programme de soins.

Le projet de loi apporte enfin une réponse au sujet douloureux des personnes isolées, qui ont absolument besoin de soins psychiatriques mais pour lesquelles aucun tiers ne se présente pour formuler une demande. Les médecins, les équipes soignantes nous le disent : nombre de personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques ont perdu tout lien avec leur famille et leurs proches. Les psychiatres voudraient bien les soigner mais, sans demande formulée par un tiers, ils n'ont pas le droit de leur porter secours, ce qui est très pénible pour un médecin. Vous le savez, les équipes passent beaucoup de temps à rechercher ces tiers.

Nous avons entendu les professionnels et avons donc prévu que le directeur de l'établissement pourrait prononcer l'admission d'un patient, même lorsqu'il n'est pas possible de recueillir la demande d'un proche. Cette possibilité est limitée au seul cas de péril imminent pour la santé du patient et elle est entourée de garanties particulières en termes de respect des droits. Il s'agit d'une mesure essentielle, qui permettra à toutes les personnes dont l'état de santé est très grave, aussi ténu que soit le tissu social dans lequel elles s'insèrent, d'accéder aux soins psychiatriques.

De la même façon, nous rendons possible le fait qu'un psychiatre s'oppose à la demande de levée d'hospitalisation formulée par un tiers. Il arrive en effet qu'une personne soit hospitalisée sans son consentement pour des troubles mentaux graves, mais que le directeur mette fin à cette hospitalisation parce qu'un proche du malade en fait la demande. En application de ce projet de loi, pour éviter une rupture de soins qui serait dangereuse pour le patient, le psychiatre pourra s'opposer à cette demande.

C'est donc bien l'accès aux soins et la continuité des soins psychiatriques que le projet de loi renforce.

L'accès aux soins sera également amélioré grâce à une disposition introduite par l'Assemblée nationale, concernant les personnes en situation d'urgence psychiatrique. Vous connaissez bien ces situations, mesdames, messieurs les sénateurs : il arrive qu'une famille vous appelle parce que son enfant est en pleine crise psychiatrique, et il faut intervenir immédiatement. Qui intervient ? Qui transporte ce jeune vers l'établissement de santé ? Certains territoires ont imaginé des réponses coordonnées.

Le projet de loi impose que les acteurs locaux – hôpitaux, SAMU, services départementaux d'incendie et de secours, police, gendarmerie –, sous l'égide de l'agence régionale de santé, définissent entre eux une organisation adaptée, afin de répondre à toutes ces situations, quel que soit l'endroit du territoire de santé où il faut intervenir.

Outre qu'il renforce les droits et libertés des patients, le projet de loi apporte un soin particulier à la situation de certains patients atteints de troubles très spécifiques, pour lesquels les dangers liés à une rechute apparaissent plus sérieux. Il s'agit des patients qui sont ou ont été hospitalisés d'office, soit pour irresponsabilité pénale, ce qui est le cas des

auteurs d'un crime dont le discernement était totalement aboli au moment des faits, soit en unité pour malades difficiles, ou UMD.

L'Assemblée nationale a souhaité que ces antécédents ne soient pas recherchés sur la vie entière du patient, mais seulement sur une durée qui sera fixée par décret en Conseil d'État.

Pour ces patients, dont le nombre est extrêmement limité, une procédure particulière sera enclenchée lorsque leur sortie est envisagée. En effet, l'avis du psychiatre traitant devra être accompagné de l'avis d'un collègue pluriprofessionnel de soignants – psychologues, infirmiers, assistant social – et de deux expertises. Le préfet disposera ainsi d'informations tout à fait complètes et étayées et pourra prendre dans de meilleures conditions cette décision qui est particulièrement sérieuse.

J'insiste sur le fait que, pour ces patients comme pour tous les autres, les certificats proposant des prises en charge extrahospitalières ou des levées de mesure devront être établis par un psychiatre.

Le psychiatre est la personne centrale dans ce dispositif : c'est lui qui propose de lever l'hospitalisation ; c'est lui qui propose le programme de soins et qui le définit ; c'est encore lui qui demande, le cas échéant, la ré-hospitalisation ou la fin des soins.

L'Assemblée nationale a d'ailleurs confirmé ce rôle essentiel du psychiatre en instaurant une saisine automatique du juge des libertés et de la détention si le préfet ne donne pas suite à la demande du psychiatre de mettre fin à l'hospitalisation d'une personne.

Enfin, vous le savez, ce projet de loi vient répondre à une question prioritaire de constitutionnalité. Le bien-fondé des hospitalisations complètes sans consentement, dès lors que leur durée excède quinze jours, puis six mois, sera désormais soumis au contrôle systématique du juge des libertés et de la détention. Dans ces intervalles, et à tout moment, la personne peut recourir au juge ; il s'agit du recours « facultatif », au moment où le patient en ressent la nécessité. La saisine automatique est une mesure exceptionnelle. Elle porte sur une privation de liberté d'aller et venir qui est, elle-même, exceptionnelle.

Le Gouvernement a fait le choix de ne pas prévoir cette saisine automatique pour les autres formes de prise en charge, qui ont lieu en ambulatoire. En effet, il importe tout d'abord que la procédure soit plus légère en extrahospitalier qu'en intrahospitalier, sauf à décourager les psychiatres de prescrire des soins à l'extérieur, dont on sait qu'ils sont plus difficiles à organiser. De plus, le patient suivi en ambulatoire est présumé aller mieux que le patient hospitalisé et être davantage capable de saisir le juge en cas de besoin.

Je souligne aussi que ce juge, le patient le connaîtra, puisqu'il l'aura rencontré au quinzième jour de son hospitalisation : il sera donc plus aisé pour le patient de le saisir à nouveau. D'autres personnes peuvent également signaler au juge une situation qui apparaîtrait anormale, et la commission départementale des soins psychiatriques, la CDSP, continue d'être chargée de vérifier le bien-fondé de mesures qui pourraient sembler disproportionnées.

En outre, si les soins apparaissent trop pesants pour ce patient, il est fort probable que celui-ci aura rompu son programme de soins et sera retourné en hospitalisation complète, où il verra donc un juge sous quinze jours.

Enfin, et surtout, il serait incompréhensible pour nombre de patients qu'on leur impose un transport vers le juge alors qu'ils respectent leur programme de soins et que tout se passe bien.

Faudra-t-il aller chercher les patients chez eux pour les amener chez le juge ? La saisine automatique pour les patients qui ne sont pas enfermés à l'hôpital nous semble aller à l'encontre du respect des droits et libertés de ces personnes, sans apporter de véritable garantie supplémentaire. En effet, si le patient estime que son programme de soins est excessif, il doit avant tout en parler avec son médecin et l'équipe soignante qui le suit.

Mesdames, messieurs les sénateurs, le projet de loi sur lequel vous allez vous pencher aujourd'hui est essentiel, tout d'abord, pour garantir à tous les malades un meilleur accès aux soins. La psychiatrie française peut désormais franchir le pas qu'ont franchi ses voisins européens. Elle peut résolument se tourner, comme l'ont fait la chirurgie ou la médecine, vers la prise en charge ambulatoire pour l'ensemble des personnes qui en ont besoin. Elle peut offrir à tous des formes de soins psychiatriques modernes, dans tous les lieux de la cité, des soins qui permettent aux patients de rester, au maximum, insérés dans leur communauté.

La psychiatrie française peut leur offrir cette qualité des soins. Elle a été l'une des premières à s'ouvrir vers l'extérieur avec la politique de secteur.

M. Guy Fischer. On en est loin, maintenant !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le projet de loi s'inscrit dans l'évolution que les psychiatres ont eux-mêmes donnée à leur pratique.

Il apporte des garanties supplémentaires au bénéfice de l'ensemble des acteurs concernés en mettant au cœur du dispositif le psychiatre et l'équipe soignante, avec pour seul but d'assurer l'accès aux soins, la continuité de ceux-ci, l'alliance thérapeutique, la protection des personnes et le respect des libertés. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP ainsi que sur plusieurs travées de l'Union centriste.*)

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

M. Guy Fischer. Par intérim !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, monsieur le ministre, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le texte que nous examinons aujourd'hui est particulièrement important, car il concerne la situation de personnes parmi les plus fragiles, celles qui souffrent de troubles mentaux.

Lorsqu'on aborde ce sujet, nous devons avoir à l'esprit trois impératifs essentiels qu'il nous faut concilier : la nécessité de donner au malade les meilleurs soins possibles afin de favoriser sa guérison ou, au moins, l'amélioration de son état de santé ; l'obligation de ne limiter la liberté des personnes que dans des proportions strictement nécessaires, pour éviter qu'elles ne nuisent à elles-mêmes ou qu'elles nuisent à autrui ; enfin, la préservation de la sécurité des personnes, parfois menacée par le comportement de certains malades.

Une réforme de la loi de 1990 est attendue depuis longtemps. Elle a été préconisée par de nombreux rapports depuis 1997, rapports dont le texte qui nous est soumis reprend de nombreuses propositions.

D'emblée, je souhaite saluer le travail accompli par Mme Dini en qualité de rapporteur. Ce travail important et approfondi a permis à chacun de nous de faire mûrir sa position, afin que nous puissions chercher tous ensemble les moyens de construire une réforme équilibrée.

Pour ma part, monsieur Fischer, j'ai le sentiment d'être un rapporteur à temps plein et pleinement responsable, et j'entends tenir complètement ce rôle dans un débat qui touche à un domaine auquel je suis amené à m'intéresser depuis une trentaine d'années, ne serait-ce qu'en tant qu'élus.

Dès à présent, il me faut souligner que cette loi serait vaine si elle n'était pas accompagnée des moyens nécessaires pour la mettre en œuvre et de mesures ambitieuses pour l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale dans notre pays.

Madame la secrétaire d'État, nous attendons avec impatience le plan de santé mentale que vous êtes en train de préparer. Nous espérons qu'il répondra aux attentes des malades et de leurs familles, ainsi qu'à celles de tous les intervenants en psychiatrie.

Ce plan est nécessaire et urgent : il est le complément indispensable du projet de loi dont nous débattons aujourd'hui.

Quelles sont les principales dispositions de celui-ci ?

En premier lieu, le projet de loi se donne pour objectif de diversifier les formes de prise en charge des malades faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement.

Alors qu'actuellement une personne ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement que sous la forme d'une hospitalisation complète, le projet de loi tend à dissocier le principe de l'obligation de soins et les modalités de dispensation de ces soins. Un régime de « soins sans consentement » est ainsi substitué au régime de l'hospitalisation sans consentement.

Les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète incluraient obligatoirement des soins ambulatoires ; ils pourraient également prendre la forme de soins à domicile ou de « séjours » effectués dans un établissement psychiatrique.

En cas de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète, un « protocole de soins » serait établi dans les 72 heures de l'admission du malade par un psychiatre de l'établissement. Ce protocole définirait le ou les types de soins imposés au malade, les lieux de leur réalisation, ainsi que leur périodicité.

Dans tous les cas, la prise en charge d'un malade sans son consentement débiterait par une période d'observation et de soins de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète. Au cours de cette période, deux certificats médicaux devraient évaluer la nécessité de la mesure de soins sans consentement : le premier serait établi dans les 24 heures suivant l'admission, le second dans les 72 heures.

Le texte prévoit que, lorsque les certificats concluent à la nécessité de prolonger les soins, un psychiatre de l'établissement propose, dans un avis motivé, la forme de prise en charge du malade et, s'il envisage une forme de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète, le protocole de soins applicable.

En cas d'admission à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement aurait compétence pour retenir la forme de prise en charge proposée par le psychiatre ainsi que le protocole de soins établi par celui-ci. En cas d'admission sur décision du représentant de l'État, le préfet aurait compétence pour décider de la forme de prise en charge en tenant compte de la proposition établie par le psychiatre et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public.

En deuxième lieu, pour tenir compte de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, le projet de loi modifie les conditions dans lesquelles le juge des libertés et de la détention contrôlera les mesures de soins sans consentement.

La saisine du juge est prévue dans deux cas : d'abord, comme cela se pratique déjà actuellement, sur l'initiative de la personne faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement ou d'autres personnes intéressées, aux fins d'ordonner la levée de cette mesure ; ensuite, et cela de façon obligatoire, sur l'initiative du directeur de l'établissement ou du préfet, aux fins de contrôler de plein droit la nécessité du maintien de toute mesure de soins sans consentement prenant la forme d'une hospitalisation complète.

Le juge devrait obligatoirement statuer sur l'hospitalisation sans consentement d'une personne, avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de son admission en soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, puis tous les six mois lorsque le patient est maintenu en hospitalisation complète.

Le texte prévoit que le juge statue après débat contradictoire et que l'audience peut avoir lieu en utilisant la technique de la visioconférence.

Les ordonnances du juge pourraient faire l'objet d'un appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué et cet appel pourrait revêtir un caractère suspensif si le juge ordonnait la mainlevée de l'hospitalisation.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a prévu une saisine obligatoire du juge des libertés lorsque le préfet refuse de faire droit à une demande de levée de soins psychiatriques émanant du psychiatre.

En troisième lieu, le projet de loi met en place des procédures particulières pour la sortie des soins sans consentement des personnes ayant été déclarées pénalement irresponsables ou ayant fait un séjour en UMD.

L'article 1^{er} prévoit la création d'un collège de soignants composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre n'y participant pas et un membre de l'équipe pluridisciplinaire. Ce collège devrait se prononcer avant la levée des soins sans consentement des personnes concernées.

En outre, deux expertises devraient obligatoirement être réalisées par des psychiatres extérieurs à l'établissement d'accueil.

L'Assemblée nationale a complété ce dispositif pour prévoir la fin de l'application de celui-ci cesse après une certaine durée, durée dont la fixation est renvoyée à un décret en Conseil d'État.

Enfin, le projet de loi contient plusieurs autres mesures d'importance.

Il crée une nouvelle procédure d'hospitalisation en cas de péril imminent, qui pourrait être mise en œuvre sans la demande d'un tiers. Cette nouvelle voie d'accès aux soins pourrait notamment concerner les personnes isolées ; elle pourrait également être utilisée dans des situations où la demande d'hospitalisation est particulièrement difficile à formuler pour les membres de la famille.

Le projet de loi renforce le droit à l'information des personnes recevant des soins sans leur consentement.

Il procède à une réécriture des dispositions du code de la santé publique relatives à l'hospitalisation sans consentement des détenus, sans toutefois en modifier le contenu.

Les autres dispositions du projet de loi sont de moindre importance et visent à opérer des coordinations ou à prévoir son application outre-mer.

Mes chers collègues, ce projet de loi n'est certainement pas parfait, mais il me semble que notre tâche consiste précisément à rechercher les moyens de l'améliorer et de renforcer sa cohérence : c'est cet exercice que nous devons essayer d'accomplir ensemble.

Ce matin, la commission a donné de nombreux avis sur divers amendements et ces avis ne sont pas tous compatibles entre eux.

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. C'est vrai !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Sur le point le plus délicat de ce texte, à savoir les soins psychiatriques sans consentement hors de l'hôpital, je comprends parfaitement toutes les objections qui peuvent être soulevées. L'expression même de « soins psychiatriques sans consentement hors de l'hôpital » paraît d'ailleurs contradictoire dans les termes. Il me semble cependant que nous pouvons rechercher les voies et moyens d'une amélioration plutôt que de renvoyer à plus tard l'introduction de ce concept.

Vous le savez, mes chers collègues, sans l'intervention du Conseil constitutionnel, nous n'aurions probablement pas été saisis de ce texte : il faut profiter de l'occasion qui nous est donnée pour accomplir un travail de modernisation de la psychiatrie attendu depuis longtemps. En ce début du XXI^e siècle, il est normal que les modes de prise en charge des patients évoluent et il est souhaitable que, lorsque l'hospitalisation est évitable, ces derniers puissent être accompagnés dans leur milieu habituel. C'est pourquoi nous ne pouvons renvoyer ce travail à plus tard, sauf à risquer de ne jamais l'accomplir.

Notre collègue Alain Milon a présenté un amendement tout à fait utile qui clarifie des points importants.

Cet amendement précise tout d'abord qu'une personne faisant l'objet de soins sans son consentement est prise en charge par tous les outils thérapeutiques de la psychiatrie adaptés à son état ; je souscris à cette proposition.

Il fait référence – proposition à laquelle je souscris également – non plus à des formes de soins mais à des lieux de soins, en distinguant les unités d'hospitalisation à temps plein des autres lieux de soins que sont les unités alternatives, les lieux de consultation, les lieux d'activités thérapeutiques et le lieu de vie habituel du patient, liste à laquelle j'ajouterai même : la rue.

Enfin, il remplace la notion de « protocole de soins » par celle de « programme de soins », qui me paraît beaucoup plus adapté, car la notion de protocole semble un peu trop rigide.

À titre personnel, je vous proposerai, mes chers collègues, de sous-amender l'amendement de M. Milon pour le compléter et apporter de nouvelles précisions.

D'abord, je suis profondément convaincu qu'il ne faut plus parler de « soins sans consentement » mais de « soins psychiatriques auxquels une personne n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux ». Cela revêt à mes yeux une très grande importance. Le soin, c'est le dialogue,...

M. Guy Fischer. Tout ça, c'est de l'enfumage !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. ... et la confusion se fait entre la nécessité de l'obligation et des modalités de sa mise en œuvre. Ce changement marque mieux qu'il faut distinguer

entre l'obligation qui est faite au patient de se soigner et les modalités des soins qui seront, bien sûr, discutées entre le psychiatre et le malade.

En outre, je vous proposerai de mieux préciser les conditions de modification du programme de soins et de prévoir un entretien entre le psychiatre et le malade, entretien au cours duquel le médecin recueillera l'avis du patient.

Enfin, le sous-amendement que j'ai préparé prévoit aussi que le détail des traitements médicamenteux ne figurera pas sur le programme de soins.

J'espère que cette nouvelle rédaction apaisera les inquiétudes et qu'elle permettra d'avancer dans la recherche d'un vrai consensus sur cette réforme.

Sur les autres dispositions du projet de loi, des améliorations sont également possibles. Ainsi, la commission a donné un avis favorable sur un amendement qui modifie la composition du collège chargé de donner un avis avant la levée de l'hospitalisation des patients ayant séjourné en UMD ou ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale. Il paraît préférable que l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle soit dans ce collège, et non un seul de ses membres, afin d'assurer une véritable collégialité. Ce point fera certainement l'objet d'une discussion.

De même, la commission a accepté des amendements qui visent à fixer à dix ans le délai du droit à l'oubli à l'issue duquel la procédure d'examen renforcée n'est plus applicable aux patients qui ont été déclarés irresponsables ou ont séjourné en UMD.

Monsieur le garde des sceaux, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, je forme le souhait que nos débats permettent de faire progresser la réflexion et de dégager des solutions attendues, notamment par les malades et leurs familles. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur certaines travées de l'Union centriste et du RDSE.*)

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

M. Jean-René Lecerf, 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 garde des sceaux, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, notre assemblée est saisie du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, déposé le 5 mai 2010 à l'Assemblée nationale.

Ce projet de loi a été complété par une lettre rectificative du 26 janvier 2011, qui tire les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010, prise à la suite du renvoi par le Conseil d'État d'une question prioritaire de constitutionnalité.

Dans cette décision, le Conseil constitutionnel a distingué les conditions d'admission à l'hospitalisation sans consentement et le maintien de cette hospitalisation.

Il a estimé conformes à la Constitution les conditions d'admission au motif que, si son article 66 exige que toute privation de liberté individuelle soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté.

Pour ce qui concerne le maintien de l'hospitalisation sans consentement, le Conseil constitutionnel devait se prononcer sur la question suivante: le rôle de l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, impose-t-il que, au-delà d'une certaine durée, la privation de liberté ne puisse être prolongée sans décision de l'autorité judiciaire? Il y a répondu par l'affirmative, rappelant les exigences constitution-

nelles selon lesquelles la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge judiciaire intervient dans le plus court délai possible et établissant la nécessité absolue d'un contrôle juridictionnel de plein droit des décisions de maintien en hospitalisation sans consentement.

Dès lors, deux questions se sont posées quant aux délais.

Sur le délai nécessitant l'intervention d'une autorité judiciaire, le Conseil constitutionnel a estimé que celui de 48 heures applicable en matière de garde à vue n'était pas transposable à l'hospitalisation sans consentement. Prenant en compte la spécificité de la problématique médicale, il a retenu en l'espèce un délai de quinze jours.

Sur le délai dans lequel le juge judiciaire doit statuer, le Conseil constitutionnel a formulé une réserve d'interprétation pour imposer les plus brefs délais.

Enfin, considérant qu'une abrogation immédiate des dispositions du code de la santé publique jugées inconstitutionnelles emporterait des conséquences manifestement excessives au regard des exigences de la protection de la santé et de la prévention des atteintes à l'ordre public, il a reporté au 1^{er} août 2011 la date de mise en conformité avec la Constitution.

Dans une certaine mesure, mes chers collègues, et sans chercher à faire un mauvais jeu de mots, je dirai que nous délibérons, nous aussi, sous la contrainte... (*Sourires.*)

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. C'est vrai!

M. Jean Desessard. Sous la contrainte des faits divers!

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Ce sont les décisions du Conseil constitutionnel! Et les questions prioritaires de constitutionnalité sont tout de même un acquis considérable au regard des libertés.

M. Michel Mercier, garde des sceaux. C'est l'article 62 de la Constitution!

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Devant l'étroite imbrication des questions de santé et des questions juridiques, et contrairement à la commission des lois de l'Assemblée nationale, la commission des lois du Sénat a souhaité se saisir pour avis du volet judiciaire du présent projet de loi, c'est-à-dire essentiellement des articles 1^{er} à 5.

Cette saisine lui est apparue nécessaire en raison des nombreux points qui intéressent directement son champ de compétence. Je citerai les libertés individuelles et les garanties juridictionnelles qui s'attachent à leur privation, les modalités de contrôle de l'autorité judiciaire – visioconférence, délais d'intervention, possibilités d'appel suspensif –, l'impact de la réforme sur l'organisation judiciaire, la répartition des compétences entre les deux ordres de juridiction ou la protection de l'ordre public.

Mes chers collègues, je profite de l'opportunité qui m'est offerte pour regretter que, à propos de nombreux textes récemment examinés par le Parlement, il n'y ait pas eu plus souvent une appréhension partagée entre justice et santé. Je pense, par exemple, à la loi pénitentiaire, dont la discussion n'a pas permis d'examiner à fond les problèmes relatifs à la santé, qu'elle soit somatique ou psychiatrique.

M. Michel Mercier, garde des sceaux. Ni les relations entre les deux!

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Je pense aussi à la proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré leur discernement au moment des faits,

dont j'étais coauteur et dont le rapporteur était Jean-Pierre Michel, adoptée à l'unanimité par le Sénat et qui finira bien, un jour, par être examinée par l'Assemblée nationale.

M. Guy Fischer. Nous sommes d'accord !

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Vous le savez, l'hospitalisation sous contrainte est régie par un droit ancien et stable : c'est la loi Esquirol de 1838 qui a distingué le régime du placement volontaire, à la demande de la famille, et celui du placement d'office, confié au préfet. Elle n'a été modifiée qu'en 1981 par la loi Sécurité et liberté, puis surtout en 1990 par la loi Évin. Celle-ci a certes consacré le droit des personnes hospitalisées contre leur gré, mais elle a conservé les deux modes d'hospitalisation sans consentement prévus par la loi de 1838 : le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office et le placement volontaire cède la place à l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Actuellement, sur les 80 000 hospitalisations contraintes – la moitié est prononcée pour schizophrénie – que l'on dénombre chaque année dans notre pays, 63 000 ont lieu à la demande d'un tiers et 17 000 sont décidées d'office.

Le projet de loi réforme le droit de l'hospitalisation sous contrainte, en cherchant à concilier trois principes de même valeur, mais qui sont parfois largement antagonistes : le droit à la protection de la santé, la sécurité des personnes, les libertés individuelles.

Il ouvre une solution alternative à l'hospitalisation complète en faisant de l'enfermement une modalité de soins parmi d'autres. L'objectif est d'adapter la loi à l'évolution des soins psychiatriques et des thérapeutiques désormais disponibles, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge par des soins ambulatoires, c'est-à-dire extrahospitaliers, encadrés.

Comme de nombreux collègues de la commission des lois, je suis plutôt favorable à l'extension des soins obligatoires sous contrainte, tout en rappelant qu'ils exigeront des moyens adaptés.

Le dispositif, si fréquemment critiqué, de la sortie d'essai est supprimé. Les personnes internées sous contrainte seront placées en observation pour un délai maximal de 72 heures en hospitalisation complète ; deux certificats médicaux de psychiatres devront alors établir s'il faut poursuivre les soins et déterminer la nature de ces derniers.

Dans le présent projet de loi a été retenu le choix de ne pas recourir systématiquement au juge judiciaire pour les soins ambulatoires sous contrainte : l'intervention du juge est donc obligatoire pour l'hospitalisation complète, mais facultative pour les soins ambulatoires.

Le texte qui nous est soumis prévoit un dispositif spécifique applicable à certaines personnes susceptibles de commettre des actes graves de violences : celles qui ont été reconnues pénalement irresponsables et qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation d'office judiciaire ; celles qui font ou ont fait l'objet d'une hospitalisation en UMD. Dans ces cas, les sorties seront plus encadrées ; le juge des libertés et de la détention devra recueillir l'avis d'un collège de soignants et, s'il envisage la mainlevée de l'hospitalisation complète, ordonner une expertise judiciaire supplémentaire. Le préfet ne pourra mettre fin à l'hospitalisation d'office judiciaire qu'après avis d'un collège de soignants et deux avis concordants sur l'état médical du patient émis par deux psychiatres étrangers à l'établissement d'hospitalisation.

Par ailleurs, ce texte encadre la notion de tiers susceptible de solliciter une hospitalisation contrainte. En contrepartie, il crée une nouvelle procédure : l'admission sans tiers, en cas de péril imminent.

S'agissant des conséquences sur l'organisation judiciaire, l'étude d'impact évalue le nombre de saisines nouvelles à 61 000 pour les juges des libertés et de la détention ; les besoins en termes d'emploi seraient de 77 à 80 magistrats, de 59 à 61 fonctionnaires de catégorie B et de 7 à 8 fonctionnaires de catégorie C.

Enfin, le texte prévoit que l'audience du JLD – juge des libertés et de la détention – pourra s'effectuer par visioconférence, dans des locaux adaptés de l'hôpital.

Les députés ont apporté plusieurs modifications au projet de loi.

Ils ont introduit un droit à l'oubli, c'est-à-dire le retour au droit commun pour les deux catégories de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui, passé un délai de plusieurs années après la fin de leur hospitalisation.

L'Assemblée nationale a prévu une saisine automatique du JLD par le directeur de l'établissement d'accueil du patient lorsque le préfet n'ordonne pas la levée de l'hospitalisation complète alors que le psychiatre estime que cette hospitalisation n'est plus nécessaire.

Elle a également prévu que, lorsque le JLD ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, sa décision prend effet dans un délai de 48 heures, afin que le psychiatre de l'établissement puisse, le cas échéant, établir un protocole de soins et que le patient puisse recevoir un traitement contraint sous forme de soins ambulatoires. La commission des lois s'interroge cependant sur la constitutionnalité d'une telle disposition puisqu'une personne demeurera contrainte pendant 48 heures alors que la décision de mainlevée aura été prononcée.

Au nom de la commission des lois, je vous proposerai d'étendre quelque peu la compétence du juge judiciaire, gardien des libertés individuelles : en le dotant de la capacité de transformer une mesure d'hospitalisation complète en soins ambulatoires – je sais que M. le garde des sceaux ne partage pas mon point de vue, mais j'espère que nos échanges permettront d'aboutir à une solution consensuelle ; en prévoyant le contrôle de plein droit du JLD sur les mesures d'hospitalisation partielle sous contrainte ; enfin, en unifiant le contentieux de l'hospitalisation sous contrainte, par la création d'un bloc de compétence judiciaire.

Je vous proposerai également de permettre au juge de statuer dans des conditions garantissant la sérénité des débats, en prévoyant qu'il pourra se prononcer en chambre du conseil et non publiquement, mais aussi en prévoyant que la visioconférence sera adaptée à la situation des personnes malades, et j'ai bien noté l'accord de M. le garde des sceaux sur ce point.

Enfin, je vous proposerai d'envisager l'évolution, à terme, du statut de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

Monsieur le président, mes chers collègues, le Contrôleur général des lieux de privation des libertés, dans son rapport d'activité 2010, qui vient d'être rendu public, fait observer que, dans les établissements de santé, se pose avec acuité la question de l'équilibre entre les droits des personnes, les exigences du soin et les indispensables mesures de sécurité. Il note : « Cet équilibre n'est pas souvent réalisé de manière satisfaisante. » J'espère que le présent projet de loi marquera

un progrès significatif sur cette question particulièrement sensible. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, ainsi que sur plusieurs travées de l'Union centriste et du RDSE.*)

M. le président. La parole est à M. Jacques Mézard.

M. Jacques Mézard. Monsieur le président, monsieur le garde des sceaux, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, nous le savons, la maladie mentale est, pour des centaines de milliers de familles, un drame du quotidien qui justifie pleinement de lever nombre de tabous et, surtout, de trouver des moyens.

Quel équilibre difficile à instaurer entre maladie, soins, contrainte et liberté ! Or le présent projet de loi complexifie les procédures à tel point que je me suis demandé s'il ne relevait pas d'une pathologie juridique, c'est-à-dire d'une coupure de l'esprit, au sens d'une perte de contact avec la réalité.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. Jacques Mézard. Il suffit de se reporter au problème de la visioconférence ou à la multiplication des certificats médicaux, entre autres, pour s'en convaincre. Plus de règles, moins de droits !

Le projet de loi s'intitulant « Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge », il devrait avoir pour finalité fondamentale les malades et ceux qui les soignent, sans être vicié par le volet sécuritaire et sa déclinaison médiatique. Notons de surcroît que, sans une décision du Conseil constitutionnel, il n'aurait jamais été examiné par le Sénat.

De ce choc de priorités antagonistes est né un texte qui a le triste privilège d'être rejeté tant par la majorité des psychiatres des hôpitaux que par les syndicats de magistrats. Son examen chaotique en commission des affaires sociales est d'ailleurs révélateur de ce rejet.

Alors que les troubles mentaux se classent aujourd'hui au troisième rang des maladies en termes de prévalence, la véritable urgence, nous le savons tous, est de lutter contre l'état catastrophique de ce secteur de santé et le manque dramatique de médecins psychiatres, en particulier dans les hôpitaux.

En 2008, déjà, la commission nationale consultative des droits de l'homme, la CNCDH, avait déploré que la question de la maladie mentale ait été évoquée dans le débat public à propos de textes qui ont alimenté la confusion avec la délinquance, la violence et la dangerosité.

De mon côté, j'avais déjà eu l'occasion de souligner cet amalgame dangereux entre troubles psychiatriques et dangerosité lors de l'examen de la proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale en cas de trouble mental.

Dans le projet de loi présenté aujourd'hui, la possibilité d'une décision prise sans le consentement de l'intéressé consacre l'entrée dans un système d'obligation de soins dont l'hospitalisation ne sera désormais qu'une des modalités envisageables et qui pourra comporter des soins ambulatoires sans consentement.

La dérogation au droit qu'à tout malade de consentir aux soins dont il fait l'objet ouvre un champ inédit dans la mesure où la contrainte pourra être exercée non seulement entre les murs de l'établissement, mais également hors ces murs, sans accroche territoriale, ce qui rend plus difficile le contrôle de la nécessité ou de la proportionnalité des mesures prises, ainsi que la sortie de cette situation d'exception.

Si, tel qu'il découle de la décision du Conseil constitutionnel, ce contrôle par le juge des libertés et de la détention nous semble pleinement correspondre à la mission de garantie des libertés individuelles que la Constitution assigne au juge, il est toutefois impératif de mettre en place les moyens nécessaires en termes d'effectifs et de formation.

Nous avons entendu les inquiétudes et mises en garde des professionnels : il apparaît clairement que de nombreuses dispositions de ce texte sont inapplicables et dangereuses, notamment celles qui concernent le transfert de l'ensemble des contentieux vers l'autorité judiciaire dès le mois de septembre 2012. Or la décision du Conseil constitutionnel contraint le législateur à judiciariser les soins sans consentement dès le 1^{er} août 2011. Par ailleurs, si le ministère a annoncé le recrutement d'effectifs supplémentaires, ceux-ci ne rejoindront leurs juridictions que, au mieux, un an après l'entrée en vigueur de la loi. Il y aura donc manifestement un engorgement des prétoires, une asphyxie des juridictions de l'ordre judiciaire.

D'autres dispositions du projet de loi nous apparaissent inopportunes. Les prescriptions médicales pour les soins ambulatoires doivent demeurer déontologiquement indépendantes. Il serait dangereux d'instaurer une discrimination par des procédures spécifiques supplémentaires.

J'ajoute, mes chers collègues, que ce texte complique considérablement les procédures par l'entretien et le développement d'une dualité juridictionnelle, avec une prépondérance laissée à l'administratif, aux préfets, aux directeurs d'hôpitaux... On se demande d'ailleurs pourquoi vous n'y avez pas ajouté le « citoyen assesseur » ; cela viendra sans doute ! (*Sourires.*)

De plus, les psychiatres hospitaliers doivent voir leur indépendance professionnelle garantie face à ce dispositif qui multiplie les certificats médicaux et les soumet aux instances administratives. Il faut en revenir à un système de nomination spécifique au niveau ministériel, indépendante des pouvoirs administratifs locaux, une indépendance qui leur a été surnoisement retirée par le décret statutaire d'octobre 2010, et qui est l'indispensable garant des libertés individuelles dans le domaine de l'hospitalisation sous contrainte.

En conclusion, nous souhaitons que ce texte se limite aux modifications de la législation actuelle découlant de la décision du Conseil constitutionnel, afin que nous prenions le temps d'élaborer, en concertation avec tous les acteurs, une réforme vraiment adaptée.

En effet, un tel dossier mériterait plus que d'autres un consensus profond, et nous attendons toujours un grand « plan santé mentale » équivalent au « plan cancer » ou au « plan Alzheimer », qui fasse enfin de la santé mentale un objectif prioritaire de santé publique. À nos yeux, ce texte ne répond pas à cet objectif et c'est pourquoi la majorité des membres du RDSE ne le votera pas. (*Applaudissements sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

(*M. Bernard Frimat remplace M. Gérard Larcher au fauteuil de la présidence.*)

PRÉSIDENTE DE M. BERNARD FRIMAT
vice-président

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, il y a tout juste un an, notre groupe organisait au Sénat un colloque sur le thème : « Psychiatrie : entre pressions sécuritaires et contraintes économiques, quelle place pour le patient ? »

La richesse des débats que nous avons eus alors m'autorise à affirmer ceci : le texte que nous examinons aujourd'hui n'est pas le texte qu'attendaient les malades et leurs familles, le texte qu'attendaient les médecins, le texte qu'attendaient les magistrats, le texte que nous attendions.

Lancé en novembre 2008 à la suite d'un fait divers, certes tragique, survenu à Saint-Égrève, dans l'Isère, selon la méthode habituelle de l'actuel Président de la République qui consiste à jouer sur l'émotion et les peurs, ce texte possède tous les attributs des lois « émotionnelles », des lois « d'affichage ». Il laisse de côté toutes les questions qu'un vrai projet de loi sur la psychiatrie et la santé mentale aurait dû aborder, pour ne conserver qu'une vision limitée, étriquée, bornée, de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Il occulte en effet plusieurs faits essentiels. Si les questions liées aux troubles mentaux sont complexes, si nous ne pouvons taire les difficultés que rencontrent soignants, magistrats, proches, malades, et si les pouvoirs publics, particulièrement les maires, peuvent parfois se sentir démunis, il convient de rappeler quelques évidences.

Selon un rapport de l'IGAS de 2005, seuls 2,7 % des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Notre collègue Guy Lefrand, député UMP, le dit lui-même dans le préambule de son rapport : « Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont douze fois plus victimes d'agressions physiques, cent trente fois plus victimes de vols et ont vingt-cinq ans d'espérance de vie en moins que nos concitoyens. »

La brutalité de ces chiffres, qui démontrent que ces personnes sont bien souvent d'abord des victimes, se double d'une autre réalité : celle de la mise à mal de la psychiatrie publique, qui a notamment enregistré, en vingt ans, la suppression 40 000 lits ! Si l'on y ajoute les suppressions de postes, le recul de la sectorisation, l'abandon de la prévention, on comprend que les personnes les plus malades échappent aux soins. Comme me le disait un président de commission médicale d'établissement, dans l'hôpital psychiatrique public, c'est désormais la « lutte des places » !

Ce texte est-il à la hauteur de ce que nous devons aux personnes atteintes de troubles psychiatriques ?

M. Jean Desessard. Non !

M. Guy Fischer. Évidemment non, mes chers collègues ! Vous l'avez compris, nous pensons que ce texte sécuritaire va totalement à l'encontre de ce que nous sommes en droit d'attendre.

Manquant d'ambition, il est également flou, imprécis, opportuniste... Pour notre part, ce sont les raisons de fond qui nous avaient conduits, malgré certaines avancées réelles introduites par notre rapporteur Muguette Dini, à rejeter ce texte en commission.

Le Gouvernement avait pourtant annoncé la couleur. On nous parlait d'un triple objectif : un objectif de santé, un objectif de défense des libertés individuelles et un objectif de sécurité.

Disons-le clairement : en ce qui concerne l'objectif de santé, nous ne voyons rien. Rien en faveur d'une meilleure prise en charge des malades, rien sur l'ambition de redonner à tous les acteurs du monde psychiatrique – soignants, malades, familles, magistrats – les moyens de soigner et d'accompagner. L'étude d'impact reste, sinon très optimiste, à tout le moins parfaitement irréaliste, surtout dans le contexte de la « révision générale des politiques publiques », qui se traduit par leur réduction tous azimuts. Ce qu'elle préconise en termes de moyens, ce n'est ni plus ni moins qu'un pansement sur une jambe de bois !

C'est pourtant d'une politique cohérente et même d'un sauvetage massif qu'a besoin la médecine psychiatrique française. Le comble, c'est que nous savons tous ce qui est nécessaire : plus de postes, plus de lits, pour un meilleur suivi à l'hôpital ou en dehors. La médecine psychiatrique française mériterait certainement autre chose qu'un jugement à courte vue, motivé par une politique opportuniste.

L'objectif de santé n'est à l'évidence pas satisfait, je le répète. J'en veux pour preuve supplémentaire le titre II, intitulé « suivi des patients ». Dans toutes ses dispositions, il n'est question que de l'encadrement des soins sans consentement, sans que les objectifs de traitement soient abordés.

Par ailleurs, nous nous interrogeons sur la pertinence même de l'expression « soins sans consentement », d'autant que, nous le savons, l'absence de consentement du malade est souvent, en particulier en matière psychiatrique, une des causes de l'échec du traitement. Écoutez l'avis du docteur Roger Ferreri, chef de service dans l'Essonne : « On mélange tout, la contrainte n'est pas du soin, c'est une décision de la société. La société a le droit de se protéger, mais lorsque vous mettez quelqu'un dans une chambre d'isolement, vous n'avez pas le droit de penser que c'est pour son bien. »

Mais ce texte vise-t-il véritablement le traitement des malades ? C'est bien ce qui nous conduit à douter de l'objectif « sanitaire » du texte.

En effet, le cœur du projet de loi est à l'évidence l'objectif sécuritaire. L'ordre public serait menacé par ces personnes en souffrance ! Quelle curieuse conception de la maladie psychiatrique que celle qui consiste à considérer les patients comme des fauteurs de troubles en puissance plutôt que comme des malades ! La logique sécuritaire du texte, facilitant l'internement ou la contrainte tout en limitant les droits des personnes souffrant de troubles mentaux, découle pourtant de cette conception de la maladie mentale comme facteur d'atteinte à l'ordre public.

De notre point de vue, l'appréhension de la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques sous le seul angle sécuritaire est, vous l'avez compris, non seulement réductrice, mais également inacceptable. L'intervention du préfet se situe dans la droite ligne de cette conception. Sous prétexte de maintien de l'ordre public, nombre de principes gouvernant le régime des libertés des personnes, de nos libertés individuelles, sont battus en brèche.

Je pense, par exemple, à la création d'une période d'observation de 72 heures en hospitalisation complète. S'apparentant à une véritable garde à vue psychiatrique, cette mesure est à la fois inapplicable par son immense flou et, plus encore, profondément contraire à nos principes au regard des libertés individuelles.

On peut s'interroger quant à l'opportunité d'une telle mesure alors que le régime de la garde à vue vient d'être réformé pour en atténuer les abus. De fait, cette mesure ne présente aucune différence de forme avec la garde à vue : elle est aussi arbitraire et, par définition, aussi privative de liberté. Les garanties qui entourent cette période d'observation sont, selon nous, bien trop faibles pour constituer une véritable atténuation du pouvoir du préfet.

Comment imaginer que cette période d'observation de 72 heures puisse être décidée par le préfet sur le fondement d'un motif aussi flou que le « péril imminent » ? Comment accepter que le préfet puisse être quasiment le seul à en juger, le médecin ne servant là que d'auxiliaire de police ?

Votre texte n'est pas assez clair sur les garanties qui entourent cette notion, et nous avons les plus grandes craintes concernant son application concrète. En effet, il prévoit de conférer une autorité exorbitante – peut-être peut-on parler de tous les pouvoirs – au représentant de l'État, et non à un médecin ou à un juge. Sous le couvert de la nécessité de protéger la société, la loi tend à créer un régime d'exception, une situation dans laquelle nos concitoyens atteints de troubles psychiatriques pourraient être internés sans avoir véritablement leur mot à dire.

Dans cette optique, l'intervention du juge des libertés et de la détention semblait positive, même si cet élan de respect des droits fondamentaux n'est évidemment pas sans rapport avec la décision du Conseil constitutionnel. Bien sûr, il faut se satisfaire du fait que l'hospitalisation sans consentement puisse être contestée par la voie judiciaire, même si nous estimons que l'intervention du juge devrait être possible dans un délai plus court.

Toutefois, lorsque nous lisons le projet de loi, nous avons une curieuse impression : celle que votre cabinet, madame la secrétaire d'État, pour ne pas déroger pas au caractère globalement liberticide de ce texte, a encadré cette disposition de sorte que son effet positif soit très limité.

Ainsi, le délai annoncé est bien trop long : deux semaines, c'est inadmissible s'agissant d'une mesure privative de liberté. En matière de droit des étrangers maintenus en rétention, par exemple, et pour évoquer une situation comparable, l'intervention du juge des libertés est obligatoire après quatre jours, puis le président du tribunal de grande instance peut se prononcer après douze jours ; autrement dit, la mesure de rétention est examinée deux fois.

Dans ces conditions, comment imaginer que, lorsqu'il s'agit de cas psychiatriques, le JLD puisse être totalement absent au cours des douze premiers jours d'hospitalisation ?

Le rôle de ce magistrat suscite une deuxième interrogation.

Selon nous, votre texte, madame la secrétaire d'État, ne fait que donner l'illusion que le juge décide. En effet, compte tenu du manque de moyens criant du système judiciaire, qui ne permet pas d'examiner les cas de façon approfondie, il y a fort à parier que la décision du juge reposera sur un consentement présumé en faveur de l'hospitalisation, d'autant que rien ne vient renforcer concrètement les droits des personnes hospitalisées.

De fait, alors que nous aurions pu imaginer que ces « prisonniers psychiatriques » bénéficieraient des avancées récentes de la procédure de garde à vue, rien ne le laisse prévoir ici. À la lecture des dispositions de ce projet de loi qui sont censées garantir la défense des libertés individuelles, nous craignons que cet objectif ne soit hors de portée.

Autre mesure que nous ne pouvons que combattre : la création d'un véritable « casier psychiatrique ». Comment admettre qu'une décision d'hospitalisation puisse être prise sur la base d'antécédents psychiatriques datant de plus de vingt ans ? N'y a-t-il pas là un non-respect flagrant du « droit à l'oubli » ?

Oui, mes chers collègues, là encore, le droit des malades est abandonné et sacrifié à l'objectif sécuritaire. Ces personnes atteintes de troubles psychiatriques, il faut les repérer, les fichier, les suivre, les pister, parce qu'elles sont supposées inguérissables ! Comme le sont sans doute les jeunes un peu agités de nos quartiers, ces jeunes dont certains se proposent de repérer les comportements déviants dès le berceau.

Ce traitement sécuritaire de la maladie psychiatrique le prouve : vous avez imaginé un texte qui enferme, non qui guérit.

Enfin, comment ne pas évoquer votre définition des « soins sans consentement », qui englobent les anciennes hospitalisations d'office et sur demande d'un tiers. Le texte prévoit, et c'est une nouveauté, que ces soins pourront être délivrés à l'hôpital et en ambulatoire. C'est le cœur de votre réforme.

Selon nous, il convient d'être très prudent s'agissant de cette fausse bonne idée qu'est la délivrance des soins à domicile. Certes, le patient quitte un environnement hospitalier et les familles peuvent se sentir rassurées. Néanmoins, une telle solution soulève plusieurs questions : qui assume la responsabilité du malade ? Est-ce la famille ? Qu'en est-il du secret médical ? Comment interviennent les soignants dans ce contexte ? Il n'y a aucune réponse à ces interrogations dans le projet de loi !

Derrière cette mesure, se trouve simplement le problème fondamental que nous avons déjà évoqué : notre médecine psychiatrique, après quarante années d'une remarquable évolution, se délite, se meurt. Nos hôpitaux voient leurs moyens se réduire drastiquement de PLFSS en PLFSS, avec des personnels moins nombreux, plus sollicités, en souffrance eux aussi.

La VAP, la valorisation de l'activité en psychiatrie, le pendant dans ce secteur de la tarification à l'activité, n'a d'autre but que de contraindre à sélectionner les patients. Demain, l'hôpital public choisira-t-il les moins malades, les moins vieux, les moins fous ? Telle est, en tout cas, une fois encore, la réflexion qui m'a été faite à Lyon par un psychiatre.

En clair, cette mesure nous donne l'impression que l'on cherche à se débarrasser à moindre frais d'une population et à en transférer la charge à des familles complètement démunies.

Parce que ce texte ne pose aucunement la question du traitement, cette disposition est très cohérente avec sa logique d'ensemble, celle de la prise en charge du trouble psychiatrique dans sa seule dimension sécuritaire, en oubliant ses aspects thérapeutiques.

Enfin, ce texte nous interpelle par son esprit général, notamment parce qu'on offre au préfet un rôle prépondérant dans le choix de l'encadrement, voire un pouvoir véritablement discrétionnaire puisqu'il peut imposer une réadmission du patient en hôpital psychiatrique en cas de problème lors du parcours de soins.

Oui, madame la secrétaire d'État, même si vous vous en défendez, vous ne considérez la psychiatrie que sous l'angle de l'ordre public. Votre texte condamne et stigmatise les

personnes atteintes de troubles mentaux, sous couvert d'en protéger la société. Il banalise un régime d'exception, et c'est très grave !

Nous ne pouvons que citer l'opinion des soignants, par exemple le docteur Hervé Boukobza, porte-parole du Collectif des 39, qui constate avec nous le recul fondamental marqué par ce texte puisqu'il affirme : « La psychiatrie a besoin de soins, de se montrer hospitalière, et non pas d'endosser les habits du carcéral et du tout médicament, comme le sous-tend ce texte de loi. »

C'est non pas de répression, d'enfermement et de contrainte qu'ont besoin d'abord ces personnes, mais d'un accompagnement fondé sur la confiance, de soins et de moyens offerts à leurs soignants.

La psychiatrie mérite une véritable loi-cadre qui définisse ses missions et ses moyens, ces derniers devant être pérennes. En conséquence, nous ne pouvons que voter contre ce texte. *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.)*

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, le présent projet de loi, relatif aux soins psychiatriques sans consentement, est un texte intermédiaire entre, d'une part, une simple mise en conformité constitutionnelle de la législation en vigueur, et, d'autre part, une réforme-cadre du droit de la santé mentale. Et c'est bien ce caractère d'entre-deux qui le rend problématique.

En effet, je le rappelle après d'autres, une intervention législative était imposée par la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 qui, prise sur le fondement d'une question prioritaire de constitutionnalité, a donné au Gouvernement jusqu'au 1^{er} août 2011 pour organiser un recours systématique du juge judiciaire en cas de maintien d'une hospitalisation sans consentement.

Cette décision se comprend bien, l'autorité judiciaire étant constitutionnellement « gardienne de la liberté individuelle ». Ce qui est étonnant, c'est que ce contrôle systématique n'ait pas été prévu plus tôt !

Dans ses considérants, le Conseil constitutionnel établit une distinction entre les conditions de l'hospitalisation, selon qu'il s'agit d'une admission sans consentement ou d'un maintien de l'hospitalisation. Il les estime conformes à la Constitution dans le premier cas, mais pas dans le second.

Ainsi, le texte qui nous est soumis prévoit, d'une part, un contrôle de plein droit, par le juge des libertés et de la détention, des hospitalisations sans consentement avant le quinzième jour lorsque leur durée doit se prolonger au-delà de cette échéance, et, d'autre part, l'intervention de ce magistrat tous les six mois en cas de prolongation.

Le Gouvernement aurait pu se borner à organiser ce contrôle, mais il n'en est rien, puisque l'objet de ce texte n'est pas seulement judiciaire, il s'en faut : le projet de loi comprend également un volet médical, qui réforme en profondeur le système établi jusqu'à présent par la loi du 27 juin 1990.

En effet, l'objectif de ce texte est de remplacer la notion d'« hospitalisation sans consentement » par celle de « soins sans consentement », en développant par conséquent des solutions alternatives à l'hospitalisation complète ; il est aussi de créer une nouvelle procédure d'hospitalisation sans

consentement « en cas de péril imminent » pour la santé du malade et une période d'observation de soins de 72 heures ; il est encore de renforcer le suivi des patients réputés les plus difficiles ; il est enfin d'élargir et d'accroître les droits des personnes en soins sans consentement.

La simple énumération de ces mesures, tant médicales que judiciaires, nous permet de nous rendre compte qu'il ne s'agit pas, loin de là, d'un texte à vocation exclusivement sécuritaire, contrairement à ce qui a pu lui être reproché.

Tout en allant bien au-delà de ce qu'imposait la décision rendue par le Conseil constitutionnel sur le fondement de la question prioritaire de constitutionnalité, le présent texte n'est pas pour autant la grande loi sur la santé mentale préconisée par la commission Couty en 2008 et par l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé en avril 2009.

Dans une telle loi, ce dossier serait abordé sous toutes ses facettes, à savoir la prévention des troubles psychiatriques, l'accès à des soins rapides et adaptés, donc l'offre de soins du point de vue tant de sa quantité que de sa répartition, le suivi de personnalité, la rénovation de l'hospitalisation sans consentement elle-même et l'organisation des soins aux détenus.

Cette loi-cadre, nous l'appelions de nos vœux parce que seule une approche globale nous paraît garantir une réforme cohérente en la matière.

Nous regrettons que ce ne soit pas ce choix qui ait été fait et que l'on ait préféré opter pour un entre-deux. Les difficultés auxquelles nous sommes à présent confrontés sont inhérentes à cette décision ; ce n'est pas un hasard si elles concernent tant le volet médical du projet de loi que son volet judiciaire.

Ce qui est reproché à ce texte, c'est de ne pas aller assez loin dans l'explicitation de ce que seraient ces fameux « soins ambulatoires sans consentement ». Et c'est tout l'enjeu de l'énorme travail réalisé par Muguette Dini avec la commission des affaires sociales. Ses amendements n'ont pas été intégrés au texte, mais ils ont eu le mérite majeur d'avoir mis en lumière l'importante lacune du projet de loi sur ce point. Il s'agit déjà d'un acquis tout à fait considérable à mettre à l'actif de la Haute Assemblée.

En résumé, voilà un texte qui est audacieux sur le plan de la rénovation du système et qui va donc dans le bon sens. La réforme médicale dont il est porteur n'a rien d'anecdotique. Elle présente l'immense avantage de responsabiliser les médecins. Il s'agit aussi d'un texte fondamental sur le plan des droits et libertés, dont le volet judiciaire ne saurait être différé.

Bref, au travers de ce texte, on parvient à un équilibre entre ces trois grands enjeux du dossier que sont la santé, les droits individuels et la sûreté. Toutefois, le projet de loi ne saurait être adopté en l'état, car il est incomplet.

Aussi, mes chers collègues, nous ne sortirons de cette situation – c'est la logique même ! – qu'en comblant les lacunes de ce texte, c'est-à-dire en le poussant un peu plus loin.

À l'évidence, la notion nouvelle de « soins ambulatoires sans consentement » demeure problématique. C'est pourquoi nous soutiendrons l'amendement de clarification et de compromis présenté par notre collègue Alain Milon et sous-amendé par le rapporteur de la commission des affaires sociales, Jean-Louis Lorrain.

Cet amendement tend à préciser que les soins psychiatriques sans consentement sont administrés au moyen de tous les outils thérapeutiques adaptés à l'état du patient et à établir une typologie non plus des formes de soins mais des lieux de soins. Ainsi a-t-il pour objet de distinguer clairement les unités d'hospitalisation à temps plein de ces autres lieux de soins que sont les unités alternatives à l'hospitalisation à temps plein ou les lieux de consultation, les lieux d'activités thérapeutiques ou les lieux de vie habituels du patient.

Les dispositions du sous-amendement du rapporteur de la commission des affaires sociales seront sans doute, elles, de nature à rassurer le corps médical quant au plein maintien de sa liberté de prescription.

Sous réserve de ces modifications d'importance, le groupe de l'Union centriste soutiendra cette réforme, même s'il attend qu'elle soit complétée dans les meilleurs délais pour une rénovation globale du cadre des soins psychiatriques.

Il ne me reste plus qu'à féliciter nos commissions et nos rapporteurs de l'excellence de leur travail, notamment Muguette Dini et Jean-Louis Lorrain, avec tout de même, si vous me le permettez, mes chers collègues, une mention spéciale pour la présidente de la commission des affaires sociales, qui, avec le courage et la détermination que nous lui connaissons, est allée jusqu'au bout de ses convictions. *(Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP.)*

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des affaires sociales, mes chers collègues, en enfermant ce projet de loi dans une approche résolument sécuritaire, le Gouvernement caricature la réponse qu'il entend apporter à une grave question, dont l'étude d'impact nous révèle toute l'ampleur.

En effet, ce document nous rappelle que, en 2005, plus du tiers des Français ont souffert d'au moins un trouble mental dans leur vie. C'est bien la preuve que cette question de santé publique appelait une réponse ambitieuse.

Elle n'est certes pas apportée avec ce texte partisan et confus, même après les modifications qui ont été votées par la majorité à l'Assemblée nationale et qui étaient elles-mêmes en retrait par rapport aux propositions de la commission des affaires sociales de cette chambre, voire de son rapporteur.

Pour notre part, nous souhaitons la grande loi globale de santé mentale dont notre pays a bien besoin. Ce texte aurait amélioré, après vingt ans d'application, la loi du 27 juin 1990, dont l'un des points forts, je le rappelle, a été de consacrer l'hospitalisation libre comme le régime habituel de l'hospitalisation, alors que, auparavant, depuis la loi de 1838, on ne connaissait que les modes de placement sous contrainte.

Aujourd'hui, on nous présente un projet de loi qui est perçu par les milieux professionnels concernés comme d'essence sécuritaire. Doit-on s'en étonner ? Bien sûr que non !

En effet, ce projet de loi est né à la suite d'un fait divers dramatique, qu'a rappelé d'ailleurs notre collègue Guy Fischer. En novembre 2008, dans une rue de Grenoble, un étudiant est tué par un malade mental en fugue d'un établissement de soins. Quelques jours plus tard, le Président de la République annonce un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, avec la multiplication des chambres d'isolement, la mise en place de bracelets électroniques, etc.

Le Président de la République exige également une nouvelle loi sur les hospitalisations sans consentement avec, en ligne de mire, non pas la dangerosité d'une infime minorité des malades – du reste, souvent sans soins au moment des faits dramatiques dans lesquels ils sont impliqués –, mais la dangerosité supposée de tous nos concitoyens ayant recours à des soins psychiatriques dans le champ large, divers et complexe de la maladie mentale.

D'une manière générale, ce qui ressort de ce projet de loi, dans sa version initiale, c'est l'idée de garantir la sûreté, non des malades qui, pourtant, en ont légitimement le plus besoin, mais des non-malades en insistant, par exemple, sur les prérogatives du préfet.

En 2006, déjà, le gouvernement dans lequel l'actuel Président de la République était ministre de l'intérieur avait dû renoncer, face à la mobilisation de nos concitoyens, à associer maladie mentale et dangerosité dans la loi sur la prévention de la délinquance. Les malades mentaux étaient, en quelque sorte, assimilés à des délinquants.

Aujourd'hui, avec ce projet de loi, le Gouvernement revient à la charge : la question du trouble à l'ordre public prédomine sur la préoccupation sanitaire et sur celle de la qualité des soins à donner aux malades.

L'ossature de ce projet de loi demeure donc sécuritaire.

Observons, par ailleurs, que le point central du projet de loi qui nous est soumis est celui des soins sans consentement avec, notamment, la création de la notion de soins sans consentement en ambulatoire. Si cette approche est difficile à admettre d'une manière générale dans le champ médical tant il est délicat de vouloir et de pouvoir soigner les personnes sans leur consentement, elle est encore plus délicate en psychiatrie.

En effet, en psychiatrie, outre le recours aux médicaments, fussent-ils très performants, la relation ou l'alliance thérapeutique entre le malade et son thérapeute est essentielle. Elle repose sur la confiance. Il s'agit d'un contrat implicite – et souvent explicite – qui appelle le consentement du patient si l'on recherche effectivement des résultats thérapeutiques. En la matière, l'imposition de soins sans consentement en ambulatoire, prévue par ce projet de loi, pose problème.

Notons également que ce texte était sur le point d'être soumis au Parlement lorsqu'est intervenue la décision rendue le 26 novembre 2010 par le Conseil constitutionnel, saisi par le Conseil d'État dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité visant à qualifier la nature juridique de l'hospitalisation d'un malade sans son consentement. La décision du Conseil constitutionnel dispose que ce type d'hospitalisation est, non une simple mesure de protection, mais une mesure de « détention » par privation, pour la personne concernée, de sa liberté d'aller et de venir, au sens de la Constitution.

Cette décision a donc conduit le Conseil constitutionnel à rappeler au Gouvernement que, s'agissant d'une privation de liberté, les mesures d'hospitalisation sans consentement doivent être soumises au contrôle effectif du juge judiciaire et que, en conséquence, les dispositions de la loi de 1990 ne prévoyant l'intervention de l'autorité judiciaire qu'en cas de demande de sortie du patient rejetée par l'autorité compétente étaient inconstitutionnelles.

Cette décision impose que le juge statue dès lors que la mesure est prolongée au-delà de quinze jours, puis à intervalles réguliers. Demande est donc faite au Gouvernement et au législateur de mettre en conformité notre législation en la matière avant le 1^{er} août 2011.

Remarquons que la brièveté de ce délai n'est pas sans poser des problèmes très pratiques de faisabilité matérielle – manque de magistrats, de personnel, de lieux d'audience adaptés... –, faisabilité sur laquelle le Gouvernement se montre peu loquace.

Cette décision du Conseil constitutionnel est donc venue contrarier le projet de loi « tout-sécuritaire » que le Gouvernement et le Président de la République envisageaient de faire voter au Parlement. La réécriture du projet initial, aussitôt entreprise dans la hâte et la confusion, avec un ersatz de consultation des acteurs concernés – associatifs, professionnels, institutionnels – nous donne une production incrémentale d'un projet de loi où peu d'acteurs s'y retrouvent ; et ce n'est là qu'un euphémisme !

Les auditions conduites nous ont confirmé l'insatisfaction généralisée et, parfois, une opposition frontale audit projet, pour des motifs multiples, pertinents et solides.

Une bonne synthèse de cette insatisfaction se retrouve dans l'avis de la Commission nationale consultative des droits de l'homme, adopté en assemblée plénière le 31 mars 2011.

Ainsi, je retiendrai que, concernant les interrogations sur le régime à venir, celui-ci est loin de faire l'unanimité chez les professionnels, les malades et leurs proches. Leurs inquiétudes, de tous ordres s'agissant de procédures complexes, se focalisent sur la crainte que la réforme ne renforce au-delà de l'indispensable la contrainte pesant sur les malades.

À la différence de nombreux pays, la France a progressivement renoncé à une politique de secteur qui avait suscité de grands espoirs, au profit d'un renforcement du recours à l'hospitalisation ; c'est d'autant plus paradoxal que nous savons l'importance des restructurations budgétaires et que des milliers d'emplois et de lits sont supprimés dans les hôpitaux.

Dans un contexte marqué par une insuffisance de moyens et des difficultés de recrutement des spécialistes médicaux et infirmiers, une concurrence non résolue entre les dépenses exigées pour les établissements et la médecine des secteurs, ce séjour obligatoire en établissement, prévu par le projet de loi, favorise la formule de l'internement.

En outre, le système d'expertise sur lequel reposent tout le jeu des certificats et l'examen par un collège des différentes étapes du nouveau dispositif est jugé par beaucoup très complexe, voire pratiquement inapplicable compte tenu de l'insuffisance des effectifs, et surtout inégalement réparti sur le territoire. D'où la crainte que ce système d'expertise « ne puisse dégager le sort des malades mentaux de l'amalgame qui conduit à privilégier un point de vue sécuritaire, et, pour éviter tout risque, enfermer plutôt que d'organiser les moyens d'un accompagnement. »

L'un des grands dangers de cette loi, c'est de faire passer le sécuritaire avant le thérapeutique. C'est une ineptie que tous les rapports mettent en avant en affirmant, chiffres à l'appui, que ce sont avant tout les personnes souffrant de troubles mentaux qui sont victimes de violences.

De plus, pour beaucoup de professionnels, l'impression s'est faite jour que nous nous dirigeons vers une « judiciarisation » renforcée de la psychiatrie, qu'ils réfutent non sans fondement : les malades mentaux ne sont pas de dangereux délinquants.

À cela s'ajoute le fait que la loi reste bien floue sur la portée réelle, en termes de libertés publiques, de cette innovation que constituent les soins sans consentement en ambulatoire.

Qu'impliquent-ils, en pratique, pour le droit d'aller et venir, pour la protection du domicile, pour les rapports avec les proches et dans d'autres lieux de vie ? Qu'en est-il du libre choix de son médecin par le malade, des actes de la vie courante ? La conséquence d'un refus de se prêter au traitement est-elle le retour ou l'envoi en établissement ? Il est difficile, à la seule lecture du projet, de mesurer les véritables sujétions autres que médicales. Celles-ci doivent être précisées et assorties de garanties.

D'où « le sentiment que la concertation permettant un véritable consensus dans ce domaine très sensible n'est pas allée assez loin et que la concomitance des réformes et des moyens n'est pas réalisée. Le patient sera plus isolé que jamais dans une société hostile et face à une réforme dont il constituera le « cobaye ». Plus particulièrement, il ne paraît pas acceptable de retenir des critères comme le passage devant la justice ou dans des unités pour malades difficiles pour imposer à un malade, parce qu'il a eu un épisode critique, un régime juridique plus sévère. Il a droit à ce que l'appréciation de son cas se fasse sur la seule base des nécessités de son traitement et sous la responsabilité de son médecin, qui doit évidemment appréhender tous les problèmes liés à la vie en société de son malade ».

Concernant le contrôle du juge sur les décisions prises sans le consentement du malade, on « se demande si la réforme n'est pas restée au milieu du gué et s'il n'aurait pas été plus opportun de faire intervenir le contrôle du juge dès la décision initiale d'hospitalisation et non pas simplement *a posteriori* ».

« Même si le Conseil constitutionnel n'est pas allé aussi loin, la question peut légitimement être posée. C'est en effet une solution qui fonctionne apparemment bien dans certains pays qui ont mis en pratique ce recours au juge dans la réponse au problème. Il est d'autre part clair que le sort des intéressés n'est pas facilité par la succession de mesures impliquant des responsabilités successives. On ajoutera que toutes les appréciations reposent évidemment sur des avis médicaux, dont la contestation est malaisée et ce d'autant plus que le juge interviendra alors que le diagnostic et même le traitement seront déjà décidés. Pour écarter cette option pourtant souhaitée par les associations de malades et une partie des magistrats, l'étude d'impact avance l'argument assez théorique qu'il ne serait pas bon que le juge des libertés et de la détention appelé à exercer une fonction de contrôle ait pris position dès l'origine. »

Mais le Conseil constitutionnel a, lui, surtout avancé l'argument de la surcharge de travail des juges, ce qui est prévisible et doit être anticipé sérieusement. Nous pensons que le Gouvernement, pour des raisons d'économies budgétaires, a plutôt été sensible à ce dernier argument. Pour notre part, nous estimons que cet élément ne doit pas déterminer la réponse. À partir du moment où l'on s'engage dans une réforme d'importance, il faut se donner les moyens matériels et humains suffisants pour la mettre en œuvre.

« Dans le même ordre d'idée, il est étonnant que le contrôle du juge ne porte pas sur les soins sans consentement lorsqu'ils sont prescrits en ambulatoire. Le placement des soins ambulatoires hors du contrôle du juge paraît dénué de fondement : il y aurait au contraire grand intérêt à ouvrir au juge ce contentieux particulièrement sensible au regard du respect de la vie privée. »

S'agissant d'un autre point de ce projet de loi, on pourrait aussi imaginer que soit créé un bloc de compétences au profit du juge judiciaire – c'est, du reste, ce qui est proposé par le rapporteur de la commission des lois –, « afin que celui-ci connaisse de l'intégralité du contentieux du soin psychiatrique contraint : la concurrence entre la compétence du juge administratif pour connaître des décisions du directeur de l'établissement et celle du juge judiciaire pour décider du maintien de l'hospitalisation sous contrainte ou de la mainlevée de celle-ci, n'est guère satisfaisante. »

Concernant la mise en œuvre du contrôle juridictionnel, des difficultés pratiques apparaissent à l'évidence. La possibilité d'un recours à la visioconférence pour organiser ces audiences, prévue par le projet, est, par exemple, un point de vive contestation. « Des raisons budgétaires ne sauraient justifier cette pratique hautement critiquable dans un contentieux qui s'adresse à des personnes en situation, souvent, d'extrême fragilité. Le dialogue entre le juge et le patient est rendu difficile, sinon impossible, la place de l'avocat – qui ne pourra se trouver à la fois au tribunal et auprès de son client – lui interdit en toute hypothèse d'exercer sa fonction dans des conditions satisfaisantes. C'est donc l'effectivité même du recours organisé sous forme d'auditions à distance qui est compromise. »

Enfin, beaucoup de professionnels du champ psychiatrique et de nombreux magistrats, ainsi que leurs représentants, se déclarent « des plus préoccupés par la procédure de recours suspensif, à l'initiative du préfet et du directeur de l'établissement d'accueil, qu'instaure le projet de loi, en cas de désaccord avec la décision de mainlevée du juge ». La crainte est « que le principe de précaution n'affecte une fois encore les droits des patients tout en discréditant les pouvoirs et l'autorité du juge ».

À la lumière de ces questionnements, pour ne pas dire de ces inquiétudes, on en vient à la conclusion que ce projet de loi manque de la maturité nécessaire à une réforme convaincante du régime actuel de la prise en charge de la maladie mentale. Il semble que la réflexion ne soit pas aboutie, tant sur la question du contrôle par l'autorité judiciaire de la mesure de contrainte que sur celle de la gestion de la contrainte à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique.

Dans cet exercice ultrasensible, qui demande une approche requérant le trébuchet du pharmacien, un esprit de mesure s'impose pour trouver un juste équilibre entre trois dispositifs également prioritaires.

D'abord, un dispositif sanitaire au service des malades. Le patient ne doit pas disparaître derrière sa pathologie. Son parcours ne peut se résumer à un condensé d'existence borné par la médicalisation, nonobstant les avancées dans le domaine des médicaments, et/ou l'enfermement.

Ensuite, un dispositif judiciaire qui garantit les libertés fondamentales de tous les citoyens, *a fortiori* lorsqu'ils sont en état de faiblesse ou malades.

Enfin, un dispositif de sécurité des personnes garantissant l'ordre public, visant à la protection de la société, et dont doit également bénéficier le malade. Ce dispositif ne doit pas être un « tout-sécuritaire », rejetant la présence des malades mentaux hors de la cité, car abusivement déclarés dangereux par hypothèse. Cela, vous en conviendrez, mes chers collègues, est scandaleux !

Le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui ne réalise pas ce juste équilibre.

À défaut de pouvoir intégrer ce texte dans une authentique et grande loi de santé publique toujours en attente, et privé de l'espoir de pouvoir bénéficier des quelques réelles avancées proposées par Mme le rapporteur initial de ce projet devant notre commission des affaires sociales – propositions qui, et je l'en remercie, gommaient plusieurs dispositions particulièrement critiquables et critiquées par l'ensemble des professionnels et associations concernées – puisque son rapport a été rejeté la semaine dernière, notre groupe a déposé de nombreux amendements. Certains de ceux-ci reprennent d'ailleurs quelques amendements pertinents déposés par celle qui était le rapporteur initial, amendements que nous avons approuvés lors de l'examen en commission.

D'autres amendements s'inscrivent dans la même veine que ceux, souvent très justifiés, que défendra le rapporteur pour avis de la commission des lois.

Notre objectif est d'améliorer un texte initial alambiqué, assemblage de procédures complexes, au point d'être souvent contradictoires, et qui, en faisant mine d'afficher le renforcement des garanties des droits des personnes, rendent prépondérantes des décisions administratives dictées par la présomption de dangerosité des malades psychiatriques et non fondées sur l'évaluation médicale des nécessités de soins, ce qui est pour le moins déplorable, voire scandaleux, pour nous comme pour nombre de nos concitoyens et pour la grande majorité des professionnels concernés !

Pour l'ensemble des raisons que je viens d'évoquer rapidement, mon groupe votera contre ce projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

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

M. Laurent Béteille. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, j'ai beaucoup hésité avant d'intervenir dans ce débat. Ce matin, j'étais prêt à demander à ne plus figurer sur la liste des orateurs. Lorsqu'on est directement concerné par un sujet comme celui-ci, il est toujours difficile d'en parler avec sérénité, et l'exercice auquel je vais me livrer devant vous est particulièrement impudique et douloureux pour moi.

Si j'ai néanmoins persisté dans mon idée de prendre la parole, c'est parce que ce texte a suscité une agitation qui, selon moi, relève plutôt de la caricature ou des préjugés idéologiques. Je pense que, pour les familles, il est particulièrement insupportable de voir le problème abordé de cette façon.

Mme Brigitte Bout. Très bien !

M. Laurent Béteille. Je vais vous parler de mon fils, que rien, apparemment, ne prédestinait à être concerné par la maladie psychiatrique : il a eu son bac et a entamé des études supérieures avant, un beau jour, de sombrer dans la schizophrénie. Sombrier est le mot juste, car c'est bien d'un naufrage qu'il s'agit.

Aujourd'hui, mon fils est clochard : il joue de la musique dans les rues d'Athènes et passe le reste de son temps à ramasser des mégots, qu'il conserve précieusement.

Cette dérive s'est produite assez brutalement ; elle s'est manifestée par des hurlements qu'il poussait dans la rue « pour chasser les démons », ainsi que par des menaces et des brutalités envers ma femme. Nous avons cherché un moyen de l'aider, mais il n'est pas facile de soigner quelqu'un qui ne se reconnaît pas malade et qui, de surcroît, considère que tous les médecins sont systématiquement des êtres malfaisants.

Après quelques mois, et grâce à l'appui d'un psychiatre qui a accepté de venir chez moi et de rencontrer mon fils un peu par surprise, j'ai réussi à obtenir une hospitalisation. Certes, on était un peu à la limite du droit au regard de la loi de 1990, mais qu'importe : il a au moins pu être soigné à ce moment-là. Au bout d'un certain temps, il a bénéficié d'une permission de sortie, qui s'est traduite, comme c'est généralement le cas, par un arrêt progressif, mais prématuré, du traitement. Les soins n'ont donc pas eu le succès que nous escomptions. Le problème a perduré et a donné lieu à toute une série de péripéties qu'il n'est pas opportun de relater ici.

Je veux insister sur le fait que, pour la famille, pour les proches, pour les amis, cette situation a été particulièrement pénible.

Aujourd'hui, je considère que la vie de ce garçon est gâchée. Il est dans une situation de souffrance particulière, car tout n'est que déceptions à ses yeux et il ne comprend pas pourquoi il en est là.

Il est en outre victime de violences beaucoup plus qu'il n'est auteur de violences : tout le monde peut en effet abuser de lui sans difficulté ; il est d'une grande naïveté et, par conséquent, il est une proie facile.

Mes chers collègues, si je vous raconte ce drame personnel, c'est surtout pour vous demander d'aborder ce débat dans un état d'esprit positif. Il me semble nécessaire aujourd'hui que nous examinions l'une après l'autre les dispositions que contient ce projet de loi pour déterminer celles qui sont utiles aux malades. Je souhaite vivement que nous appréhendions les questions sous-jacentes à ce texte en ayant le souci de penser d'abord aux malades et sans entrer dans d'autres considérations que, malheureusement, l'on a trop entendues.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Bravo !

M. Laurent Béteille. En tant que membre de la commission des lois, j'ai bien noté les propositions qu'a formulées Jean-René Lecerf. J'ai également pris connaissance d'un certain nombre de celles qu'a avancées la commission des affaires sociales. De mon point de vue, ce texte peut être amélioré et prévoir un meilleur contrôle, notamment juridictionnel.

J'espère sincèrement que toutes les dispositions qui permettront d'assurer un meilleur fonctionnement de la loi de 1990 seront adoptées au cours de cette discussion. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP, de l'Union centriste et du RDSE. – Mme Patricia Schillinger applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier.

Mme Anne-Marie Escoffier. Monsieur le président, avant de commencer mon intervention, je précise à l'attention de mon collègue que, à l'instar de certains des membres du groupe du RDSE, je m'inscris exactement dans cette démarche qui se veut généreuse et prend en compte les vrais besoins en soins de nos malades fragilisés.

Madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, certains l'ont souligné avant moi et d'autres le répéteront, la Haute Assemblée est confrontée à une situation inédite : après le travail en commission, qu'il s'agisse de la commission des affaires sociales saisie au fond ou de la commission des lois saisie pour avis, le texte qui nous revient et qui nous est aujourd'hui proposé est celui de l'Assemblée nationale, non amendé.

Comment ne pas regretter ce retour *ex ante*, qui ignore les longs et fructueux débats conduits par M. le rapporteur pour avis avec la rigueur et le talent qu'on lui connaît ? Je tiens ici à saluer la qualité extrême de son travail et je regrette, bien sûr, le sort réservé aux amendements proposés par la commission des lois et par la commission des affaires sociales que nous aurions dû voir intégrés aujourd'hui à ce texte. Je veux dire ma déception de ne pouvoir discuter d'un texte qui aurait pu être ainsi enrichi.

Madame la secrétaire d'État, je n'interviendrai que sur le volet judiciaire du présent texte, qui relève de la compétence de la commission à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir.

Ce projet de loi tend à définir un nouvel équilibre entre trois principes à valeur constitutionnelle : le droit à la protection de la santé, la protection de l'ordre public et la protection de la liberté individuelle. Il semble bien qu'il soit la conséquence directe d'un avis rendu par le Conseil constitutionnel le 26 novembre 2010, déclarant contraire à la Constitution l'article L. 337 du code de la santé publique, devenu son article L. 3212-7, qui ne soumet pas le maintien de l'hospitalisation d'une personne sans son consentement à une juridiction judiciaire, gardienne des libertés individuelles.

S'il est bien légitime que soient corrigées ces dispositions, nous pouvons néanmoins nous interroger sur l'ampleur du nouveau dispositif, qui répond une nouvelle fois à un fait d'actualité, ce que je regrette, sans qu'ait été pris le temps d'examiner toutes les incidences des choix opérés. En particulier, le hiatus semble grand entre les décisions prises notamment en termes de santé et leurs conséquences en matière judiciaire.

Je n'en veux pour preuve que les termes mêmes de l'avis du Conseil constitutionnel qui, statuant sur les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, indique : « 38. Considérant, en troisième lieu, que l'article L. 351 du code de la santé publique reconnaît à toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans quelque établissement que ce soit le droit de se pourvoir par simple requête à tout moment devant le président du tribunal de grande instance pour qu'il soit mis fin à l'hospitalisation sans consentement ; que le droit de saisir ce juge est également reconnu à toute personne susceptible d'intervenir dans l'intérêt de la personne hospitalisée ; [...] »

Ma question s'adresse à M. le garde des sceaux : pourquoi avoir généralisé cette mesure et systématisé le recours au juge judiciaire pour toutes les hospitalisations sous contrainte ?

Le système proposé met aujourd'hui en grande difficulté autant le milieu judiciaire que le monde des hôpitaux psychiatriques et les psychiatres eux-mêmes. Il suffit de voir et d'entendre les réactions nombreuses des professionnels pour mesurer leur désarroi.

Ce projet de loi trop complexe aurait dû en réalité faire l'objet de deux textes distincts, car il aborde des sujets spécifiques.

Je souhaite en particulier insister sur l'inquiétude des magistrats qui voient augmenter leur charge de travail de manière insupportable: l'étude d'impact elle-même a souligné l'absolue nécessité de créer des emplois dont on est en droit de savoir comment ils seront financés.

Ainsi, nous assisterons à la multiplication du nombre des cas soumis au contrôle judiciaire dans les quinze jours à compter de l'admission ou de la décision d'admission, à la multiplication du nombre des contrôles, eux-mêmes répétés tous les six mois, à la multiplication des expertises psychiatriques, qui nécessiteront le concours de collèges de soignants, dans un contexte médical dont on connaît la fragilité.

Des délais brefs seront imposés au juge, conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui seront très vite inacceptables. Des débats contradictoires devront être organisés entre le juge et les médecins, sans qu'il soit précisé de quels médecins il s'agit.

Le recours à la visioconférence sera difficile, sinon impossible à mettre en œuvre: cette mesure ignore manifestement l'organisation des hôpitaux psychiatriques et leur manque de moyens budgétaires pour mettre en place des équipements.

Mme Christiane Demontès. Absolument!

Mme Anne-Marie Escoffier. En conclusion, mais nous y reviendrons au cours de la discussion de ce texte, face à une intention louable, protéger des personnes fragilisées, le Gouvernement propose un dispositif dont la complexité ne pourra parfaitement garantir le respect d'aucun des trois principes républicains essentiels que nous avons rappelés.

Dans ces conditions, je veux être confiante dans le bon sens, la sagesse, le réalisme des membres du Gouvernement qui, j'en suis sûre, écouteront nos interrogations et nos inquiétudes, qui sont celles des personnes fragilisées et de leurs familles, pour donner toute priorité aux soins. (*Applaudissements sur certaines travées du RDSE, sur les travées du groupe socialiste, ainsi que sur quelques travées de l'UMP*)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, monsieur le rapporteur pour avis, mes chers collègues, dans le monde, 400 millions de personnes sont concernées par un trouble mental. À l'échelon national, presque un Français sur quatre souffre de nos jours d'une de ces formes de trouble; en outre, on observe que ce type de maladies touche de plus en plus de jeunes adultes et des personnes âgées. Cela doit nous faire prendre conscience que ces maladies affectent la vie de bon nombre de nos concitoyens, de tous âges et de toutes conditions, qu'elles détériorent parfois leur qualité de vie et met aussi souvent en danger leur insertion dans la société.

Peu de personnes souffrant de ces troubles en parlent publiquement. La santé mentale, c'est intime, caché, secret, tabou et les préjugés négatifs ont malheureusement la vie dure. Cela devient public lorsque l'expression du trouble et de l'angoisse commence à être trop intense, quand sont perturbés la vie familiale, le milieu du travail ou, plus généralement, la société. En effet, l'image du malade mental reste aux yeux du grand public très archaïque: celui-ci reste une personne imprévisible, dangereuse dont le placement en établissement psychiatrique est nécessaire pour qu'elle soit suivie et soignée.

L'objet de la psychiatrie est non pas le trouble mental, mais l'être humain souffrant de trouble mental. La société évolue et, pourtant, les « malades mentaux » ont été les moins écoutés

et les moins considérés du système de soins pendant longtemps, tant il est vrai que le trouble psychique inquiète toujours par son étrangeté, contribuant malheureusement à renforcer l'isolement de celui qui en souffre.

Montaigne n'écrivait-il pas en son temps: « On construit des maisons de fous pour faire croire à ceux qui n'y sont pas enfermés qu'ils ont encore la raison »? Or tout changement profond en santé mentale passe par un changement d'attitude de la société à l'égard de ces concitoyens.

M. Jacky Le Menn. Très bien!

M. Alain Milon. Selon les chiffres de l'Organisation mondiale de la santé, en vingt ans, nous passerons de 10 % à plus de 20 % de Français touchés par au moins une pathologie mentale. En trente ans, le nombre de dépressions déclarées a été multiplié par six. Il est donc bon de rappeler que tout le monde peut être concerné de près ou de loin par un trouble psychique.

M. Jacky Le Menn. Absolument!

M. Alain Milon. D'ailleurs, au cours de ces dernières années, le nombre de personnes suivies a très considérablement augmenté, que ce soit dans des structures publiques ou privées. Comme dans les autres domaines, des réformes sont nécessaires, car le chantier est, j'en suis convaincu, immense.

Madame la secrétaire d'État, parler de santé mentale, c'est parler de bien plus que de médecine, c'est aussi se préoccuper d'insertion et être attentif à l'accompagnement social des personnes concernées mais aussi à celui de leur entourage proche. C'est aussi déployer les moyens suffisants dont la psychiatrie a besoin; je pense en particulier à la formation et, plus encore, à celle des infirmiers psychiatriques.

Le champ de la santé mentale est donc particulièrement étendu, plus que ne l'est tout autre domaine de la santé: il recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale.

La santé mentale occupe une place considérable au sein de notre système de santé, du fait de la fréquence des troubles, mais aussi en raison d'une offre importante, mais insuffisante, en équipements et en personnels.

L'angoisse est partout aujourd'hui: il y a une explosion de la demande « psy » et l'on attend des spécialistes qu'ils répondent dans l'urgence. La consommation de psychotropes est très importante, puisque la sécurité sociale rembourse plus de 315 millions d'antalgiques et 122 millions d'hypnotiques et de tranquillisants. Certes, prescription ne signifie pas consommation, mais est-ce à dire que les Français ont mal, sont mal ou vont mal?

Par ailleurs, il est certain que les changements de repères structurants pour l'être humain, au sein tant de l'entreprise que de la société, se reflètent au niveau des troubles de la personnalité, avec une augmentation des affections de type *borderline*, diagnostic fréquemment retenu aujourd'hui.

Enfin, il convient de mentionner un autre changement: l'attitude du malade par rapport à la maladie. Autrefois très passif et sommé de suivre ce qui lui était imposé, il est devenu un partenaire et, si possible, un acteur de son traitement. La nécessité de l'information du patient est aujourd'hui un truisme et il faut aller plus loin dans son implication.

Il est vrai que le traitement est une démarche de longue haleine. Pour pouvoir traiter quelqu'un, il faut établir un lien avec lui, afin de pouvoir travailler ensemble, ce qui prend du

temps. C'est pourquoi l'examen de ce projet de loi semble être le signe d'une avancée, de la volonté de créer un climat de confiance, d'échange et, par conséquent, de protection. Néanmoins, je précise que, si l'on peut comprendre la volonté de renforcer la sécurité de nos concitoyens, il faut être conscient qu'elle nécessite la mise en place de moyens considérables, dont l'évocation est absente du présent texte.

On aurait pu espérer un texte de santé mentale beaucoup plus abouti que celui qui nous est proposé aujourd'hui. En ce qui concerne les moyens, il est en effet, je le répète, indispensable d'examiner aussi le volet santé. Quels moyens seront mis en place en termes de personnels soignants, qui forment une chaîne complète: médecins, psychiatres, et surtout infirmiers? Sur ce dernier point, quel effort sera fourni pour améliorer la formation de ces personnels, notamment les infirmiers psychiatriques dont j'ai demandé le rétablissement voilà déjà deux ans dans un rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé?

Je note toutefois que le projet de loi ajoute des étapes intéressantes dans la procédure de suivi des patients durant les tout premiers jours, étapes qui n'existent pas aujourd'hui et qui vont dans le sens d'une meilleure prise en compte des droits des malades. Mais j'espère que le psychiatre ne sera pas mis sous la tutelle du juge, qui est certes le protecteur des libertés, mais qui est un tiers dans la relation entre le médecin et le malade.

Il faut savoir donner du temps au temps. En effet, il est illusoire de penser que quelqu'un puisse sortir d'une dépression en quelques semaines seulement. Dans ce laps de temps, il est toujours envisageable de guérir les symptômes, mais si aucun travail n'est effectué sur le vécu du patient, une rapide rechute est à craindre.

La protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques est peut-être, avant tout, un état d'esprit, par lequel on montre que la vie a, en elle, quelque chose de formidable et de très intéressant. Parfois, il faut également savoir se confronter à la peur et constater que l'on dispose de toutes les ressources nécessaires pour la dépasser.

Ensuite, il convient de rappeler un principe essentiel: on ne laisse jamais un individu s'enfermer dans des comportements où il ne se nourrit pas; on ne le laisse pas, si possible, se marginaliser. Cependant, la question d'un référent demeure non résolue: les patients sont souvent relativement isolés, même s'ils sont bien entourés, et personne ne se sent autorisé à prendre la responsabilité de veiller à ce qu'ils ne s'enferment pas dans des conduites de refus. Nous touchons là l'un des problèmes essentiels de notre société, qui est certes dotée de moyens et d'informations très riches, mais qui souffre également d'une irresponsabilité généralisée.

De plus, au-delà de leur propre maladie, les patients souffrent bien souvent de troubles qui touchent à leur estime de soi et à leurs liens sociaux. En raison de la peur de la récurrence ou de la décompensation, ils tombent parfois dans les pathologies secondaires de la maladie que sont les stratégies d'adaptation, les échecs familiaux, les troubles cognitifs, les conduites antisociales et les échecs scolaires ou professionnels. Il faut apprendre aux patients à vivre avec et veiller à ne pas leur renvoyer en permanence des images non valorisantes.

Madame la secrétaire d'État, je suis favorable à une déontologie de l'information psychiatrique, afin de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients et d'apporter des réponses collectives, cliniques, médico-sociales et sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables.

De même, comme je l'avais souligné dans le rapport que j'avais établi au nom de l'OPEPS dont j'ai parlé tout à l'heure, il est nécessaire d'adapter l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population, de créer une spécialisation de niveau *master* pour les infirmiers et de renforcer les coopérations entre professionnels de santé mentale en développant la notion de réseau. L'un de mes amendements va dans ce sens.

La question des soins ambulatoires devrait également être abordée dans le cadre plus large d'une loi d'ensemble sur la santé mentale, car elle nécessite, par exemple, de réfléchir à l'organisation de réseaux de psychiatrie.

« N'ayez pas peur des fous! » Tel est le message que nous ont adressé, à chacun d'entre nous, des aumôniers d'établissements publics de santé mentale. Méfions-nous que, sous couvert de défendre la protection des droits des personnes malades, les soins sans consentement deviennent le modèle de soin psychique, faisant de l'exception, parfois nécessaire, la règle.

Comme le soulignaient également ces hommes d'église, sans nier la complexité des situations auxquelles nous sommes confrontés face à la maladie mentale, soyons prévoyants face au risque de disparition d'un modèle de psychiatrie, qui semble le plus pertinent. La psychiatrie institutionnelle a transformé des institutions aliénantes, quasi carcérales, pour en faire un des outils au service de la singularité du sujet ouvert sur la cité.

En matière de santé mentale, le politique est plus que jamais dans son rôle d'arbitrage. Il doit répondre à la question de savoir jusqu'où il peut aller pour faire avancer une question sensible sur un sujet aussi douloureux, tout en ne basculant pas dans une vulgarisation excessive, qui se traduirait par de mauvais choix politiques.

Il est temps de faire en sorte que la question de la santé mentale ne soit plus seulement l'affaire des spécialistes, mais constitue également une partie de notre conscience collective, plus éveillée. Au-delà de notre contribution, il nous faut refonder un investissement collectif sur ces sujets, c'est-à-dire trouver des points d'entrée convaincants et durables. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'Union centriste, ainsi que sur certaines travées du RDSE et du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Michel.

M. Jean-Pierre Michel. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, ce projet de loi aborde un sujet très délicat, qui se situe au confluent des enjeux de liberté publique et de sécurité publique. Cependant, il faut le dire d'emblée très clairement, il ne réussit pas à atteindre le point d'équilibre nécessaire entre ces deux impératifs, tel qu'il a été défini depuis longtemps par une jurisprudence constante du Conseil d'État.

Ce projet de loi est avant tout un texte sécuritaire,...

M. Jean Desessard. Oui!

M. Jean-Pierre Michel. ... dans lequel l'aspect médical peut être subordonné aux interventions, non seulement du préfet, mais aussi du juge.

Mon propos se limitera à l'irruption du judiciaire pour la protection des libertés publiques, qui ne sera en pratique le plus souvent qu'une illusion très difficile à mettre en œuvre, et qui n'apportera, à mes yeux, pas de garanties réelles.

M. Jacky Le Menn. Oui !

M. Jean-Pierre Michel. De quelles informations disposera le juge pour aller à l'encontre du diagnostic médical ? En effet, l'internement sans consentement, soit à la demande d'un tiers soit à la demande de l'autorité préfectorale, est avant tout un traitement pour le malade psychiatrique dont l'état est évolutif, avant d'être une mesure privative de liberté. Le juge va donc s'immiscer dans ce traitement pour en décider éventuellement l'arrêt.

C'est le Conseil constitutionnel, dont la pratique du terrain, de ses difficultés et de ses exigences est certainement très grande, qui nous oblige à légiférer sous contrainte ! (*Sourires.*)

D'ailleurs, depuis la dernière réforme de la Constitution, le Conseil constitutionnel entend se comporter comme une cour suprême. Encore faudrait-il que sa composition fournisse les garanties d'indépendance et d'impartialité qui caractérisent une telle instance. Or ce n'est pas le cas, même si ses membres sont honorables. Leur nomination est politique et, pour certains d'entre eux, il faut le dire, politicienne.

M. Guy Fischer. C'est bien vrai !

M. Jean-Pierre Michel. De plus, la présence des anciens présidents de la République ne fait que renforcer cet aspect. Qu'ils siègent ou non importe peu : il suffit qu'ils puissent siéger dans une affaire où ils pourraient emporter une majorité souhaitée.

Quoi qu'il en soit, le contrôle par le juge judiciaire peut se révéler difficilement praticable, comme d'autres dispositions du projet de loi.

En effet, les moyens sanitaires et judiciaires très importants qui seront requis par l'application de ce texte contrastent fortement avec les effectifs actuels, tant de la magistrature que des intervenants en psychiatrie, médecins et personnels infirmiers. À cet égard, l'étude d'impact n'apporte pas de réponse satisfaisante, bien au contraire.

Je voudrais d'ailleurs rappeler que, dans le rapport que Christiane Demontès, Gilbert Barbier, Jean-René Lecerf et moi-même avons consacré, voilà un an, aux troubles mentaux en milieu carcéral, nous n'avions pas retenu la solution imposée par le Conseil constitutionnel, qui ne nous avait pas semblé opportune, même si certains y avaient songé !

Déjà en 1978, l'article 40 de l'avant-projet de code pénal prévoyait de permettre à l'autorité judiciaire d'ordonner le placement puis la sortie de la personne atteinte de trouble mental. Cette solution avait finalement été écartée, car elle était très contestée, comme d'autres d'ailleurs. Elle tendait en effet à confondre le rôle du juge et celui du médecin.

Il n'en reste pas moins que l'intervention du juge, qui est obligatoire grâce au Conseil constitutionnel – très au fait des difficultés du terrain, ainsi que je l'ai déjà dit –, posera de nombreux problèmes qui ont été abordés, notamment par M. le rapporteur pour avis. Ce dernier a essayé, comme à son habitude, de les minimiser, mais le débat permettra peut-être de les approfondir et de les surmonter.

Je me bornerai donc à évoquer le point qui me paraît le plus crucial, à savoir les modalités d'intervention du juge.

De quel juge s'agit-il ? Le texte parle du juge des libertés et de la détention, qui est déjà submergé de travail et le sera encore plus avec la réforme de la garde à vue.

De plus, l'intervention du juge nécessitera la tenue d'une audience, avec un greffier, en présence d'un avocat, au sein de l'établissement hospitalier, du moins je le suppose. Les établissements concernés ont-ils déjà inscrit à leur budget les crédits nécessaires pour disposer, dès le mois d'août, de locaux permettant ces audiences, même s'ils ne sont pas somptueux, et l'entretien du malade avec son avocat ? Des financements sont-ils prévus par le ministère de la santé et les agences régionales de santé pour ces nouveaux investissements immobiliers ? J'en doute ! Quand on connaît la situation budgétaire des établissements hospitaliers aujourd'hui, qu'ils soient publics ou privés, on mesure bien les difficultés qui ne manqueront pas d'apparaître.

Ensuite, la possibilité pour le juge de demander une expertise – le juge ne se fierait pas forcément aux dires des médecins qui suivent le malade –, nécessitera de faire appel à des médecins extérieurs à l'établissement. Dans mon département, il faudra solliciter des experts se trouvant en dehors du ressort de la Cour d'appel, c'est-à-dire à Strasbourg, Nancy ou Dijon. Quel temps mettront-ils pour rendre leur expertise ? Ce délai doit-il être ajouté aux quatorze jours imposés par le Conseil constitutionnel ? Il me semble que oui, mais cela n'est pas évoqué dans le texte.

Par ailleurs, le juge devra rendre sa décision par l'intermédiaire d'une ordonnance, qui sera susceptible d'appel. Le texte prévoit une procédure totalement farfelue ; je pense, pour ma part, que l'appel devrait être interjeté selon la procédure de droit commun, c'est-à-dire devant la cour d'appel. Cet appel doit-il être suspensif ? Vraisemblablement. Le malade pourra-t-il sortir en cas d'appel de la décision du juge, par le préfet ou le ministère public, qui peuvent être représentés à l'audience ? Je le crois.

Pourquoi l'intervention du juge, qui est prévue pour les internements en hôpital, ne le serait-elle pas également pour contrôler l'application des soins ambulatoires sous contrainte, nouvelle modalité prévue dans le projet de loi qui ne sera peut-être plus là en fin de discussion ? Ce serait une bonne chose.

Le juge devrait également pouvoir, s'agissant d'un malade ayant fait l'objet d'une hospitalisation d'office antérieure, décider sa sortie en soins ambulatoires sous contrainte et contrôler la mise en œuvre de cette mesure, à intervalles réguliers à définir.

Enfin, le juge judiciaire devrait pouvoir statuer sur l'arrêté même d'internement émanant du représentant de l'État, comme l'a proposé, je le crois, la commission des lois. Or le texte a prévu que cet arrêté d'internement relève du juge administratif. C'est une complication supplémentaire ajoutée à une procédure déjà très compliquée.

Le Conseil constitutionnel a admis que la loi puisse organiser des blocs de compétences. En l'occurrence, ceux-ci doivent être réalisés, me semble-t-il, au profit des juges judiciaires.

Ce texte – je le répète, car c'est l'un de mes « dadas » – nous permet une nouvelle fois de percevoir la complication extrême de notre système juridique, à savoir l'existence de deux ordres de juridiction parallèles, la juridiction administrative et la juridiction judiciaire, qui ne se rencontrent jamais sauf, éventuellement, au niveau du Tribunal des conflits.

Certes, le Conseil constitutionnel a estimé en 1987 que ces deux ordres de juridiction avaient une base constitutionnelle ; je pense que c'est un bon sujet de méditation pour une prochaine modification de notre Constitution, certainement plus adéquate que l'introduction, dans la norme suprême, de l'équilibre des finances locales que nous présente actuellement le Gouvernement.

Mon collègue Jacky Le Menn vous a exposé la position de notre groupe sur ce texte. Vous comprendrez que la pseudo-garantie judiciaire n'y change rien : nous sommes résolument contre ce projet de loi ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, nous sommes face à un projet de loi qui privilégie le sécuritaire au détriment du sanitaire.

Ce qui nous divise profondément dans le traitement de ce sujet, madame la secrétaire d'État, c'est notre conception, notre approche de la folie. Faut-il avoir peur des fous ? Faut-il punir ou guérir ? Et comment guérir ? Par la parole ou par la seringue ?

Votre projet de loi, madame la secrétaire d'État, s'inspire d'une vieille représentation populaire, celle du fou dangereux, du fou errant, et ne s'intéresse pas à la souffrance psychique de milliers de Français.

Ce texte ne s'appuie en rien sur la réalité clinique du soin en psychiatrie. (*M. Paul Blanc s'exclame.*)

Votre souci n'est pas que la loi soit appliquée – sinon vous auriez prévu davantage de moyens –, encore moins d'améliorer la situation de ceux qui auront à en subir les effets. Non, ce projet de loi ne sert qu'à afficher la force de l'État-gendarme.

M. Paul Blanc. N'importe quoi !

M. Jean Desessard. Une fois de plus, la loi dénigre un corps professionnel : après les policiers, les enseignants, les chercheurs, les magistrats, ce sont, aujourd'hui, les personnels hospitaliers.

Était-ce si compliqué de s'appuyer sur les avis des psychiatres quand on prétend réformer la psychiatrie ?

Au lieu de cela, le chef de l'État et le Gouvernement se sont emparés du sensationnel – un fait divers dramatique – pour mieux entretenir une logique sécuritaire et répressive des politiques publiques.

Dans ce projet de loi, on se préoccupe peu des conditions d'accueil des malades, de la formation pour les professionnels, et encore moins des budgets pour l'ensemble de la psychiatrie. Un véritable projet de loi sur l'organisation de la santé mentale défendrait le secteur. Ce n'est pas le cas ici.

En filigrane, on retrouve votre refus de la prise en considération des problèmes sociaux des patients, l'obligation de soins désignée comme la seule réponse efficace et le médicament comme seul soin fiable.

L'idée de ce texte, c'est de garantir non la sûreté des malades mais celle des non-malades.

Vers quelle dérive allons-nous si la question du trouble à l'ordre public prédomine sur la préoccupation de la qualité des soins ? Si au lieu d'examiner la situation des 82 % de malades qui choisissent l'hospitalisation libre, on préfère se concentrer sur la minorité qui est hospitalisée sous contrainte ?

Selon vous, il est préférable d'enfermer un malade, même s'il n'est pas dangereux, plutôt que de courir un risque à l'extérieur. Étant donné le manque de moyens, on ne peut pas enfermer tout le monde à l'hôpital psychiatrique ; donc, on va enfermer les gens chez eux !

Vous allez tenter d'imposer un contrôle social généralisé de la normalité des comportements, sans même vous poser la question de l'applicabilité d'un tel objectif.

Ce projet de loi tend à introduire la rupture du lien entre le soignant, le soigné et son entourage, en mettant en place une défiance généralisée, sans s'appuyer sur la compétence des équipes soignantes.

Un véritable dialogue doit aboutir à des décisions de soin prises avec le patient et non contre sa volonté. Vous vous en remettez au pouvoir de la chimie, des injections, au détriment de la thérapie par la parole. (*MM. Paul Blanc et Alain Milon protestent.*)

Ce texte va produire l'inverse de l'effet escompté.

Alors, qu'aurions-nous souhaité, nous qui attendons depuis presque quinze ans la modernisation de la loi de 1990 ?

Premièrement, un bilan de cette loi aurait permis un recul critique, un progrès. Nous aurions également souhaité que les vingt-deux mesures d'urgence réclamées par les états généraux de la psychiatrie de 2003 soient prises en compte.

Les écologistes, avec d'autres, souhaitent ouvrir les hôpitaux à la cité, en mettant en place des structures ouvertes, plus diverses et qui communiquent avec l'extérieur, en améliorant l'offre d'hôpitaux de jour, de structures alternatives comme les appartements thérapeutiques, en autorisant davantage de sorties d'essai.

Il faut aussi rendre l'hôpital plus attractif pour les jeunes diplômés et améliorer la formation, car le besoin de personnel soignant est cruel.

Enfin, il faut impérativement favoriser l'hospitalisation libre. La contrainte ne doit pas être systématisée.

En 2009, le Gouvernement a alloué 70 millions d'euros aux hôpitaux psychiatriques. Ils ont servi à mettre plus de barreaux aux fenêtres et de caméras de surveillance... Pire, interdiction a été donnée aux directeurs d'hôpitaux d'utiliser ces moyens pour d'autres objectifs, alors que, depuis dix ans, 50 000 lits ont été supprimés !

Vous l'aurez compris, nous ne sommes pas de ceux qui veulent faire des économies de moyens et n'apporter que le médicament et la contention comme réponses aux patients.

À l'heure actuelle, les hôpitaux fonctionnent à flux tendus. Faute de place, certaines personnes qui voudraient être hospitalisées librement passent par des hospitalisations à la demande de tiers. Le directeur d'établissement est alors contraint de faire sortir un patient, qui peut encore avoir besoin de soins, pour en laisser entrer un autre. C'est insupportable !

Alors, avec le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « nous disons que tout cela est insupportable », car la logique de l'enfermement tire tout le monde vers le bas.

Les sénatrices et sénateurs d'Europe Écologie-Les Verts sont indignés par ce texte !

Madame la secrétaire d'État, à vous embourber dans le tout sécuritaire, à persévérer dans le fantasme du risque zéro, vous ne réglerez rien, sauf à attiser la peur du malade et à rendre encore plus difficile le travail des équipes médicales et des magistrats.

Vous l'aurez compris, nous sommes opposés à ce texte. En guise de conclusion, je vous rappelle que la liberté aussi est thérapeutique ! (*Applaudissements sur certaines travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Paul Blanc. C'est affligeant !

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

La discussion générale est close.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En écoutant les intervenants des différents groupes, je suis moi aussi affligée. Après le témoignage poignant de l'un de vos collègues, la lecture caricaturale que vous faites de ce texte n'est pas à la hauteur !

Nous prévoyons une alternative à l'enfermement, nous sommes particulièrement attentifs aux patients afin de les remettre en liberté et non plus uniquement les enfermer, afin de leur proposer une prise en charge moderne en ambulatoire, de rester dans leur environnement, auprès de leur famille, et vous taxez ce projet de loi de sécuritaire et liberticide !

Nous évoquons de nouvelles modalités d'accueil thérapeutique, notamment dans la rue où j'ai pu constater qu'il était possible, avec des équipes mobiles, de prendre en charge des personnes désocialisées, et vous nous parlez de piqûres et d'injections !

Votre lecture du projet de loi est complètement biaisée. Ce texte a pour objet, dans l'intérêt des malades, de proposer une nouvelle forme de soins. Pourquoi la prise en charge ambulatoire, qui est possible pour le cancer, le diabète, le VIH, les maladies infectieuses et autres, serait-elle interdite en psychiatrie, alors que c'est une forme moderne répondant aux attentes des usagers et des familles ?

Cette lecture caricaturale du texte m'afflige. Vous êtes vraiment très loin de ses objectifs, en tout cas de la volonté du Gouvernement de moderniser la loi du 27 juin 1990 pour l'adapter aux nouveaux besoins et aux nouvelles formes de prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Exception d'irrecevabilité

M. le président. Je suis saisi, par Mme Borvo Cohen-Seat, M. Fischer, Mmes Pasquet, David et Hoarau, M. Autain et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, d'une motion n°83.

Cette motion est ainsi rédigée :

En application de l'article 44, alinéa 2, du Règlement, le Sénat déclare irrecevable le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (n° 361, 2010-2011).

Je rappelle que, en application de l'article 44, alinéa 8 du règlement du Sénat, ont seuls droit à la parole sur cette motion l'auteur de l'initiative ou son représentant, pour quinze minutes, un orateur d'opinion contraire, pour quinze minutes également, le président ou le rapporteur de la commission saisie au fond et le Gouvernement.

En outre, la parole peut être accordée pour explication de vote, pour une durée n'excédant pas cinq minutes, à un représentant de chaque groupe.

La parole est à Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, auteur de la motion.

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, chers collègues, le règlement veut que la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité soit défendue après la clôture de la discussion générale. Cette règle, je le répète, me semble un peu bizarre. Peut-être faudra-t-il, un jour, la modifier. Cela étant dit, madame la secrétaire d'État, votre réponse n'était guère convaincante et ma défense de la motion d'irrecevabilité ne s'en trouvera pas gênée.

Pourquoi cette motion d'irrecevabilité ?

Tout d'abord, il faut savoir dire « non » à une politique dont la déclinaison sécuritaire dans tous les domaines est inquiétante et cache la dégradation tout aussi inquiétante des politiques publiques, en l'occurrence en matière de santé et particulièrement de santé mentale.

Ce projet de loi – le législateur est habitué à cette pratique – était annoncé par le discours du Président de la République à Antony, le 2 décembre 2008, qui peut se résumer ainsi : à la suite d'un épouvantable fait divers, le Président de la République « se faisait fort » d'empêcher que cela ne se reproduise, en généralisant la contrainte et l'enfermement.

Mme Christiane Demontès. Absolument !

Mme Nicole Borvo Cohen-Seat. Le rapporteur pour avis de la commission des lois prend soin de dire qu'il faut éviter tout amalgame entre troubles psychiatriques, délinquance et dangerosité, et de rappeler que c'était le cas dans le projet initial de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, sur lequel la majorité avait été obligée de « surseoir ».

D'ailleurs, notre rapporteur étaye son propos en précisant que les individus souffrant de troubles mentaux sont très rarement impliqués dans des actes de violence à l'égard de tiers – dans 3 % des actes de violence grave, me semble-t-il –, sont plus souvent victimes qu'auteurs des violences, soit sept à dix-sept fois plus que l'ensemble de la population, et sont souvent aussi, hélas ! auteurs de violences sur eux-mêmes, qu'il s'agisse de mutilations ou de suicides.

Pourtant, le texte qui nous est proposé est centré sur le faible nombre de patients susceptibles de présenter un danger pour autrui, non pas pour s'intéresser spécifiquement à eux, mais pour édicter des mesures concernant l'ensemble des personnes atteintes de troubles psychiques, soit plusieurs centaines de milliers.

Or pour l'ensemble des malades et de leurs familles, pour la société et, en l'occurrence, pour le législateur, la question qui se pose est celle de la dégradation de la psychiatrie, des moyens de l'hôpital public et de l'abandon de la psychiatrie de secteur.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cité par notre collègue, a récemment critiqué avec sévérité l'état des lieux actuel de l'hospitalisation psychiatrique et les effets

du parti pris uniquement sécuritaire des pouvoirs publics, à savoir « le grand retour de l'enfermement pour tous les malades », par peur : peur des professionnels, les psychiatres, et peur des préfets, rappelés à leur responsabilité directe par une circulaire de 2010.

Il faut dire stop !

Les psychiatres, au-delà de leurs divergences – elles existent –, les personnels, tous ceux qui sont concernés – les malades, les familles, les associations – demandent une grande loi de santé mentale digne de notre époque.

Permettez-moi de rappeler les propos que tenait Lucien Bonnafé en 1985, propos toujours ô combien actuels : « Je pense que la loi qui se substituerait à la loi de 1838 devrait concerner l'organisation d'une médecine publique préventive et curative, ouverte à tous, mais particulièrement adaptée aux besoins des catégories de personnes que leur âge, leur maladie ou leur dépendance ne mettent pas toujours en mesure de prendre elles-mêmes l'initiative d'actions préventives ou de soins que leur état exige : malades mentaux, vieillards, enfants et adolescents, sujets soumis à la dépendance d'une drogue. »

Ce projet, rêvé, mais qui n'a jamais été mis en œuvre, est à la fois d'une grande actualité et tellement précurseur. Lucien Bonnafé précisait ainsi à l'article 1^{er} du projet de loi qu'il imaginait : « L'autorité judiciaire ainsi saisie ayant tout pouvoir d'exercer les contrôles qu'elle estime utiles et d'imposer l'arrêt des traitements imposés et de la limitation des libertés, sous réserve d'entendre le malade lui-même, le médecin et, plus largement, ceux qui participent aux soins et aux contraintes, et l'entourage. »

Ce que vous nous proposez aujourd'hui est aux antipodes de ce qu'imaginait Lucien Bonnafé.

Aussi, après le refus général de légiférer à contresens sur la santé mentale, permettez-moi de dire, madame la secrétaire d'État, que le texte du Gouvernement continue de poser de sérieux problèmes de libertés. Je dis « continue », parce que le Gouvernement a dû modifier son projet de loi initial pour tenir compte, contraint et forcé, de la décision rendue par le Conseil Constitutionnel en novembre 2010 imposant l'intervention du juge des libertés et de la détention. Il a dû réviser, par lettre rectificative, le contenu du texte.

Or, si le Gouvernement tient compte de l'impératif posé par les juges constitutionnels d'une révision législative avant le 1^{er} août 2011, il ignore le constat formulé en filigrane par le Conseil constitutionnel, à savoir que les soins psychiatriques pratiqués sous contrainte sont d'abord et avant tout des mesures privatives de liberté. Or votre texte, madame la secrétaire d'État, renforce considérablement tous les aspects des soins sous contrainte !

Comme le dit la Commission nationale consultative des droits de l'homme : « L'hospitalisation complète sans consentement devient l'une des phases ou modalités d'un parcours de soins sans consentement impliquant des obligations ou contraintes qui peuvent s'exercer en établissement, mais aussi hors des murs, au domicile ou dans d'autres lieux de vie, comme par exemple dans une habitation protégée ou dans une maison de retraite. »

Le malade passe par une sorte de garde à vue psychiatrique de soixante-douze heures, au terme de laquelle soit il demeure en hospitalisation contrainte, soit il est placé en soins ambulatoires sans consentement.

Dans le même temps, le projet de loi renforce l'hospitalisation sans consentement puisqu'il ajoute à l'hospitalisation contrainte et à l'hospitalisation à la demande d'un tiers, l'hospitalisation en l'absence de tiers, en cas de « péril imminent ».

On voit bien le sens de cette réforme : il s'agit de renoncer à une politique de secteur – la preuve en est que les moyens des secteurs ont disparu – et de renforcer le contrôle social par la contrainte, avec à la clé de nombreux problèmes, par exemple en ce qui concerne les soins ambulatoires sous contrainte, que vous semblez considérer, madame la secrétaire d'État, comme étant la panacée.

Vous tentez de gagner la confiance des familles, dont on comprend les souffrances, en leur affirmant que des protocoles rigoureux seront mis en œuvre. En réalité, il n'en est rien, comme l'atteste l'article 2 de ce projet de loi : en effet, bien qu'il y soit question d'un suivi thérapeutique, aucun n'en est organisé. Nous connaissons d'avance le seul protocole qui sera suivi : le non-respect du parcours de soins imposé aux patients, c'est-à-dire principalement le traitement médicamenteux, entraînera *de facto* l'intervention d'une équipe. Il s'agira non pas d'une équipe médicale ayant pour mission de tenter de rétablir la relation indispensable entre le patient et le soignant, mais d'une équipe médicale d'urgence, accompagnée, le cas échéant, des forces de l'ordre. Sa mission sera, au choix, d'injecter de force le traitement au patient ou de le conduire vers un nouvel établissement, où il sera de nouveau privé de sa liberté.

Ce dispositif n'est pas sans rappeler la rétention de sûreté. Vous faites comme si le patient était libre de refuser son traitement. Or ce refus entraîne immédiatement l'application d'une mesure privative de liberté !

Comme le soulignait Robert Bennett : « Si vous arrivez à contrôler le processus du choix, vous pouvez contrôler tous les aspects [d'une] vie ». Voilà comment, dans les faits, vous contraigniez les patients à opter pour un renoncement ou pour un autre : soit ils renoncent à leur liberté de mouvement, soit ils renoncent à un parcours thérapeutique construit, élaboré en collaboration avec l'équipe médicale. Nous comprenons les associations de parents ou de proches de personnes atteintes de troubles mentaux qui cherchent des solutions, mais le retour au domicile sans aucune forme d'accompagnement médical n'est pas la bonne solution, ni pour eux ni pour les malades, sauf à considérer que, un jour, les familles seront responsables du suivi par les malades de leur traitement...

Vous réduisez la psychiatrie au traitement de la crise, plus d'ailleurs dans un souci d'ordre public – soyons francs – que dans l'intérêt du malade. J'en veux pour preuve la circulaire mettant en place les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération, les SROS 3, en psychiatrie : elle prévoyait clairement que la mission de la psychiatrie était de dépister les troubles et de mettre en place un traitement ou de traiter la crise, puis de passer la main au médecin généraliste.

J'en viens au contrôle de la privation de liberté, c'est-à-dire aux droits des patients, soit des centaines de milliers d'hommes et de femmes qui souffrent de troubles psychiatriques.

Le projet de loi ne manque évidemment pas de rappeler les droits et les possibilités de recours des malades – le Conseil constitutionnel veille ! Mais nous le savons, et le Contrôleur des lieux de privation de liberté l'a largement signalé, l'exercice de ces droits par des personnes moralement fragilisées et privées de contact avec des tiers est quasiment impossible.

Or le contrôle par le juge judiciaire au-delà de quinze jours que vous avez été obligés d'instituer est loin d'être conforme aux préconisations du Conseil constitutionnel en général, qui réclame une intervention dans un « délai le plus court possible, habituellement estimé à quarante-huit heures ». Alors que la période obligatoire d'observation de soixante-douze heures s'apparente à une garde à vue psychiatrique, le malade est loin de disposer des mêmes garanties que celles qui sont imposées aujourd'hui pour la garde à vue!

Par ailleurs, la question d'une intervention *a priori* du juge des libertés et de la détention méritait d'être posée, ce qui est loin d'être le cas.

De même, il est peu acceptable que le contrôle du juge judiciaire, qui se prononce – certes tardivement – après un délai de quinze jours en cas d'hospitalisation contrainte, ne porte pas du tout sur les soins ambulatoires sous contrainte.

Autre sujet de préoccupation : ce projet de loi opère un renversement des rôles entre autorité administrative et autorité médicale.

Les soignants deviennent des auxiliaires de police, puisqu'ils ont comme priorité la lutte contre les troubles à l'ordre public.

Quant aux préfets, ils se voient confier des pouvoirs supplémentaires, y compris dans le champ médical. Ainsi pourraient-ils désormais décider, contre l'avis du corps médical, de prolonger l'hospitalisation complète et sans consentement d'un malade hospitalisé d'office.

Les préfets pourront donc effectuer des choix à vocation thérapeutique sans avoir la formation adéquate, à moins que ces éventuelles décisions ne revêtent en réalité un aspect uniquement sécuritaire? Si tel devait être le cas, il s'agirait évidemment d'une violation manifeste de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui a un caractère constitutionnel.

De la même manière, ce projet de loi renforce considérablement le processus applicable aux sorties thérapeutiques en substituant à une autorisation tacite du préfet une autorisation expresse. S'il n'était pas illégitime que le préfet soit informé de telles sorties, il n'est en revanche pas acceptable qu'il puisse s'y opposer, sa non-réponse étant une présomption de refus. Or ces sorties ont une vocation médicale et font pleinement partie du processus de soins. Il s'agit, selon l'article L. 3211-11 du code de la santé publique, de « favoriser [la] guérison, [la] réadaptation ou [la] réinsertion sociale » des personnes ayant fait l'objet « d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office ».

Si l'appréciation de l'état de santé mentale de la personne relevait jusqu'à présent des seuls médecins, tel ne sera plus le cas si ce projet de loi est adopté, car il légalise la circulaire du 11 janvier 2010, signée à la fois par le ministre de la santé et celui de l'intérieur.

Ajoutons que l'acceptation ou le refus de sortie par le préfet n'est pas susceptible de recours pour excès de pouvoir. Ce n'est pas acceptable!

Nous considérons également que le « casier psychiatrique » n'est conforme ni au principe du secret médical ni aux libertés fondamentales. Celui-ci est censé permettre aux préfets d'interrompre ou non l'hospitalisation sous contrainte. La circulaire susmentionnée préfigurait d'ailleurs cette situation, puisqu'elle exigeait que les circonstances de l'hospitalisation – dates, antécédents d'hospitalisation d'office – soient relatées.

Ce casier tend à faire croire que la psychiatrie est une médecine prédictive. Ceux qui défendent cette théorie font mine de croire, ou veulent faire croire, qu'il serait possible de deviner le comportement d'une personne malade sur le seul fondement d'un historique. Ils ne croient pas à la notion de guérison ni même à celle d'évolution. Cela fait écho à la théorie du criminel-né de Lombroso : certains seraient nés pour devenir criminels.

Ce fichier, qui donne plus de prérogatives aux préfets, crée ainsi, discrètement, mais sûrement, une nouvelle police : la « police sanitaire », la famille et les médecins devenant tout à tour des délateurs éventuels et des auxiliaires de police.

Au surplus, le projet de loi prévoit que le recours engagé contre la décision du juge des libertés et de la détention de lever la mesure d'hospitalisation complète sera suspensif. Or l'effet non suspensif des recours est un principe de portée générale ; il a un caractère fondamental, en liaison étroite avec la présomption de légalité des actes administratifs dont résulte leur force exécutoire immédiate. Cette dérogation est largement attentatoire aux droits des personnes.

Enfin, il n'est pas acceptable de proposer le recours à la visioconférence dans les rapports entre le juge et les personnes hospitalisées en psychiatrie. Indépendamment de la question des moyens, comment osez-vous seulement penser à une pareille mesure?

Ce projet de loi, mes chers collègues, est nourri par la défiance à l'encontre des médecins, que l'on oppose aux citoyens, et la peur, alimentée notamment par les discours de ceux qui voudraient nous faire croire à une société sans risques.

Le poète portugais Alexandre O'Neill a écrit : « Je pense à tout ce que la peur va posséder et j'ai peur, c'est justement ce que la peur attend de moi ». Je refuse que cette peur, instrumentalisée à dessein, l'emporte sur la raison, qu'elle se nourrisse sans raison d'elle-même, qu'elle gagne sur les libertés individuelles et sur l'humanité.

Je vous invite donc, mes chers collègues, à refuser cette vision désespérante de l'autre et à voter cette motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur cette motion. (*Exclamations amusées sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. Guy Fischer. Bravo! Continuez...

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Mes chers collègues, tout au long de ce débat, je donnerai à la fois l'avis de la commission et mon avis personnel. N'y voyez pas là un symptôme de schizophrénie ; je serai plutôt un Janus à deux faces!

Selon moi, ce projet de loi n'est pas inconstitutionnel, bien au contraire : l'un de ses objets essentiels est de mettre le droit relatif à l'hospitalisation sans consentement en conformité avec la décision du Conseil constitutionnel en date du 26 novembre 2010.

À titre personnel, je vous demande donc, mes chers collègues, de rejeter la motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix la motion n° 83, tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité.

Je rappelle que l'adoption de cette motion entraînerait le rejet du projet de loi.

J'ai été saisi de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, du groupe CRC-SPG, et l'autre, du Gouvernement.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 203 :

Nombre de votants	338
Nombre de suffrages exprimés	334
Majorité absolue des suffrages exprimés	168
Pour l'adoption	149
Contre	185

Le Sénat n'a pas adopté.

9

SOUHAITS DE BIENVENUE À UNE DÉLÉGATION DE SÉNATEURS DE LA RÉPUBLIQUE TCHÈQUE

M. le président. Madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, il m'est agréable de saluer la présence, dans notre tribune d'honneur, d'une délégation de sénateurs de la République tchèque (*Mmes et MM. les sénateurs se lèvent*) conduite par M. Miroslav Antl, président de la commission des lois et des affaires constitutionnelles. La délégation a été accueillie au Sénat par notre collègue Patrice Gélard, vice-président du groupe d'amitié France-République tchèque.

Cette visite marque la poursuite de la coopération parlementaire entre nos deux pays.

Au nom du Sénat de la République, je souhaite la bienvenue à nos collègues sénateurs et je forme des vœux pour que leur séjour en France contribue à renforcer les liens d'amitié entre nos deux pays. (*Applaudissements.*)

10

SOINS PSYCHIATRIQUES

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Nous poursuivons l'examen des motions.

Question préalable

M. le président. Je suis saisi, par Mme Demontès, MM. Le Menn, Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, d'une motion n°1.

Cette motion est ainsi rédigée :

En application de l'article 44, alinéa 3, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (n° 361, 2010-2011).

Je rappelle que, en application de l'article 44, alinéa 8, du règlement du Sénat, ont seuls droit à la parole sur cette motion l'auteur de l'initiative ou son représentant, pour quinze minutes, un orateur d'opinion contraire, pour quinze minutes également, le président ou le rapporteur de la commission saisie au fond et le Gouvernement.

En outre, la parole peut être accordée pour explication de vote, pour une durée n'excédant pas cinq minutes, à un représentant de chaque groupe.

La parole est à Mme Christiane Demontès, auteur de la motion.

Mme Christiane Demontès. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, monsieur le rapporteur pour avis, mes chers collègues, la santé mentale, nous l'avons encore constaté cet après-midi, est un sujet humainement et médicalement sensible.

Concept large, elle recouvre, selon l'Organisation mondiale de la santé et l'Union européenne, trois dimensions : les troubles mentaux tels que les troubles psychotiques, la détresse psychologique ou souffrance psychique, qui traduit un état de mal-être, enfin, la santé mentale positive qui conditionne une existence réussie.

Ces trois dimensions sont évolutives, comme cela est souligné dans le rapport du groupe de travail présidé par Viviane Kovess-Masféty, du Centre d'analyse stratégique : c'est l'ensemble « des grands intégrateurs ou domaines de la vie collective que sont l'école, la famille, le quartier de résidence, etc. qui est désormais perçu de manière ambivalente dans leur contribution positive et négative au bien-être ».

En d'autres termes, dans une société qui place les capacités concurrentielles, d'innovation et d'adaptation au centre de son économie, et qui, dans le même temps, fait l'apprentissage d'une hétérogénéité sociale et culturelle renouvelée, la santé mentale est devenue un point essentiel et médiatisé.

Le texte que nous examinons ne concerne, cela a déjà été dit, que les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement. Il s'agit d'une portion infime des 20 % de nos concitoyens qui sont, à des degrés divers, concernés par les troubles mentaux. Ainsi, 1,3 million d'entre eux sont pris en charge, dont 70 % en ambulatoire – vous l'avez rappelé, madame la secrétaire d'État –, et 1 % de notre population, soit 600 000 personnes, souffre de schizophrénie.

Les pathologies psychiatriques sont la première raison de l'attribution d'une pension d'invalidité. Elles sont le second facteur médical d'arrêt de travail, et leur prise en charge globale représente de 3 % à 4 % du PIB européen. C'est dire l'importance sociale, économique mais surtout humaine que revêt la question de la santé mentale.

Ce texte ne concerne donc qu'une partie minime de cette population en souffrance, soit environ 70 000 personnes qui, chaque année, sont hospitalisées sans consentement, à la demande d'un tiers ou en hospitalisation d'office.

Ce chiffre est en France, selon les périodes considérées, deux à quatre fois plus élevé qu'au Royaume-Uni et deux fois plus important qu'en Italie pour des populations à peu près similaires. Notre pays est l'État européen qui fournit à la Cour européenne des droits de l'homme le plus grand nombre de contentieux relatifs à la psychiatrie.

Ajoutons à ce court bilan – et ce n'est pas la moindre des dimensions –, que les familles et l'entourage sont souvent en prise directe avec ces souffrances et éprouvent aussi bien des difficultés.

L'ensemble de ces données doit nous inciter à nous interroger sur notre faible capacité à dialoguer, à trouver des solutions alternatives à cette extrême violence – même si elle est parfois incontournable – qu'est l'hospitalisation sans consentement.

Cette forme de prise en charge spécifique s'inscrit depuis la loi fondatrice de 1838, réformée par la loi de 1990, dans un régime dérogatoire. À la demande d'un tiers ou en raison d'un trouble grave à l'ordre public, ou bien encore du fait d'une mise en cause de la sécurité des personnes et dans leur intérêt propre, ces patients sont les seuls malades pour lesquels la loi autorise un maintien à l'hôpital sans leur consentement.

Je rappelle que le texte de la loi de 1990 disposait qu'elle devait être révisée cinq ans après son adoption. Vingt ans après, toujours rien...

Le projet de loi qui devait nous être présenté l'automne dernier avait pour ambition affichée de réformer la loi du 27 juin 1990, que les familles comme les professionnels jugeaient nécessaire de modifier, car elle était en décalage avec la lettre et l'esprit de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Nous avons espéré travailler sur une grande loi de santé mentale comme l'avait promis la ministre de la santé de l'époque, Mme Bachelot, à l'occasion de l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST.

Affirmer que la psychiatrie française est en grande souffrance est un euphémisme. Notre collègue Alain Milon, dans son rapport de 2009 sur la prise en charge psychiatrique en France, jugeait son état « des plus inquiétants ». Mais

comment en serait-il autrement lorsque la politique constante de ces dernières années a été de fermer plus de 55 000 lits sans que des structures alternatives de prise en charge telles que des appartements et/ou des centres d'accueil thérapeutiques aient été ouvertes ?

Comment ce secteur de la santé publique pourrait-il bien se porter quand le mot d'ordre est d'effectuer des hospitalisations de plus en plus courtes avec, pour corollaire, l'éviction de patients non encore stabilisés et qui ne savent pas où aller ?

Et que dire de l'impact de ces décisions sur la qualité de notre système de prise en charge et de soins, alors que près de 10 % des effectifs de soignants ont disparu en cinq ans, que les parents qui recherchent une place en hôpital de jour n'en trouvent pas, et que les demandes de rendez-vous sont satisfaites parfois des mois après leur formulation ?

Nous sommes face à un système au bord de l'éclatement qui, malgré la qualité de l'ensemble des personnels, notamment des soignants, génère bien souvent désespoir et sentiment d'abandon.

L'urgence d'une grande loi sur la santé mentale est une évidence qui n'est toujours pas satisfaite. À la place, le Gouvernement, contraint par la décision prise le 26 novembre dernier par le Conseil constitutionnel, présente au Sénat un texte à l'architecture et à la cohérence précaires nonobstant son accent sécuritaire.

Plus que jamais, et quoi que vous en disiez, madame la secrétaire d'État, le fonds de commerce de la crainte, de la stigmatisation et de l'exclusion a pris le pas sur les considérations sanitaires. Je dis plus que jamais, parce qu'en 2004 le ministre de l'intérieur avait eu l'intention, cela a été dit par M. Desessard, de réformer l'hospitalisation sous contrainte *via* une loi de prévention de la délinquance. Cet amalgame avait été jugé légitimement scandaleux, à tel point qu'il a été contraint de retirer son texte ! Mais devenu Président de la République, il a, au détour d'un drame, réitéré. Comment ne pas se souvenir du discours d'Antony, de l'annonce de la multiplication des chambres d'isolement, des contrôles préfectoraux sur les sorties et des bracelets électroniques pour les malades ? L'amalgame entre malade, délinquant, prévenu, détenu est donc de mise au plus haut niveau de l'État.

Dès lors, comment être surpris que ce projet de loi ait réussi le tour de force de faire presque l'unanimité des professionnels et d'un grand nombre de familles contre lui ?

Ce texte a donc bien pour objet de constituer une réponse à cette dimension complexe et centrale qu'est le soin sans consentement.

Il s'inscrit dans une triple problématique.

La première a trait à l'évaluation des risques que présente le malade, la seconde aux soins et à l'amélioration qu'ils apportent à son état de santé. Enfin, par voie de conséquence, est posée la question du maintien ou non en hospitalisation sans consentement.

Ces dimensions nous permettent de saisir combien ce texte est appréhendé sous le sceau de la sécurité publique et non sous celui de la santé publique.

Pour la première fois depuis l'entrée en vigueur de la révision constitutionnelle, aucun texte n'a été adopté par la commission des affaires sociales du Sénat. Nous examinons donc le texte de l'Assemblée nationale, qui demeure trop peu protecteur quand sa vocation sécuritaire persiste. Son architecture est déséquilibrée, et son contenu très insuffisant.

Une des sources principales de ce déséquilibre réside dans le fait que le texte ne s'inscrit pas toujours dans la même logique. Il en est ainsi de la judiciarisation du parcours de soins. Elle est de mise notamment *via* le contrôle systématique, par le juge des libertés et de la détention, des hospitalisations sous contrainte au bout de quinze jours, puis de six mois. Il en va de même s'agissant du respect des principes généraux de notre droit et, plus singulièrement, du principe du contradictoire, qui s'impose à toute décision civile, administrative, pénale ou disciplinaire.

À ce propos, comment imaginer que la visioconférence puisse être un outil adapté pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques ? Nous aurons l'occasion d'y revenir au cours du débat.

Ce texte présente donc de nombreuses insuffisances. Le malade et la garantie du respect de ses droits doivent évidemment se trouver au premier rang. La prise en compte de la souffrance, la nécessité d'établir des relations de confiance avec le psychiatre et l'équipe soignante nous semblent aussi mal appréhendées. Ce défaut prévaut également pour des éléments comme la prise en compte des possibles évolutions médicales de la personne, le droit à l'oubli et l'information due à la famille ou à l'entourage. Enfin, je pense au doute concernant la gestion que le Gouvernement compte faire de la sectorisation. C'est aujourd'hui l'élément essentiel de l'organisation des soins psychiatriques en France. Or rien n'est précisé à ce sujet dans le texte.

La mise en œuvre de ce projet de loi nous semble, quant à elle, problématique. L'étude d'impact démontre que le nombre de juges et de greffiers nécessaires à la mise en application du texte n'est pas, ou du moins ne sera pas, au rendez-vous le 1^{er} août. Quels sont les moyens financiers et en personnels dévolus au suivi des malades, pourtant si indispensable ?

Contrairement à ce que vous avez affirmé, madame la secrétaire d'État, le présent projet de loi n'est donc pas « nuancé et équilibré ». Comment le serait-il d'ailleurs puisque, loin de la nécessaire prise en compte des réalités et des urgences de terrain, le Gouvernement a choisi de privilégier une fois de plus la logique sécuritaire et l'opportunisme politique qui caractérisent si bien son action ?

Il eût été nécessaire d'élaborer un plan de santé mentale incluant la recherche, l'accompagnement, la formation, la prévention ainsi que des moyens financiers et en personnels adéquats. Tel n'est malheureusement pas le cas.

Mes chers collègues, compte tenu des éléments que je viens d'évoquer et du fait que le projet de loi ne répond pas à l'objectif affiché dans son exposé des motifs, en l'occurrence « l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins », nous vous proposons d'adopter la présente motion tendant à opposer la question préalable. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG. – Mme Anne-Marie Escoffier applaudit également.*)

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, la commission a émis un avis favorable sur cette motion tendant à opposer la question préalable.

Mais, en réalité, l'adoption d'une telle motion ne constituerait pas une réponse adaptée aux interrogations que la législation actuelle suscite.

Le contrôle juridictionnel imposé par le Conseil constitutionnel doit impérativement entrer en vigueur à partir du 1^{er} août prochain. Par conséquent, nous n'avons pas assez de temps pour envisager le dépôt d'un nouveau texte, et nous devons d'ores et déjà adopter un certain nombre de mesures pour nous mettre en conformité avec les exigences constitutionnelles.

C'est la raison pour laquelle je suis, à titre personnel, défavorable à l'adoption de la présente motion.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé. Avis défavorable.

M. le président. Personne ne demande la parole?...

Je mets aux voix la motion n° 1, tendant à opposer la question préalable.

Je rappelle que l'adoption de cette motion entraînerait le rejet du projet de loi.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du Gouvernement.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 204 :

Nombre de votants	337
Nombre de suffrages exprimés	333
Majorité absolue des suffrages exprimés	167
Pour l'adoption	150
Contre	183

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Monsieur le président, je demande une brève suspension de séance, de cinq à dix minutes.

M. le président. Je vous en accorde dix, madame la secrétaire d'État : ainsi, vous ne serez en retard que de cinq minutes ! (*Sourires.*)

Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à dix-sept heures cinquante-cinq, est reprise à dix-huit heures cinq.*)

M. le président. La séance est reprise.

Les deux motions ayant été repoussées, nous passons à la discussion des articles.

TITRE I^{ER}DROITS DES PERSONNES FAISANT
L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUESArticles additionnels avant l'article 1^{er}

M. le président. L'amendement n° 41, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Aucune mesure de soins sans consentement prenant la forme d'une hospitalisation complète ne peut être décidée sur le fondement d'une atteinte à l'ordre public défini à l'article L. 2212-2 du code général des collectivités territoriales.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Cet amendement vise à revenir sur une ancienne disposition, qui est contestée par de très nombreux professionnels de la psychiatrie ainsi que par une partie des associations de malades ou de proches de malades, puisqu'elle confie à la psychiatrie une mission qui ne devrait pas être la sienne : celle de faire respecter l'ordre public. À moins qu'il s'agisse – c'est notre conviction – non pas d'un transfert de mission, mais d'un prétexte, la psychiatrie servant de justification à une mesure privative de liberté jusqu'alors non encadrée.

Même si le Gouvernement tente d'être rassurant en affirmant que l'application de ce projet de loi n'entraînera pas d'augmentation des soins pratiqués sous contrainte, nous ne devons pas perdre de vue que la France est déjà le pays européen qui recourt le plus à des mécanismes d'hospitalisation contrainte pour motifs psychiatriques. Il est aussi l'un de ceux qui prescrit le plus de psychotropes, sans résultats satisfaisants. La psychiatrie actuelle, qui tend, par manque de moyens, à reposer sur ces deux piliers que sont les médicaments et l'enfermement est, effectivement, en échec.

Cet échec est d'autant plus important que les motifs d'enfermement ne sont pas médicaux et que, comme le souligne le docteur Hervé Bokobza, l'on tente – c'est le cas avec ce projet de loi – de transformer le psychiatre en le mettant « dans une position d'expert en ordre public, et non plus de soignant ».

Convenez, mes chers collègues, que le fait de tenter d'apporter des soins à une personne qui souffre, de tenter avec elle, et non contre elle, de l'emmener vers la voie de la guérison est une chose bien différente que de l'enfermer, ne serait-ce que soixante-douze heures, afin de faire cesser le trouble qu'elle cause à la société.

L'ordre public renvoie d'abord et avant tout à la tranquillité des autres acteurs de l'espace public. Or le rôle des psychiatres est-il vraiment de priver de liberté un individu durant soixante-douze heures, de lui administrer contre son gré des médicaments et de l'inscrire sur un casier psychiatrique, ce qui pourrait un jour se retourner contre lui, uniquement pour faire cesser un trouble ? Nous ne le croyons pas.

Naturellement, des équipes soignantes doivent intervenir. Cela implique de s'interroger sur la politique de secteur, politique abandonnée pour des motifs tant idéologiques qu'économiques, et sur la question du temps disponible.

Cet amendement n'a pas pour objet de laisser les personnes en souffrance seules ni, comme certains pourraient être tentés de le dire, d'exposer nos concitoyens à des risques. Cependant, c'est sans doute un point de désaccord fondamental avec la majorité et le Gouvernement, nous considérons que les personnes en souffrance psychique ne sont pas toutes dangereuses pour autrui, quand bien même l'expression de leur souffrance troublerait l'ordre public.

Tels sont les éléments que je souhaitais rappeler à l'occasion de la présentation de cet amendement.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission a émis un avis favorable.

Cet amendement vise à supprimer le critère de l'atteinte à l'ordre public pour les hospitalisations sans consentement. La portée de cette notion a déjà été réduite, puisque le trouble doit être grave pour mettre en œuvre ce type d'hospitalisation. Il n'apparaît pas souhaitable d'aller au-delà. C'est pourquoi, à titre personnel, j'émet un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

L'hospitalisation à la demande de l'autorité publique ne peut être effective que lorsqu'il est établi que la personne nécessite des soins médicaux et que, par ailleurs, il est constaté que son comportement présente des risques pour l'ordre public ou pour la sécurité des personnes.

Le code de la santé publique ne renvoie pas à la définition de l'ordre public du code général des collectivités territoriales, mais cette notion est très encadrée, notamment par la jurisprudence.

Pour être tout à fait honnête, j'avoue que je ne comprends pas bien l'objet de cet amendement, sauf à considérer que ses auteurs souhaitent purement et simplement supprimer la procédure même de l'hospitalisation à la demande de l'autorité publique.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 41.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 42, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La nation assure la satisfaction des besoins en santé des populations atteintes de troubles ou pathologies mentales tant au travers des soins intra hospitaliers qu'extrahospitaliers.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Aux termes de cet amendement, la nation doit assurer la satisfaction des besoins en santé des populations atteintes de troubles ou de pathologies mentales, au travers des soins tant intra hospitaliers qu'extrahospitaliers.

Le 25 octobre 2002, le docteur Maryvonne Wetsch, psychiatre à l'hôpital Esquirol de Saint-Maurice, dans le Val-de-Marne, démissionnait de son poste de chef de

service en déclarant, dans une lettre adressée à son ministère de tutelle : « Je refuse de faire comme si je pouvais gérer convenablement les soins psychiatriques nécessaires. »

Depuis, rien n'a vraiment changé, si ce n'est que les difficultés se sont multipliées en raison de l'application de règles financières et comptables, et de la mise en œuvre aveugle de la révision générale des politiques publiques, la RGPP, qui conduit à des réductions de personnel. Cela revient également, dans un secteur qui repose essentiellement sur le relationnel, qu'il s'agisse de rencontres ou de prévention, à amoindrir la qualité de la prise en charge des patients.

La situation est telle que des soignants que nous avons rencontrés nous ont informés que certains établissements avaient externalisé une partie de leur surveillance des patients à des sociétés privées de gardiennage, recourant notamment à des maîtres-chiens. Voilà comment aujourd'hui sont traitées les personnes en grande difficulté psychique.

Cette réduction constante des moyens entraîne une diminution notable des soins réalisés, au point que certains professionnels ont l'impression de n'avoir d'autre choix, pour effectuer leur travail dans les conditions économiques imposées, que d'entraver plus encore la liberté de leurs patients. Le 5 mai 2010, une directrice d'établissement intervenant à l'occasion d'un colloque organisé par mon groupe sur la psychiatrie affirmait que les normes et les protocoles qu'on lui imposait revenaient, dans le contexte actuel, à « mal traiter les patients », pour reprendre ses propres mots. La « bien-traitance », c'est-à-dire le respect du malade, nécessite du temps ; or le temps manque cruellement quand le personnel fait défaut.

Ce qui est vrai dans les murs des hôpitaux l'est encore plus hors les murs, comme le prouvent les fermetures de plus en plus nombreuses de centres médicaux psychologiques, qui sont pourtant indispensables. Leur disparition sonne la fin des soins psychiatriques de proximité.

Cette réalité est également attestée par l'abandon, de la part des pouvoirs publics, de la politique de secteur dont l'ambition est de suivre les patients dans la cité, c'est-à-dire de garder le contact avec eux et de maintenir les soins lorsqu'ils quittent l'hôpital.

Comme le souligne à juste titre la psychiatre Marie-Noëlle Besançon, la politique de secteur « était pourtant la façon idéale, car elle intègre la prévention, le traitement et la réhabilitation de la personne dans la ville et dans la vie. » Cet abandon, tant politique que financier, tend à laisser croire qu'« il n'y a pas de volonté politique de suivre les gens de manière correcte ».

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission a émis un avis favorable.

Cet amendement vise à prévoir une sorte de droit aux soins pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Or le droit à la santé est déjà inscrit dans la Constitution. C'est pourquoi, à titre personnel, je suis défavorable à cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cette disposition, car elle est déjà satisfaite.

En effet, le code de la santé publique précise, d'une part, que le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne et, d'autre part, qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 42.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, la commission n'a pas pu étudier ce matin l'amendement n°43 rectifié, car il n'était pas encore en distribution. Je demande donc une brève suspension de séance afin que les membres de la commission puissent se réunir et l'examiner rapidement. *(Exclamations sur plusieurs travées de l'UMP.)*

M. le président. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures quinze, est reprise à dix-huit heures vingt-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

L'amendement n° 43 rectifié, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article ainsi rédigé :

À compter de la promulgation de la présente loi, l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris ne peut plus accueillir les personnes faisant l'objet de soins sans consentement, même à titre provisoire.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Cet amendement, qui concerne exclusivement l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris, l'IPPP, prévoit qu'à compter de la publication de la présente loi plus aucune personne faisant l'objet de soins sans consentement, même à titre provisoire, ne sera admise dans cet établissement qui déroge au droit commun.

En effet, comme vous le savez, l'IPPP n'est pas un établissement public de santé, puisqu'il dépend de la direction des transports et de la protection du public de la préfecture de police, ce qui en fait, en réalité, un service de police comme les autres, et ce depuis le 28 février 1872.

Or, bien que l'IPPP ne soit pas un établissement de santé, les personnes qui sont interpellées par les services de police au motif qu'elles troublent l'ordre public sont systématiquement dirigées vers ce service, en violation totale du droit positif. Comme le soulignait Alain Lhostis en mars 2011, à l'occasion d'un vœu présenté au Conseil municipal de Paris, « il s'agit là d'une survivance d'une conception sécuritaire de la maladie mentale qui assimile les malades mentaux à des délinquants potentiels ».

La fermeture de ce lieu apparaît donc comme nécessaire politiquement et juridiquement.

C'est en tout cas le constat formulé par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, qui réclame en ces termes la fermeture de l'IPPP : « L'infirmier psychiatrique ne dispose d'aucune autonomie, elle est un service d'une des directions de la préfecture de police de Paris. L'IPPP entretient le doute sur la distance entre considérations d'ordre public et considérations médicales. » Il conclut ainsi son observation : « le Contrôleur recommande au Gouvernement le transfert des moyens de l'IPPP aux autres hôpitaux ».

Il y a peu, à la suite du dépôt par le groupe des élus communistes et du parti de gauche de la mairie de Paris, le Conseil de Paris a émis le vœu que le maire de la capitale saisisse le Gouvernement pour lui demander de fermer l'IPPP et de transférer son activité et ses moyens à l'hôpital Sainte-Anne.

Notre amendement s'inscrit donc dans cette même logique, qui consiste à refuser que perdure une exception historique qui n'a ni fondement juridique ni sens médical.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Cet amendement prévoit que l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police de Paris ne puisse plus accueillir les personnes faisant l'objet de soins sans consentement.

Le statut de l'IPPP pose de réels problèmes, ainsi que l'a souligné le Contrôleur général des lieux de privation de liberté dans des recommandations publiques du 15 février dernier.

Toutefois, j'estime que ce sujet est véritablement délicat et nécessite de prendre le temps de la réflexion. C'est pourquoi je proposerai, à l'article 14, un amendement prévoyant la remise d'un rapport sur le fonctionnement de l'IPPP.

L'interruption de séance a permis à la commission de se réunir ; elle a émis un avis défavorable sur cet amendement n° 43 rectifié.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

Nous avons été très attentifs à la suggestion du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, et c'est la raison pour laquelle, pendant le travail de commission, le Gouvernement s'est engagé à transformer cette infirmerie psychiatrique en établissement de soins.

Toutefois, il ne nous paraît pas opportun d'inscrire ce changement dans la loi. Je donnerai un avis favorable à l'amendement, que nous étudierons ultérieurement, prévoyant la remise d'un rapport sur les modalités de transformation de cette infirmerie.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, pour explication de vote.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Madame la secrétaire d'État, comme vous l'avez dit, ce qui est important aujourd'hui, c'est de faire évoluer l'infirmier psychiatrique de la préfecture de police en un hôpital psychiatrique de droit commun. C'est effectivement un des apports de ce texte.

Jusqu'ici, l'IPPP n'était que l'un des services de la préfecture, ce qui n'apportait donc pas toutes les garanties aux personnes hospitalisées sous contrainte. Sa transformation en hôpital psychiatrique, qui est prévue par l'amendement n° 27 rectifié à l'article 3, permettra d'assurer ces garanties. Je ne voterai donc pas l'amendement n°43 rectifié.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Madame Hermange, je tiens à vous rassurer : c'est bien l'esprit de notre amendement ! Nous ne souhaitons pas fermer purement et simplement cet établissement, nous demandons juste qu'il ne puisse plus accueillir les personnes faisant l'objet de soins sans consentement, en tant qu'il fait partie de la préfecture de police.

À la suite des préconisations qui ont été faites en février dernier, nous voulons que cet établissement cesse de porter atteinte à la liberté des personnes qui y sont enfermées.

Je le répète : nous demandons non pas que ce lieu soit fermé, mais simplement qu'il évolue. Je vous rappelle que tel était également l'objet d'un vœu adopté par le Conseil de Paris : les élus parisiens aimeraient eux aussi voir ce lieu apporter une meilleure réponse aux besoins des personnes qui y sont internées.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 43 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC-SPG.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 205 :

Nombre de votants	337
Nombre de suffrages exprimés	334
Majorité absolue des suffrages exprimés	168
Pour l'adoption	151
Contre	183

Le Sénat n'a pas adopté.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 86, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi relatif à l'organisation des soins psychiatriques et à la promotion de la santé mentale. Ce projet de loi comporte les dispositions nécessaires à l'organisation des dispositifs de soins, de prévention et d'accompagnement concernant les troubles psychiatriques et les handicaps psychiques, notamment les modalités d'articulation des interventions de premier et de second recours avec les établissements et services participant à la sectorisation psychiatrique selon les dispositions de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique.

La parole est à Mme Raymonde Le Texier.

Mme Raymonde Le Texier. Le texte que nous examinons aujourd'hui ne concerne qu'une partie, si importante soit-elle par ailleurs, de la nécessaire réforme globale de la loi de 1990. Cela a été dit à maintes reprises dans la discussion générale, et

nous l'avons répété lors de la présentation de notre motion tendant à opposer la question préalable, Mme Bachelot-Narquin s'était engagée, au cours des débats sur la loi HPST, non seulement à présenter une grande loi sur la santé mentale, mais également à promouvoir la santé mentale.

Nous le savons tous, la jurisprudence du Conseil constitutionnel ainsi que les instances européennes rendent ce travail nécessaire. Qui plus est, nombreux sont les rapports de l'IGAS et des ministères des affaires sociales, de la justice ou de l'intérieur qui appellent à une réforme améliorant la prise en charge des personnes qui ont besoin de soins psychiatriques dans les cadres intra-hospitalier et extra-hospitalier. Notre collègue député Jean-Marie Le Guen tout comme ici même Alain Milon ont, depuis des années, préconisé la tenue d'états généraux de la santé mentale. La crise est générale, récurrente et le plan santé mentale 2005–2008, hélas ! n'a pas arrangé la situation.

Partout en France, depuis des années, les professionnels soignants, aux côtés des familles de patients, dénoncent la lente et continue dégradation de la psychiatrie dans notre pays.

Les fortes contraintes financières auxquelles sont soumis les établissements hospitaliers sont également un facteur important de dégradation.

Le projet de loi que nous appelons de nos vœux doit comporter les dispositions nécessaires à l'organisation des dispositifs de soin, de prévention et d'accompagnement concernant les troubles psychiatriques et les handicaps psychiques.

Les mesures simplifiant l'accès aux soins à l'hôpital et hors l'hôpital, le rôle des SAMU, les programmes post-hospitalisation, la formation de ceux qui hébergent les malades, la nécessité de diminuer le nombre de malades qui sont peu ou pas pris en charge parce qu'ils sont sans domicile fixe, dépourvus de lien familiaux, à la rue, en prison et de ceux qui font la navette avec l'hôpital, sont quelques-unes des dimensions que devrait intégrer un tel texte.

Dans cet objectif, les modalités d'articulation des interventions de premier et de second recours avec les établissements et services participant à la sectorisation psychiatrique doivent occuper une place particulière. En effet, il est essentiel que les soins de premier recours fassent l'objet d'une attention particulière. Leur inscription dans un cadre de proximité et les divers volets que sont la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage, le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi des patients doivent également être améliorés et appréhendés en fonction des possibles orientations vers le système de soins plus spécialisés ou soins de second recours.

Parce qu'il y a urgence depuis de trop nombreuses années, parce que l'attente des professionnels comme des familles n'a que trop duré, parce que la question de la santé mentale ne peut être posée uniquement au détour d'un dramatique fait divers honteusement exploité, parce qu'il s'agit d'un impératif de santé publique, nous demandons que, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi relatif à l'organisation des soins psychiatriques et à la promotion de la santé mentale.

M. le président. L'amendement n° 475 rectifié *bis*, présenté par M. Mézard, Mme Escoffier, MM. Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

Avant l'article 1^{er}, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau d'une des deux assemblées un projet de loi sur la santé mentale tournée vers la prise en charge du sujet malade dans le respect des libertés individuelles, des impératifs de sécurité et des impératifs techniques de l'exercice d'une psychiatrie moderne. »

La parole est à M. Jacques Mézard.

M. Jacques Mézard. Au travers de cet amendement, nous proposons, nous aussi, d'ajouter avant l'article 1^{er} un article additionnel, précisant que « dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement dépose sur le bureau d'une des deux assemblées un projet de loi sur la santé mentale tournée vers la prise en charge du sujet malade dans le respect des libertés individuelles, des impératifs de sécurité et des impératifs techniques de l'exercice d'une psychiatrie moderne ».

Je l'ai dit lors de la discussion générale, M. Jean-Louis Lorrain a indiqué dans son rapport que le présent projet de loi ne serait pas venu en discussion devant le Parlement sans la décision du Conseil constitutionnel de novembre 2010 – et c'est la réalité. Pourtant, il semble très clair que ce projet de loi n'est pas le texte que nos concitoyens attendent depuis 1990. Un nouveau projet de loi devait être présenté dans un délai de cinq ans, ce qui n'a pas été fait. Aujourd'hui, nous sommes en 2011 et nous avons déjà seize ans de retard, que l'on peut d'ailleurs imputer aux diverses majorités qui se sont succédé.

Il n'en reste pas moins que ce texte sur la santé mentale est indispensable, car la situation de la psychiatrie en France – nous le savons tous – est difficile : il n'y a pas assez de psychiatres et une nouvelle organisation moderne serait nécessaire pour aider les centaines de milliers de familles qui sont confrontées à des problèmes délicats et qui en parlent peu à l'extérieur. Cette situation justifie de manière très urgente qu'un véritable texte soit présenté. Nous le savons bien, le présent projet de loi ne répond aucunement à ces impératifs.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. L'avis de la commission est favorable.

Ces amendements prévoient le dépôt d'un projet de loi sur la santé mentale dans les six mois : il s'agit d'une injonction au Gouvernement, qui serait contraire à la Constitution. À titre personnel, j'émetts un avis défavorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Ces amendements visent à proposer le dépôt, dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, d'un projet de loi, pour l'un, relatif à l'organisation des soins psychiatriques et à la promotion de la santé mentale et, pour l'autre, sur la santé mentale. Il n'est pas d'usage qu'une loi prévoie le dépôt d'un projet de loi sur le bureau d'une assemblée.

Ce qui préoccupe les professionnels, c'est que la psychiatrie et le secteur de la santé mentale continuent en effet d'évoluer : il s'agit, avant tout, d'évolutions des pratiques professionnelles, de développement de liens entre psychiatres et médecins généralistes ou entre équipes sanitaires et équipes médico-sociales pour assurer l'accès aux soins et la continuité des prises en charge.

Tout le monde le sait bien, la qualité des pratiques ne se décrète pas, et on ne peut forcer les gens à travailler ensemble. Beaucoup d'entre eux le font d'ailleurs déjà, et la loi actuelle ne les en empêche absolument pas. La loi HPST s'est même

inspirée de ce que la psychiatrie a inventé, c'est-à-dire la responsabilité géodémographique et le lien entre le sanitaire et le médico-social.

Nous devons désormais déployer les bonnes pratiques et les bonnes organisations, renforcer l'intérêt à agir en la matière et nous fixer quelques priorités clés. Cela fera l'objet du plan de santé publique, qui sera bien sûr élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels.

La première réunion du comité de pilotage se tiendra prochainement afin de partager un diagnostic commun. Ce diagnostic est essentiel pour dépasser les *a priori*. Il s'appuiera sur l'analyse des données d'activité et de démographie et les données financières disponibles. L'objectif est bien celui de la qualité – qualité de vie des patients et de leurs familles, qualité des pratiques professionnelles – et la réduction des inégalités territoriales.

Par ailleurs, la psychiatrie, comme l'ensemble des activités de soins soumises à autorisation, doit faire l'objet de décrets sur les conditions d'autorisation de l'activité, ce qui permettra de décrire les conditions d'exercice et de clarifier la place des différents établissements autorisés en psychiatrie, dont les établissements sectorisés.

À ce jour, nous ne sommes donc pas certains que la loi qui organise les soins en France ne soit pas valide pour la psychiatrie. Elle nécessite sans doute d'être complétée à la marge. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement serait favorable à ce qu'un bilan vous soit présenté sous douze mois, bilan qui, après concertation, fasse le point sur les compléments législatifs et réglementaires qui apparaîtraient nécessaires.

Pour ces raisons, je suis défavorable à ces deux amendements.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 86.

M. Guy Fischer. Les sénatrices et sénateurs du groupe CRC-SPG voteront naturellement en faveur de cet amendement qui prévoit qu'à compter d'un délai de six mois suivant la promulgation de cette loi, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale un projet de loi relatif à l'organisation des soins psychiatriques et à la promotion de la santé mentale.

Nous l'avons répété fort souvent, et la motion tendant à opposer la question préalable que nous avons déposée en commission des affaires sociales sur le présent projet de loi en est une démonstration, il n'est pas acceptable que nous légiférions sur une modalité de prise en charge des patients atteints de troubles mentaux en dehors d'un texte plus global. Nous réclamons ce grand texte sur la santé mentale.

Cette extraction des soins sans consentement d'une mesure plus globale démontre que l'objet du projet de loi dont nous discutons aujourd'hui est moins sanitaire que médical, et qu'il est, surtout, sécuritaire. Car si vous aviez réellement voulu parler de santé mentale, si vous aviez véritablement voulu aborder la question des soins, il vous aurait fallu les aborder tous, et non exclusivement les soins sous contrainte, qui doivent, logiquement, demeurer une exception.

Si une loi sur la psychiatrie est indispensable, c'est que les besoins sont grands. Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'OMS, « les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités ». L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle : la schizophrénie, le trouble bipolaire, l'addiction, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif.

À cet égard, le texte que nous examinons aujourd'hui ne constitue pas une solution appropriée. Il est partiel et donne l'impression que la seule réponse susceptible d'être aujourd'hui formulée en matière de maladies mentales réside dans l'enfermement plus ou moins long des patients et dans l'encadrement non médical, mais médicamenteux.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous sommes opposés à ce qu'un décret en Conseil d'État puisse définir les protocoles de soins applicables. Si ces protocoles prédéfinis, dont on voudrait nous faire croire qu'ils sont duplicables sur chaque patient, trouvent effectivement leur sens dès lors qu'il s'agit d'imposer des normes et non de dispenser des soins, s'ils peuvent avoir leur raison dans un cadre judiciaire, ils constituent, selon nous, des aberrations en matière médicale puisque, par définition, chaque patient est singulier, chaque soignant est différent et chaque relation nouée entre les deux est particulière.

Tout cela, ce projet de loi l'ignore, car, précisément, il concerne non pas la psychiatrie, mais le traitement sécuritaire des troubles psychiatriques.

Aussi, nous voterons en faveur de cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 86.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 475 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Organisation de la discussion

M. le président. Alors que nous arrivons à l'article 1^{er}, je souhaite vous soumettre une proposition d'organisation.

À l'issue des prises de parole sur l'article 1^{er}, nous aurons à examiner, après le premier amendement qui est un amendement de suppression, la bagatelle de quelque 130 amendements en discussion commune. En supposant que chacun de ces amendements soit présenté en trois minutes, et même si nous travaillons cette nuit jusqu'à deux heures, cela conduira à ce que les avis sur les amendements ne pourront être donnés que demain après-midi. Mes chers collègues, sans remettre en cause votre agilité intellectuelle, qui est remarquable, j'estime qu'il ne sera pas facile de vous prononcer demain après-midi sur des amendements qui auront été exposés ce soir.

Le règlement nous obligeant à une discussion commune, je voudrais proposer au Sénat de procéder de la manière suivante : après avoir écouté les prises de parole, je mettrai en discussion l'amendement n° 44 de M. Fischer, qui est un amendement de suppression, puis les amendements n° 439 rectifié de M. Mézard et 483 rectifié de Mme Escoffier, qui, tous deux, proposent une nouvelle rédaction de la totalité de l'article.

Si ces derniers ne sont pas adoptés, nous pourrions alors discuter les quelque 130 amendements restants en les découpant alinéa par alinéa, ce qui devrait rendre la discussion un peu plus simple. Il est toutefois de la pleine souveraineté du Sénat d'accepter ou de refuser cette proposition.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. La commission a considéré, à l'unanimité, que c'était effectivement une meilleure solution.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Même avis que la commission.

M. le président. Je consulte le Sénat sur cette proposition d'organisation de la discussion.

(La proposition est adoptée à l'unanimité.)

M. le président. Je me réjouis d'avoir réussi, sur un texte difficile, à obtenir l'unanimité du Sénat. *(Sourires.)*

La parole est à M. le ministre.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé. Monsieur le président, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les sénateurs, n'ayant pu intervenir tout à l'heure dans la discussion générale, je trouve opportun, alors que va s'ouvrir la discussion sur l'article 1^{er}, de rappeler un certain nombre de choses.

Je souhaiterais rappeler l'attachement du Gouvernement au vote de ce projet de loi, et d'un texte équilibré. On entend sur la question beaucoup d'avis et de témoignages poignants, comme cela a encore été le cas tout à l'heure à cette tribune. Je voudrais rappeler toutefois combien ce texte est nécessaire, dans la mesure où il permet un accès à des soins immédiats pour les personnes souffrant de troubles mentaux mais ne disposant pas de tiers susceptible de formuler cette demande de soins. Je pense en particulier aux personnes isolées socialement.

Je voudrais dire aussi qu'il s'agit d'un projet de loi protecteur des libertés. Le Gouvernement en est fortement convaincu. L'article 1^{er} nous donnera bien évidemment l'occasion d'en discuter, puisqu'il permet de répondre à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 qui a fait suite à une question prioritaire de constitutionnalité. Il est en effet nécessaire, pour les patients hospitalisés à temps plein, et dont la liberté d'aller et venir est donc momentanément supprimée, que le juge des libertés et de la détention soit saisi non pas de façon facultative, comme aujourd'hui, mais de façon automatique.

Vous le savez, le projet de loi vise également à améliorer l'information des patients et des familles, ainsi que le fonctionnement des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques. Comme Nora Berra l'a rappelé tout à l'heure, il prévoit un certain nombre de précautions supplémentaires, contrairement à ce qui a pu être dit.

Le renforcement des droits et des libertés qu'il comporte s'accompagne d'un soin particulier porté à la situation de certains patients atteints de troubles très spécifiques, pour lesquels les dangers liés à une rechute apparaissent comme plus sérieux. Je pense aux patients hospitalisés d'office, soit pour irresponsabilité pénale, soit en unité pour malades difficiles. Nous savons bien que le nombre de ces patients est très limité, qu'une procédure particulière devra être enclenchée lors de la sortie, et que l'avis du psychiatre devra être assorti de celui d'un collègue pluriprofessionnel de soignants.

Vous qui attachez de l'importance à ce texte, vous savez qu'il y a eu un grand nombre d'ouvertures de la part du Gouvernement.

Aujourd'hui, on parle bien de « soins psychiatriques auxquels la personne n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux ». C'était une attente. Le Gouvernement y a répondu. Vous savez aujourd'hui que l'on n'évoque plus les « formes » de la prise en charge, terme trop imprécis, mais bien les « lieux » de la prise en charge. Je pense notamment à « l'unité hospitalière temps plein », *versus* d'autres lieux. Car, si les soins psychiatriques sont les mêmes, ils s'exercent aussi dans différents lieux.

Il n'est en outre plus question de « domicile », mais bien du « lieu de vie habituel », ce qui inclut non seulement le foyer, l'accueil familial thérapeutique et l'EHPAD, l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mais aussi la rue. La notion de « domicile » était trop restrictive et a pu faire penser à l'effraction de domicile qui n'est à aucun moment autorisée, ni prévue, sauf intervention liée à une urgence grave.

De la même manière, nous n'évoquons plus le terme de « protocole » mais bien la notion de « programme de soins ». Il en est question dans l'article 1^{er}, et je voulais le dire en préambule. Le terme « protocole » fait trop penser à la prise de médicaments et à un caractère standard de la prise en charge. La notion de « programme de soins » est bien mieux adaptée. De plus, ce programme ne peut être modifié que par un psychiatre, en fonction de l'évolution de l'état de santé, et non pour d'autres motifs, la définition du programme s'appuyant d'ailleurs sur un entretien entre le psychiatre et le patient.

Enfin, si le programme précise les types de soins, leur lieu d'exercice et leur périodicité, c'est-à-dire leurs modalités dans le temps et dans l'espace, dans le strict respect du secret médical – j'insiste sur ce point –, il ne peut faire mention des détails du traitement médicamenteux, qui ont vocation à figurer sur une ordonnance distincte.

Voilà le cœur de l'article 1^{er} que je voulais rappeler avant que la discussion ne s'ouvre. Comme l'a déclaré Nora Berra tout à l'heure, l'objectif du Gouvernement est que le patient soit au cœur du dispositif et des attentions, en donnant davantage de place aux élus et en s'assurant qu'une réflexion éthique soit organisée dans les établissements accueillant ces personnes, dont les capacités de consentement sont altérées du fait de leurs troubles mentaux.

En la matière, nous ne pouvons réussir seuls. Il nous faut le concours des familles et des associations, au service des seuls patients.

TITRE I^{ER}

DROITS DES PERSONNES FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Article 1^{er}

- ① I. – Le titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Modalités de soins psychiatriques » ;
- ③ 2° L'intitulé du chapitre I^{er} est ainsi rédigé : « Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques » ;
- ④ 3° L'article L. 3211-1 est ainsi modifié :
- ⑤ a) Au premier alinéa, les mots : « être hospitalisée ou maintenue en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux » sont remplacés par les mots : « faire l'objet de soins psychiatriques » ;
- ⑥ b) Au second alinéa, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » ;
- ⑦ 4° L'article L. 3211-2 est ainsi modifié :

- ⑧ a) À la première phrase, le mot : « hospitalisée » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques » et les mots : « hospitalisation libre » sont remplacés par les mots : « soins psychiatriques libres » ;
- ⑨ b) (*nouveau*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑩ « Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. » ;
- ⑪ 5° Après le même article L. 3211-2, il est inséré un article L. 3211-2-1 ainsi rédigé :
- ⑫ « *Art. L. 3211-2-1.* – Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge :
- ⑬ « 1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 ;
- ⑭ « 2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné à l'article L. 3222-1, et le cas échéant des séjours effectués dans un établissement de ce type.
- ⑮ « Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2°, un protocole de soins est établi. Ce protocole définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑯ 6° Après le même article L. 3211-2, il est inséré un article L. 3211-2-2 ainsi rédigé :
- ⑰ « *Art. L. 3211-2-2.* – Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.
- ⑱ « Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.
- ⑲ « Dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa.
- ⑳ « Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures mentionné au troisième alinéa du présent article, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le protocole de soins. » ;
- ㉑ 7° L'article L. 3211-3 est ainsi modifié :
- ㉒ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ㉓ – à la première phrase, les mots : « est hospitalisée » sont remplacés par les mots : « fait l'objet de soins psychiatriques », les mots : « cette hospitalisation » sont remplacés par les mots : « ces soins » et les mots : « limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement » sont remplacés par les mots : « adaptées, nécessaires et proportionnées à la mise en œuvre du traitement requis » ;
- ㉔ – à la seconde phrase, le mot : « hospitalisée » est supprimé ;
- ㉕ b) Le deuxième alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :
- ㉖ « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-2-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.
- ㉗ « En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est informée :
- ㉘ « a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- ㉙ « b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet, et par la suite à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1 ;
- ㉚ « L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. » ;
- ㉛ c) Au 2°, sont ajoutés les mots : « et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 » ;
- ㉜ d) Le 3° est ainsi rédigé :
- ㉝ « 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; »
- ㉞ e) Les 3°, 4°, 5°, 6° et 7° deviennent respectivement les 4°, 5°, 6°, 7° et 8° ;
- ㉟ f) Au dernier alinéa, les références : « 4°, 6° et 7° » sont remplacées par les références : « 5°, 7° et 8° » ;
- ㊱ 8° L'article L. 3211-5 est ainsi rédigé :
- ㊲ « *Art. L. 3211-5.* – Une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques, prenant ou non la forme d'une hospitalisation complète, conserve à l'issue de ces soins la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés. » ;
- ㊳ 9° (*Supprimé*)
- ㊴ 10° Les deux derniers alinéas de l'article L. 3211-7 sont supprimés ;
- ㊵ 11° L'article L. 3211-8 est ainsi rédigé :

- ④1 « Art. L. 3211-8. – La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement peut être placée en curatelle ou en tutelle dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 425 et 440 du code civil. » ;
- ④2 12° L'article L. 3211-9 est ainsi rédigé :
- ④3 « Art. L. 3211-9. – Pour l'application du II des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 et des articles L. 3212-7, L. 3213-1, L. 3213-3 et L. 3213-8, le directeur de l'établissement d'accueil du patient convoque un collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :
- ④4 « 1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ;
- ④5 « 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ;
- ④6 « 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.
- ④7 « Les modalités de désignation des membres et les règles de fonctionnement du collège sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;
- ④8 13° La première phrase de l'article L. 3211-10 est ainsi rédigée :
- ④9 « Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. » ;
- ⑤0 14° L'article L. 3211-11 est ainsi rédigé :
- ⑤1 « Art. L. 3211-11. – Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.
- ⑤2 « Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne. » ;
- ⑤3 15° L'article L. 3211-11-1 est ainsi modifié :
- ⑤4 a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « hospitalisées sans leur consentement » sont remplacés par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement sous la forme d'une hospitalisation complète » ;
- ⑤5 a bis (nouveau) La dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée en application de l'article L. 1111-6 » ;
- ⑤6 b) Au deuxième alinéa, les mots : « d'absence » sont remplacés par les mots : « de sortie accompagnée » ;
- ⑤7 c) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « d'une hospitalisation d'office » sont remplacés par les mots : « où la mesure a été prise en application du chapitre III du présent titre » et les mots : « du psychiatre » sont remplacés par les mots : « d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient » ;
- ⑤8 d) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤9 « Une autorisation explicite du représentant de l'État dans le département est requise dans le cas des personnes mentionnées aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12. » ;
- ⑥0 16° L'article L. 3211-12 est ainsi rédigé :
- ⑥1 « Art. L. 3211-12. – I. – Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate de la mesure de soins psychiatriques dont une personne fait l'objet sans son consentement, quelle qu'en soit la forme.
- ⑥2 « La saisine peut être formée par :
- ⑥3 « 1° La personne faisant l'objet des soins ;
- ⑥4 « 2° Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- ⑥5 « 3° La personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- ⑥6 « 4° Son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- ⑥7 « 5° La personne qui a formulé la demande de soins sans consentement ;
- ⑥8 « 6° Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- ⑥9 « 7° Le procureur de la République.
- ⑦0 « Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. À cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.
- ⑦1 « II. – Le juge des libertés et de la détention ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 :
- ⑦2 « 1° Lorsque la personne fait ou a déjà fait l'objet d'une hospitalisation ordonnée en application des articles L. 3213-7 du présent code ou 706-135 du code de procédure pénale ;
- ⑦3 « 2° Lorsque la personne fait l'objet de soins sans son consentement en application de l'article L. 3213-1 du présent code et qu'elle fait ou a déjà fait l'objet, pendant une durée fixée par décret en Conseil d'État, d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles mentionnée à l'article L. 3222-3.
- ⑦4 « Lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du présent II des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application du même II.
- ⑦5 « Dans les cas mentionnés aux 1° et 2° du présent II, le juge ne peut en outre décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1.
- ⑦6 « Le juge fixe les délais dans lesquels l'avis du collège et les deux expertises prévus au présent II doivent être produits, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

- 77 « III (*nouveau*). – Lorsque le juge ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, sa décision prend effet dans un délai maximal de quarante-huit heures pendant lequel un protocole de soins peut être établi en application du 2° de l'article L. 3211-2-1. » ;
- 78 17° Après le même article L. 3211-12, sont insérés des articles L. 3211-12-1 à L. 3211-12-5 ainsi rédigés :
- 79 « *Art. L. 3211-12-1.* – I. – L'hospitalisation complète d'un patient sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement, lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II, ou par le représentant de l'État dans le département, lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, n'ait statué sur cette mesure :
- 80 « 1° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 ;
- 81 « 2° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État a modifié la forme de la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète en application, respectivement, du dernier alinéa de l'article L. 3212-4 ou du III de l'article L. 3213-3 ;
- 82 « 3° Avant l'expiration d'un délai de six mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation sans consentement en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application de l'article L. 3211-12 du présent code ou du présent article, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai sur le fondement de l'un des mêmes articles 706-135 ou L. 3211-12 ou du présent article fait courir à nouveau ce délai.
- 83 « Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° à 3° du présent I une expertise, en application du III du présent article ou, à titre exceptionnel, en considération de l'avis conjoint des deux psychiatres, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.
- 84 « Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au cinquième alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.
- 85 « II. – La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.
- 86 « Lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12, l'avis prévu au premier alinéa du présent II est rendu par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Toutefois, lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du II de l'article L. 3211-12 des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État, ces hospitalisations ne sont pas prises en compte pour l'application du présent alinéa.
- 87 « III. – Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.
- 88 « Lorsque le juge ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, sa décision prend effet dans un délai maximal de quarante-huit heures pendant lequel un protocole de soins peut être établi conformément à l'article L. 3211-2-1.
- 89 « Toutefois, lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés aux 1° et 2° du II de l'article L. 3211-12, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli deux expertises établies par les psychiatres inscrits sur les listes mentionnées à l'article L. 3213-5-1. Le présent alinéa n'est pas applicable lorsqu'il s'est écoulé depuis les hospitalisations mentionnées aux 1° ou 2° du II de l'article L. 3211-12 des délais supérieurs à des durées fixées par décret en Conseil d'État.
- 90 « IV. – Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais.
- 91 « Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'État, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.
- 92 « *Art. L. 3211-12-2.* – Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge statue après débat contradictoire.
- 93 « À l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est entendue, le cas échéant assistée de son avocat, ou représentée par celui-ci. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.
- 94 « Après que le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient, le juge des libertés et de la détention peut décider que l'audience se déroule dans une salle d'audience reliée par un moyen de télécommunication audiovisuelle à une salle située dans l'établissement dans les conditions prévues par l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire. Il est alors dressé, dans chacune des deux salles ouvertes au public, un procès-verbal des opérations effectuées. Si le patient est assisté par un avocat, celui-ci peut se trouver auprès du magistrat ou auprès de l'intéressé. Dans le premier cas, l'avocat doit pouvoir s'entretenir avec le patient, de façon confidentielle, en utilisant le moyen de télécommunication audiovisuelle. Dans le second cas, une copie de l'intégralité du dossier doit être mise à sa disposition dans les locaux de l'établissement, sauf si une copie de ce dossier lui a déjà été remise.

95 « Art. L. 3211-12-3. – Le juge des libertés et de la détention saisi en application de l'article L. 3211-12-1 peut, si un recours a été formé sur le fondement de l'article L. 3211-12, statuer par une même décision suivant la procédure prévue à l'article L. 3211-12-1.

96 « Art. L. 3211-12-4. – L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué, qui statue à bref délai. L'appel formé à son encontre n'est pas suspensif. Le débat peut être tenu dans les conditions prévues par l'article L. 3211-12-2.

97 « Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète ou constate la mainlevée de cette mesure, le procureur de la République, à la requête du directeur de l'établissement d'accueil lorsque la personne est hospitalisée en application du chapitre II du présent titre, du représentant de l'État lorsque la personne est hospitalisée en application du chapitre III du présent titre ou d'office, peut demander au premier président de la cour d'appel ou à son délégué de déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine et transmis au premier président de la cour d'appel ou à son délégué. Celui-ci décide, sans délai, s'il y a lieu de donner à cet appel un effet suspensif, en fonction du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il statue par une ordonnance motivée rendue contradictoirement qui n'est pas susceptible de recours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète, jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel du directeur de l'établissement ou du représentant de l'État, jusqu'à ce qu'il soit statué sur le fond.

98 « Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président de la cour d'appel ou son délégué se prononce sur la demande en appel dans un délai de trois jours ou, lorsqu'il a ordonné une expertise avant l'expiration de ce délai, dans un délai de quatorze jours. En l'absence de décision à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais, la mainlevée est acquise.

99 « Art. L. 3211-12-5. – Lorsque le juge prononce la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application de l'article L. 3211-12 ou du III de l'article L. 3211-12-1, le patient peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1 si les conditions prévues au I des articles L. 3212-1 ou L. 3213-1 sont toujours réunies.

100 « Dans ce cas, un protocole de soins est établi en application du 2° de l'article L. 3211-2-1. »

101 II. – Au premier alinéa de l'article L. 111-12 du code de l'organisation judiciaire, après le mot : « particulières », sont insérés les mots : « du code de la santé publique, ».

102 III (nouveau). – Au 4° de l'article L. 144-5 du code de commerce, le mot : « hospitalisées » est remplacé par les mots : « faisant l'objet de soins psychiatriques ».

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, sur l'article.

M. Guy Fischer. « Garde à vue psychiatrique » : ces mots, avant d'être les miens, sont utilisés par les professionnels de la psychiatrie et de la justice eux-mêmes pour qualifier la période d'observation de soixante-douze heures qu'entraîne toute hospitalisation sous contrainte. Nous avons en effet le sentiment, alors que ce projet de loi vise des personnes atteintes de pathologies parfois très lourdes, que ceux qui sont ici pris en compte sont non pas des malades, mais de véritables criminels que la société doit mettre à l'écart pour assurer sa propre sécurité. Comme Michel Foucault l'avait présagé il y a bien des années, nous sommes passés du modèle du sujet responsable à celui de l'individu dangereux porteur de risques.

Or, comment juger de la dangerosité d'un individu s'il est placé sous camisole chimique dès le début de la période d'observation ? Où se situe, dès lors, la prise en charge thérapeutique dont ont besoin ces personnes atteintes de troubles mentaux ?

Alors que le Conseil constitutionnel impose l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le cas de toute hospitalisation sous contrainte, celui-ci n'intervient que quinze jours après son commencement, puis tous les six mois. Dès lors nous étonnons-nous du fait que le Gouvernement n'aille pas au bout de la logique qu'il semble suivre, car, si la période d'observation peut s'apparenter à une garde à vue, le patient n'en reste pas moins privé de tous ses droits fondamentaux et par là même soustrait au contrôle de l'autorité judiciaire.

Si nous saluons l'intervention du juge des libertés et de la détention dans ce domaine, nous sommes convaincus que c'est dès le début de la période d'observation qu'il doit pouvoir statuer sur le bien-fondé de l'hospitalisation sous contrainte. Combien d'individus en effet se retrouveront enfermés de force, sans justification réelle, du fait de la seule pression subie par certains fonctionnaires, victimes de la paranoïa ambiante ?

La probabilité est forte que, en raison de la situation actuelle de notre système judiciaire, de ses manques – déjà considérables – de moyens et de son engorgement, la décision de maintenir un patient au sein d'une unité de soins psychiatriques soit dépourvue de tout examen approfondi et que le juge, faute de moyens supplémentaires et de compétences sur les maladies mentales, se fonde sur l'avis d'experts médicaux débordés. Pis, le magistrat pourra être tenté de suivre aveuglément l'injonction administrative.

Cette logique de soins forcés fait apparaître l'hospitalisation complète comme une sanction, et non plus comme un rouage de la chaîne de soins.

Il est clair à nos yeux que la « politique de soins » – s'il en est vraiment une dans ce texte – que veut nous faire adopter le Gouvernement est bien plus sécuritaire que sanitaire. Elle entre également en totale contradiction avec la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme. Celle-ci stipule en effet que, « si la privation de liberté n'est pas justifiée par l'aliénation, elle est alors arbitraire » et que « l'internement ne peut se prolonger sans la persistance d'un trouble mental médicalement constaté ».

Depuis quand nos préfets disposent-ils d'une formation médicale les rendant aptes à juger de l'état pathologique de personnes atteintes de troubles psychiatriques ?

L'autre point majeur de cet article est la possibilité de contraindre une personne à se soigner à son domicile et sans son consentement. Non seulement ce texte remet en cause le principe même du secret médical en plaçant le malade, contre sa volonté, sous l'autorité de ses proches, mais il ne précise en aucune manière quelle responsabilité incombe, dans la surveillance du malade, aux personnes vivant à son domicile.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'hospitalisation forcée est une mesure d'une grande violence. Cette violence vient s'ajouter à la souffrance des personnes atteintes de troubles mentaux qui sont, comme l'explique M. Lecerf dans son rapport, bien plus souvent victimes qu'auteurs d'actes de violence, qu'il s'agisse de violences qu'elles exercent sur elles-mêmes ou de violences subies. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont douze fois plus victimes d'agressions physiques et cent trente fois plus victimes de vols que la population générale et leur espérance de vie est plus courte. L'Inspection générale des affaires sociales rappelle, dans un rapport de 2005, que seuls 2,7 % des actes violents sont commis par des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Cette loi sur la psychiatrie est l'indice d'un État qui préfère punir que guérir, comme l'explique si bien le docteur Daniel Zagury, psychiatre, médecin-chef au centre psychiatrique du Bois-de-Bondy et expert auprès des tribunaux. Parce que nous refusons cette logique répressive et sécuritaire, nous ne voterons pas cet article.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Thérèse Hermange, sur l'article.

Mme Marie-Thérèse Hermange. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, en raison des auditions de la mission commune d'information sur le Mediator, il ne m'a pas été possible de participer autant que je l'aurais voulu aux travaux de la commission des affaires sociales sur ce projet de loi. Je souhaitais donc m'en excuser. J'ai tenu cependant à prendre la parole sur cet article pour souligner deux points qui me paraissent essentiels et que nous avons retrouvés lors de plusieurs de débats récents dans cet hémicycle.

Tout d'abord, notre droit – je dirais même : notre démocratie – repose sur le principe de la liberté du consentement. Le législateur ne peut décider, sans en peser toutes les implications, de faire prévaloir la société sur l'individu. Oui, nous devons protéger la société, garantir la sûreté de tous, mais ceci ne peut se faire en exigeant de chaque personne d'abdiquer son droit inaliénable d'être considérée en elle-même et pour elle-même ! À cet égard, je souligne un apport de l'article 1^{er} de ce projet de loi, qui dispose que le juge des libertés et de la détention, lorsqu'il se prononce sur une mesure de soins psychiatriques sous contrainte, peut statuer non pas publiquement, mais en chambre du conseil, car la publicité de l'audience pourrait avoir, dans certains cas, des conséquences désastreuses. J'irais même jusqu'à me demander dans quelle mesure la publicité de l'audience ne devrait pas constituer une faculté exceptionnelle.

Je m'inquiète du risque que nous courons si nous permettons, avec ce projet de loi, à des médecins, à des chercheurs, et même aux juges, d'agir sur les personnes malades sans qu'elles en soient véritablement informées, voire d'user de contrainte à leur encontre. Si, par exemple, on leur administre demain un médicament qui, dans dix ans, posera un certain nombre de problèmes, qu'advient-il ?

Pour ma part, madame la secrétaire d'État, je trouve très intéressante la possibilité qu'offrent les soins ambulatoires sans consentement. Vous l'avez dit tout à l'heure, les soins ambulatoires sont pratiqués dans toutes les pathologies : pourquoi ne pas le faire dans ce type de pathologie, et plus particulièrement au sein des prisons, où l'on ne peut espérer agir réellement pour la réinsertion de certains prisonniers sans commencer par une prise en charge thérapeutique ?

Je regrette cependant, madame la secrétaire d'État, que l'on renvoie au décret l'essentiel de la définition des modalités de ces soins ambulatoires sans consentement hors de prison, car cette définition pose de nombreuses questions que nous n'avons pas le temps d'examiner pour nous prononcer valablement. De même, je regrette que le Gouvernement ne nous ait pas présenté une loi de santé mentale qui nous aurait permis d'appréhender les soins sans consentement dans le contexte plus général de l'ensemble des formes de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux.

Madame la secrétaire d'État, vous nous avez annoncé un plan de santé mentale. Il aurait peut-être été préférable que nous ayons connaissance du contenu de ce plan et surtout des moyens – car, vous le savez bien, le problème des moyens se pose également – mis à disposition des soignants, des malades, des familles, avant de nous prononcer sur les mesures que vous nous proposez aujourd'hui.

Dans le contexte actuel, l'attente de nos concitoyens est immense en matière de santé et de confiance dans les autorités sanitaires. Certes, nous avons besoin d'une politique sécuritaire, nos concitoyens l'attendent également, mais toutes les personnes atteintes de troubles mentaux ne sont pas, pour autant, des criminels en puissance. C'est la raison pour laquelle nos concitoyens souhaitent une politique de la personne : ce chantier reste ouvert devant nous. (*Applaudissements sur plusieurs travées de l'UMP. – Mme la présidente de la commission des affaires sociales applaudit également.*)

M. le président. La parole est à M. Claude Jeannerot, sur l'article.

M. Claude Jeannerot. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, ce projet de loi s'inscrit dans un contexte difficile où le manque de moyens dans les services psychiatriques et le déficit de formation des infirmiers sont criants : le nombre de lits en hôpital psychiatrique a été réduit de moitié en vingt ans.

Que penser de ce projet de loi ? Une première analyse rapide pourrait nous faire conclure à quelques avancées.

La première de ces avancées est la diversification annoncée des modes de prise en charge du patient, alors que le cadre de la loi de 1990 prévoit uniquement l'hospitalisation complète. L'article 1^{er} de ce projet de loi prévoit que le patient puisse également bénéficier de soins ambulatoires : le rapport Strohl d'évaluation de la loi de 1990, le rapport Piel-Roelandt de 2001 ainsi que le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2005 préconisaient déjà cette évolution.

La seconde avancée qui semble se présenter tiendrait à l'intervention automatique du juge des libertés et de la détention après quinze jours d'hospitalisation, grâce à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010.

Or ces éléments, qui pourraient s'apparenter à des avancées en première analyse, ne peuvent en réalité s'apprécier comme tels, tout simplement parce qu'ils s'inscrivent dans un ensemble qui n'existe pas encore, cette fameuse « loi de santé mentale » que nous attendons, et qui aurait dû lui

donner sens. C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons souscrire à l'approche privilégiée par le Gouvernement dans le présent projet de loi.

Ce projet de loi n'est pas pertinent, car il n'envisage la pluralité des modes de prise en charge que sous l'angle des soins sans consentement. Or les psychiatres sont unanimes : soigner sans consentement est antinomique. Le principe de la contrainte rompt, par définition, le consentement et la confiance nécessaires à la thérapie. De plus, l'article 1^{er} méconnaît le rôle du patient dans sa propre guérison et nie le contrat implicite qui le lie à son médecin.

En fait, de nombreux collègues ont insisté sur ce point, ce projet de loi s'articule autour de préoccupations sécuritaires qui l'emportent sur l'aspect sanitaire et en font un texte très « tronqué ».

Enfin, le projet de loi me paraît dangereux au regard du respect des libertés : il instaure une période initiale « d'observation » et de soins en hospitalisation complète de soixante-douze heures. Cette disposition, qui ne prévoit pas l'intervention d'une autorité judiciaire, fait l'unanimité contre elle et est assimilée à une « garde à vue psychiatrique ».

Ainsi, l'article 1^{er} ne respecte pas l'équilibre qu'il aurait dû trouver : offrir à la personne qui souffre de troubles mentaux les meilleurs soins, protéger cet individu contre lui-même et éviter qu'il ne puisse nuire à autrui, ne limiter sa liberté que dans les limites strictement nécessaires.

Le Gouvernement a annoncé « un grand plan de santé mentale » pour l'automne et il nous est demandé de nous prononcer aujourd'hui sur ce texte, sans connaître le contenu de ce plan : c'est véritablement impossible !

Je regrette donc, vous l'aurez compris, que ce projet de loi ne soit pas la grande « loi de santé mentale » attendue et qu'il n'ait rien prévu de concret pour améliorer, sur les plans social, humain et sanitaire, la qualité et la continuité des soins indispensables. C'est pourquoi nous ne saurions voter cet article, comme le reste du projet de loi. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à Mme Patricia Schillinger, sur l'article.

Mme Patricia Schillinger. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, l'article 1^{er} porte sur les modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans leur consentement et sur le contrôle de ces mesures par le juge des libertés et de la détention : il est donc au cœur de la réforme.

Malheureusement, cette réforme intervient à la suite d'un fait divers survenu à Grenoble et crée, aujourd'hui, de nouvelles conditions d'hospitalisation et de soins sous contrainte. Une minorité de patients sont concernés et ce texte ne résout pas les nombreux problèmes actuels de la psychiatrie.

Ce projet de loi s'articule principalement autour de préoccupations sécuritaires qui vont jusqu'à étendre la contrainte aux soins ambulatoires. On s'oriente ainsi vers l'élargissement de la prise en charge sans consentement et vers la difficulté de plus en plus grande pour les patients de sortir des hôpitaux.

On peut se demander si l'obligation de soins, qui consiste à imposer à la personne de se rendre aux consultations, ne va pas renforcer son angoisse face aux soins et la braquer un peu plus.

Depuis une circulaire de 2010 adressée aux préfets pour leur demander de redoubler de précautions avant d'autoriser les personnes en hospitalisation d'office à bénéficier de sorties d'essai accordées par les médecins, de nombreux préfets refusent systématiquement les sorties préconisées par les médecins. Malheureusement, ce projet de loi renforce les prérogatives des préfets pour maintenir à l'hôpital des patients qui, médicalement, pourraient sortir. Il n'est pas tolérable d'enfermer des personnes dans un lieu pour des raisons qui n'ont rien à voir avec les soins. Même si le projet de loi prévoit que le juge se prononcera régulièrement sur toutes les hospitalisations sous contrainte – d'abord au quinzième jour, puis tous les six mois –, le préfet aura toujours le dernier mot, car il pourra faire appel de la décision du juge par l'intermédiaire du parquet.

Il est inacceptable de renforcer l'intrusion étatique dans le contrôle des soins, car il s'agit bien, ici, de donner la priorité à la défense de l'ordre public.

Par ailleurs, le fait que la liberté individuelle soit préservée par la présence du juge dans le dispositif ne nous rassure pas, car la justice est déjà bien encombrée.

De plus, ce projet de loi prévoit la possibilité de garder un malade en observation pendant soixante-douze heures à partir de son arrivée à l'hôpital. Cette garde à vue, qui devrait permettre de décider des modalités de soins, est devenue une « garde à vue psychiatrique », apparemment sans garantie particulière pour le patient. On veut donc stigmatiser la maladie mentale pour faire peur au public, on érige en principe la contrainte, en supprimant le consentement et la confiance, nécessaires pour la thérapie.

Or, ceux qui travaillent auprès des malades non seulement dénoncent la volonté de légiférer sur une question complexe comme l'obligation de soins, mais nous informent aussi que, lorsque l'hospitalisation est forcée, on rencontre plus d'échecs. Ils dénoncent également la possibilité de prodiguer des soins sans consentement au domicile d'un patient, car cette pratique, à leurs yeux, résume les soins à la contrainte et aux seuls traitements médicamenteux, alors que, depuis de nombreuses années, ils travaillent sur la confiance et le consentement. La solution ne repose pas uniquement sur l'enfermement des malades, qu'il soit physique ou chimique.

Enfin, je souhaiterais évoquer le problème du « casier psychiatrique *ad vitam eternam* », qui empêche la réintégration dans la société des personnes victimes de troubles mentaux. Il est essentiel d'instituer un « droit à l'oubli » pour les antécédents psychiatriques, qui ne devraient pas être mentionnés au-delà de dix ans.

Pour conclure, l'article 1^{er} tend davantage à garantir la sûreté des non-malades que des malades eux-mêmes, tout en insistant sur l'importance du rôle du préfet. Il est certain que la prise en considération du trouble à l'ordre public l'emporte sur la question de la qualité des soins. Les professionnels souhaitent un grand plan pour la santé mentale et non une réforme sécuritaire. Il devient urgent de traiter la psychiatrie d'une manière thérapeutique, avec une volonté politique et des moyens. En effet, les malades ont besoin d'un accompagnement humain de qualité et, pour cela, il faut des moyens humains, madame la secrétaire d'État. (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. Jack Ralite, sur l'article.

M. Jack Ralite. Monsieur le président, madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, jusqu'ici, considérant les humains, nos voisins proches ou lointains, avec un humanisme bien ancré, on les désignait par des mots simples : « jeunes », « vieux », « adultes », « ouvriers », « cadres », « chefs d'entre-

prise », « fonctionnaires », « aviateurs », « docteurs », « bonnes sœurs », « artistes »... Chacun s'y reconnaissait sans réfléchir ni hausser la voix.

Depuis un certain temps, notamment après les événements du 11 septembre 2001 aux États-Unis, après des morts violentes survenues en France, morts n'ayant plus rien à voir avec la rationalité, qui laisse alors place au délire, un vocabulaire nouveau est apparu, caractérisant ces hommes et ces femmes ayant connu un déchirement de la conduite.

Ce quelque chose de tragique est à rapprocher de la folie amoureuse, des crimes passionnels à l'égard desquels, c'est à noter, les jurés se montrent, très souvent, extrêmement indulgents. On constate que la folie est fragilité et composante incontournable de l'humain. L'inacceptable est inexplicable et la dogmatique du contrôle social, qui domine le projet gouvernemental, n'y peut rien, n'y pourra rien.

La peur s'est installée, ou plutôt a été installée. Comme le disait Franklin Roosevelt en 1933 – retenez la date! –: « La seule chose dont nous devons avoir peur, c'est de la peur elle-même. » Bien avant, Dostoïevski s'exprimait ainsi: « Ce n'est pas en enfermant son voisin qu'on se convainc de son propre bon sens. » On est passé du droit à la sûreté au droit à la sécurité, qui « repose sur l'illusion d'une vie sans dangers et légitime l'intrusion dans les vies individuelles », écrit la juriste Mireille Delmas-Marty. C'est l'avènement d'un mythe de la sécurité totale. Les sociétés de la peur en arrivent à appeler le voisin « pas comme eux » un barbare, à crier au forcené, au déséquilibré, à l'arriéré, à l'aliéné, au fou, comme autrefois on criait au loup.

Qui est le barbare? L'être étrange, l'être humain qui a quitté la ligne, l'attitude commune, l'homme dont le discours hoquette et s'égare, dont la conscience traverse des gouffres? L'homme qu'on ne regarde pas, à qui l'on ne sourit pas, qu'on laisse à l'écart, de l'autre côté, vers les rives de l'indéfinissable, dans un périmètre restreint? Ainsi se déconstruisent les liens sociaux. La guerre civile habite l'âme. C'est dénégateur d'humanité. Le virus de la barbarie s'empare de trop d'entre nous.

J'ai déjà été confronté à ce problème d'hommes et de femmes fracturés, fissurés, éclatés, parfois bousillés. C'était en 1981, quand, ministre de la santé du deuxième gouvernement Mauroy, j'avais constitué la commission Demay, du nom de son animateur, afin d'élaborer « Une voie française pour une psychiatrie différente ».

Le résultat fut un texte d'élan qui faisait l'Histoire, dans un moment où la société n'avait pas peur et rêvait d'avenir, alors qu'aujourd'hui le texte gouvernemental est un texte de banqueroute qui cisaille l'Histoire.

Le rapport Demay traite humainement des actes inhumains, le texte gouvernemental traite inhumainement la part de folie dans l'homme. Je veux lire des extraits de la réponse des psychiatres coauteurs dudit rapport: « Tout trouble mental est évolutif; l'expérience prouve que la chronicité n'est pas irréversible [...] La fonction des professionnels du champ de la psychiatrie est celle d'accompagnement de leurs patients et celle, éventuellement, de défense vis-à-vis du corps social et vis-à-vis des puissances de tutelle [...] Il est indispensable que les soignants puissent s'abstraire des valeurs morales, sociales, politiques dominantes. Celles-ci ne peuvent en aucun cas constituer le facteur déterminant de leur conduite professionnelle [...] Le concept de prévention, s'il se réfère à une notion de normalité, le concept de guérison, s'il se réfère à une normalisation [vont] à l'encontre de toute démarche thérapeutique dans le champ de la psychiatrie. »

Le rapport Demay fait œuvre de culture, de liberté, de construction d'« en commun », d'anti-barbarie enfin, et juge sans détours la pensée de l'actuel Président de la République, incapable de recul, d'interrogations, de doutes devant toute chose de la vie, surtout émotionnelle.

À tous ces êtres que nous considérons et respectons, l'État impose la norme, alors que la normalité, c'est la victoire de l'état sur le devenir, de l'identité sur la différence. Il ne faut plus d'hommes, de femmes entrés dans des histoires closes et privés du « risque de vivre », seul moyen pourtant d'avoir le « risque de guérir », tout cela étant caché par l'abominable mensonge du risque zéro.

C'est un malheur pour un pays que de vouloir des lois particulières.

C'est un bonheur de connaître le poème du Grec Constantin Cavafis *En attendant les barbares*:

« – Pourquoi nous être ainsi rassemblés sur la place ?

« Il paraît que les barbares doivent arriver aujourd'hui.

« – Et pourquoi le Sénat ne fait-il donc rien ?

« Qu'attendent les Sénateurs pour édicter des lois ?

« C'est que les barbares doivent arriver aujourd'hui.

« Quelles lois pourraient bien faire les Sénateurs ?

« Les barbares, quand ils seront là, dicteront les lois.

« – Pourquoi notre empereur s'est-il si tôt levé,

« et s'est-il installé, aux portes de la ville,

« sur son trône, en grande pompe, et ceint de sa couronne ?

« C'est que les barbares doivent arriver aujourd'hui.

« Et l'empereur attend leur chef

« pour le recevoir. Il a même préparé

« un parchemin à lui remettre, où il le gratifie

« de maints titres et appellations.

« – Pourquoi nos deux consuls et les préteurs arborent-ils

« aujourd'hui les chamarrures de leurs toges pourpres ?

« Pourquoi ont-ils mis des bracelets tout incrustés d'améthystes

« et des bagues aux superbes émeraudes taillées ?

« Pourquoi prendre aujourd'hui leurs cannes de cérémonie

« aux magnifiques ciselures d'or et d'argent ?

« C'est que les barbares doivent arriver aujourd'hui ;
« et pareilles choses éblouissent les barbares.

« – Et pourquoi nos dignes rhéteurs ne viennent-ils pas, comme d'habitude,

« faire des commentaires, donner leur point de vue ?

« C'est que les barbares doivent arriver aujourd'hui ;

« et ils n'ont aucun goût pour les belles phrases et les discours.

« – D'où vient, tout à coup, cette inquiétude

« et cette confusion (les visages, comme ils sont devenus graves!) ?

« Pourquoi les rues, les places, se vident-elles si vite,

« et tous rentrent-ils chez eux, l'air soucieux ?

« C'est que la nuit tombe et que les barbares ne sont pas arrivés.

« Certains même, de retour des frontières,

« assurent qu'il n'y a plus de barbares.

« Et maintenant qu'allons-nous devenir, sans barbares ?

« Ces gens-là, en un sens, apportaient une solution. »

(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste, ainsi que sur certaines travées du RDSE.)

M. le président. L'amendement n° 44, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Le Conseil constitutionnel a considéré que le juge des libertés et de la détention devait impérativement intervenir dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers. Il a pour cela posé une date limite, le 1^{er} août de cette année, et nous contraint à légiférer dans l'urgence.

Or je constate que le Gouvernement s'est saisi de l'opportunité créée par cette décision, rendue à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité, ou QPC, pour insérer des dispositions qui n'ont aucun rapport avec le rôle du juge des libertés et de la détention.

Cette QPC, qu'a évoquée tout à l'heure M. Bertrand lors de son passage éclair au banc des ministres, ne sert en réalité que de prétexte puisque l'essentiel des mesures contenues dans ce projet de loi sont dédiées à l'organisation des soins sans consentement.

Sur ce texte, le Gouvernement nous donne l'impression d'avoir joué la montre. Connaissant le recours engagé par un justiciable, il n'a pas demandé son inscription à l'ordre du jour de l'une des deux assemblées, alors que son dépôt date tout de même du 10 mai 2010, il y a un an. Sans doute

attendait-il, madame la secrétaire d'État, que les juges constitutionnels rendent leur décision pour imposer un examen en urgence et priver ainsi les parlementaires de toutes latitudes. Si telle n'était pas sa volonté, c'est en tout cas la situation dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui.

Or, voyez-vous, l'intervention du juge des libertés et de la détention, si nous ne la contestons pas, nous semble trop tardive. De plus, les missions dévolues à ce dernier sont trop limitées, particulièrement au vu du rôle exorbitant que le projet de loi attribue aux préfets.

Enfin, le texte demeure étrangement silencieux pour ce qui est des moyens financiers nécessaires à son application ; Mme Hermange l'a d'ailleurs souligné voilà quelques instants. Lorsqu'on connaît la situation du ministère de la justice, on sait qu'il aura bien des peines, par exemple, à financer la télé-audience, pourtant prévue, au-delà même de ce que l'on peut penser de cette disposition, à laquelle, pour ma part, je suis fortement opposée, et pas seulement pour un problème financier.

On sait également que la mise en œuvre du projet de loi nécessiterait dans chaque établissement psychiatrique la mobilisation d'au moins deux professionnels.

Tout cela se faisant à coût constant, on devine que la première conséquence sera la réduction du nombre de soignants. Ce n'est pas ainsi, me semble-t-il, que l'on pourra répondre aux besoins de malades en grande difficulté.

Bref, mes chers collègues, tout porte à croire que le projet de loi sera au final inapplicable, exception faite, bien sûr, des mesures sécuritaires qu'il contient. Aussi, le seul moyen de se préserver d'une telle situation réside dans la suppression, un à un, des articles qui le composent. C'est ce que nous vous invitons à faire. *(Applaudissements sur plusieurs travées du groupe CRC-SPG. – M. André Vantomme applaudit également.)*

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur cet amendement qui vise à supprimer l'ensemble des dispositions de l'article 1^{er}.

À titre personnel, je me dois de dire que ces dernières sont utiles et nécessaires, notamment celles qui prévoient normalement le contrôle du juge des libertés et de la détention sur les hospitalisations. C'est la raison pour laquelle je suis moi-même défavorable à l'amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement ne peut être favorable à la suppression de l'article 1^{er} du projet de loi, qui fonde l'ensemble des modifications proposées au régime des hospitalisations psychiatriques sans consentement et qui comporte en particulier, comme vient de le rappeler M. le rapporteur, les dispositions prises pour la mise en œuvre de la décision du Conseil constitutionnel sur le contrôle que doit exercer le juge sur lesdites hospitalisations.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 44.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe CRC-SPG.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du dépouillement du scrutin n° 206 :

Nombre de votants	338
Nombre de suffrages exprimés	337
Majorité absolue des suffrages exprimés	169
Pour l'adoption	151
Contre	186

Le Sénat n'a pas adopté.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 439 rectifié, présenté par MM. Mézard, Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Le livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - L'intitulé du livre II est ainsi rédigé :

« Droits et protection des personnes atteintes d'un trouble mental »

II. - Le chapitre I^{er} du titre I^{er} est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 3211-12, après le mot : « statuant », sont insérés les mots : « dans les plus brefs délais » ;

2° Après l'article L. 3211-12, sont insérés les articles L. 3211-12-1 à L. 3211-12-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 3211-12-1. - I. - L'hospitalisation d'un patient sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement, lorsque l'hospitalisation a été prononcée en application du chapitre II, ou par le représentant de l'État dans le département, lorsqu'elle a été prononcée en application du chapitre III du présent titre, de l'article L. 3214-3 du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, n'ait statué sur cette mesure :

« 1° Avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application des chapitres II ou III du présent titre ou de l'article L. 3214-3 ;

« 2° Avant l'expiration d'un délai de trois mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation sans consentement en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale, soit toute décision prise par le juge des libertés et de la détention en application de l'article L. 3211-12 du présent code, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation depuis cette décision. Toute décision du juge des libertés et de la détention prise avant l'expiration de ce délai sur le fondement de l'un des mêmes articles 706-135 ou L. 3211-12 ou du présent article fait courir à nouveau ce délai.

« Toutefois, lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné avant l'expiration de l'un des délais mentionnés aux 1° et 2° du présent I une expertise, à titre exceptionnel, en considération de l'avis conjoint des deux psychiatres mentionnés au II de cet article, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des chapitres II ou III du présent titre. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au quatrième alinéa du présent I doit être produite, dans une limite maximale fixée par décret en Conseil d'État. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« II. - La saisine mentionnée au I du présent article est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation.

« III. - Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation sans consentement.

« IV. - Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais mentionnés au I, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais.

« Si le juge des libertés et de la détention est saisi après l'expiration d'un délai fixé par décret en Conseil d'État, il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de la saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense.

« Art. L. 3211-12-2. - Lorsqu'il est saisi en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1, le juge statue après débat contradictoire.

« À l'audience, la personne hospitalisée sans son consentement est entendue, assistée de son avocat. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

« Art. L. 3211-12-3. - Le juge des libertés et de la détention saisi en application de l'article L. 3211-12-1 peut, si un recours a été formé sur le fondement de l'article L. 3211-12, statuer par une même décision suivant la procédure prévue à l'article L. 3211-12-1.

« Art. L. 3211-12-4. - L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application des articles L. 3211-12 ou L. 3211-12-1 est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué, qui statue à bref délai. L'appel formé à son encontre n'est pas suspensif. Le débat peut être tenu dans les conditions prévues par l'article L. 3211-12-2. »

III. - Le chapitre II du titre I^{er} est ainsi modifié :

1° Le second alinéa de l'article L. 3212-4 est complété par les mots : « ainsi qu'au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil » ;

2° L'article L. 3212-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3212-7.* - Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'hospitalisation, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si l'hospitalisation est toujours nécessaire.

« Au vu de ce certificat, l'hospitalisation peut être maintenue par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le directeur de l'établissement pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités, sur la base d'un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement dans les trois jours précédant l'expiration de la période en cause.

« Le défaut de production d'un des certificats susvisés entraîne la levée de l'hospitalisation.

« Les copies de ces certificats médicaux sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. Une copie du certificat mentionné au premier alinéa du présent article est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement. »

IV. - Le chapitre III du titre I^{er} est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 3213-1, après la référence : « L. 3222-5 », sont insérés les mots : « ainsi qu'au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement » ;

2° L'article L. 3213-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « Dans les quinze jours, puis un mois après » sont remplacés par les mots : « Après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour puis dans le mois qui suit » ;

b) La dernière phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Les copies des certificats médicaux prévus au présent article sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. Une copie du certificat médical établi, en application du premier alinéa du présent article, après le cinquième jour et au plus tard le huitième jour qui suit l'hospitalisation est également adressée sans délai au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil. » ;

3° L'article L. 3213-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3213-4.* - Au vu du premier certificat mentionné au premier alinéa de l'article L. 3213-3, le représentant de l'État dans le département peut prononcer le maintien de l'hospitalisation pour une

durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le représentant de l'État, après avis motivé d'un psychiatre, dans le département pour une nouvelle période de trois mois puis pour des périodes de six mois maximum renouvelables selon les mêmes modalités.

« Faute de décision du représentant de l'État à l'issue de chacun des délais prévus au premier alinéa, la levée de la mesure de soins est acquise.

« En outre, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, attestant que les conditions ayant justifié l'hospitalisation ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5. »

V. - Le chapitre IV du titre I^{er} est ainsi modifié :

1° L'article L. 3214-2 du même code est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « L. 3211-12 » est remplacée par les références : « L. 3211-12 à L. 3211-12-4 » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'avis mentionné au II de l'article L. 3211-12-1 est pris après consultation par tout moyen d'un psychiatre intervenant dans l'établissement pénitentiaire dans lequel la personne détenue était incarcérée avant son hospitalisation. » ;

c) Au second alinéa, après la référence : « L. 3211-12 », est insérée la référence : « ou L. 3211-12-1 » ;

2° Au quatrième alinéa de l'article L. 3214-3, après la référence : « L. 3222-5 », sont insérés les mots : « et le juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement ».

La parole est à M. Jacques Mézard.

M. Jacques Mézard. Cet amendement a pour objet de réécrire complètement l'article 1^{er}, tout simplement pour mettre en conformité la situation avec la décision du Conseil constitutionnel de novembre 2010.

Dans son intervention lors de la discussion générale, le rapporteur nous a rappelé, je l'ai dit tout à l'heure, que c'est parce qu'il y avait eu la décision du Conseil constitutionnel que ce texte a été présenté au Sénat, sinon nous n'en aurions pas été saisis.

Puisque le Sénat n'a pas voté la suppression de l'article 1^{er}, il nous est apparu sage de réécrire ce dernier en calant sa rédaction sur les nécessités découlant de la décision du Conseil constitutionnel.

Les ajustements, notamment par lettre rectificative, dont ce projet de loi a fait l'objet au cours de son élaboration et l'imbroglie parlementaire inédit survenu lors du vote final de la commission des affaires sociales témoignent, s'il en est besoin après tout ce que nous avons déjà dit, combien la réforme proposée de l'hospitalisation sous contrainte est mal préparée et mal ficelée.

Que dire de la période d'observation de soixante-douze heures, qui s'apparente, cela a été dit, à « une garde à vue psychiatrique » ?

Que dire de la multiplication des avis médicaux, disposition qui ignore totalement l'insuffisance sur le terrain des moyens dévolus à notre système de santé ?

Outre les deux certificats nécessaires à l'admission du patient, nous avons compté pas moins de six avis de psychiatres dans la semaine qui suit cette admission : un certificat à vingt-quatre heures, un autre à soixante-douze heures, puis un avis motivé proposant la forme de prise en charge, un nouveau certificat entre le cinquième et le huitième jour et, enfin, un avis conjoint de deux psychiatres pour la saisine du juge, saisine qui sera désormais systématique en cas d'hospitalisation complète.

M. Guy Fischer. Voilà la réalité !

M. Jacques Mézard. Et ce n'est pas fini ! Pour certains malades, ceux qui sont déclarés irresponsables pénalement ou qui séjournent dans une unité pour malades difficiles, et dont la dangerosité apparaît comme élevée, il faut ajouter à ces six avis celui d'un collège de soignants composé de deux psychiatres et d'un membre de l'équipe participant à la prise en charge, ainsi que deux expertises émanant de deux psychiatres étrangers à l'établissement. Voilà potentiellement dix psychiatres mobilisés ! Sur le terrain, nous le savons tous, c'est un système strictement irréaliste,...

M. Guy Fischer. Il est en effet irréaliste !

M. Jacques Mézard. ... qui ne pourra pas fonctionner.

Mme Raymonde Le Texier. Effectivement !

M. Jacques Mézard. Pour ces derniers malades, le projet de loi crée un nouvel outil : le casier psychiatrique, dont nous aurons sans doute l'occasion de parler.

Certes, il faut tenir compte des antécédents, mais faisons davantage confiance aux psychiatres. Or, madame la secrétaire d'État, par le décret statutaire d'octobre 2010, vous avez détruit l'indépendance des psychiatres hospitaliers en supprimant la nomination ministérielle.

Tout cela n'est pas raisonnable ! Vous n'ignorez pas la pénurie de spécialistes médicaux et d'infirmiers, notamment en zones rurales. Vous n'ignorez pas les problèmes de fonctionnement des services psychiatriques dans nos hôpitaux publics, l'impossibilité pour nombre d'entre eux de pourvoir les postes de praticiens hospitaliers.

Comment ce texte, alambiqué, qui a fait l'objet d'un certain nombre de modifications de la part du Gouvernement lui-même et vient de donner lieu à de nouveaux amendements qui viennent d'être déposés par le rapporteur de la commission des lois, ce qui est tout à fait logique, ce texte qui est un assemblage de procédures complexes, voire contradictoires, qui accordent de surcroît la prépondérance aux décisions administratives, pourrait-il être applicable ?

En fait, nous le savons tous, la réflexion est bien loin d'être aboutie sur l'étendue du contrôle judiciaire des mesures de contrainte, la gestion de la contrainte à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Le renvoi à des décrets de manière systématique, évoqué voilà quelques instants par notre collègue Mme Hermange, est révélateur de l'absence de finition de ce texte.

C'est pourquoi nous proposons, au travers de cet amendement, de limiter le texte à la seule exigence du Conseil constitutionnel d'un contrôle juridictionnel du maintien de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement avant l'expiration des quinze premiers jours. Ce serait sagesse,...

Mme Raymonde Le Texier. Tout à fait !

M. Jacques Mézard. ... comme l'a dit, d'ailleurs, la Commission nationale consultative des droits de l'homme. Le Sénat s'est souvent distingué par sa sagesse ; aussi, je ne doute pas, mes chers collègues, que vous serez sensibles à cet argument.

Par souci d'efficacité et, là encore, dans un esprit constructif, cet amendement prévoit que le contrôle du juge des libertés et de la détention est étendu à toutes les procédures d'hospitalisation, à la demande d'un tiers et sur décision du préfet, le Conseil constitutionnel ayant déjà été saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité sur les articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du code de la santé publique en ce qu'ils portent atteinte au droit à la protection de la liberté individuelle par l'autorité judiciaire, garantie par l'article 66 de la Constitution.

Ainsi, tout a été réuni dans le même article : le principe du contrôle et ses conséquences sur chacune des procédures d'hospitalisation.

Madame la secrétaire d'État, mes chers collègues, cet amendement, s'il est adopté, permettra de poursuivre la concertation pour élaborer ce dont nous avons besoin, c'est-à-dire une réforme convaincante qui soit tournée vers la prise en charge de la maladie mentale, dans le respect des libertés individuelles, des impératifs de sécurité et des impératifs techniques de l'exercice d'une psychiatrie moderne. (*Applaudissements sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. L'amendement n° 483 rectifié, présenté par Mme Escoffier, MM. Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Placade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – Au premier alinéa de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, après le mot : « statuant », sont insérés les mots : « dans les plus brefs délais ».

II. – Le chapitre II du titre 1^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 3212-4 est complété les mots : « ainsi qu'au juge des libertés et de la détention compétent dans le ressort duquel se trouve l'établissement d'accueil » ;

2° L'article L. 3212-7 est ainsi rédigé :

« Dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si l'hospitalisation est toujours nécessaire.

« Au vu de ce certificat et sous réserve de la décision du juge des libertés et de la détention saisi en application du II du présent article, l'hospitalisation peut être maintenue par le directeur de l'établissement pour une durée maximale d'un mois. Au-delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le directeur de l'établissement pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités, sur la base d'un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement dans les trois jours précédant l'expiration de la période en cause.

« Le défaut de production d'un des certificats susvisés entraîne la levée de l'hospitalisation.

« Les copies des certificats médicaux sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. » ;

3° Après l'article L. 3212-7, il est inséré un article ainsi rédigé :

« Art. L. 3212-7-1. – L'hospitalisation d'un patient sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le juge des libertés et de la détention, préalablement saisi par le directeur de l'établissement, n'ait statué sur cette mesure avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission prononcée en application des articles L. 3212-1 à L. 3212-3.

« La saisine est accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation.

« Lorsque le juge des libertés et de la détention a ordonné avant l'expiration du délai mentionné au premier alinéa du présent article, une expertise en considération de l'avis conjoint des deux psychiatres, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. L'hospitalisation du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin en application des articles L. 3212-8 et L. 3212-9. L'ordonnance mentionnée au présent alinéa peut être prise sans audience préalable.

« Le juge fixe les délais dans lesquels l'expertise mentionnée au troisième alinéa du présent article doit être produite. Passés ces délais, il statue immédiatement.

« Le juge des libertés et de la détention ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation sans consentement.

« Lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas été saisi ou n'a pas statué dans le délai mentionné au premier alinéa du présent article, la mainlevée est acquise.

« Le juge statue après débat contradictoire. À l'audience, la personne hospitalisée sans son consentement est entendue, assistée de son avocat. Si, au vu d'un avis médical, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office.

« L'ordonnance du juge des libertés et de la détention prise en application du présent article est susceptible d'appel devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué, qui statue à bref délai. L'appel formé à son encontre n'est pas suspensif. »

La parole est à Mme Anne-Marie Escoffier.

Mme Anne-Marie Escoffier. Il s'agit en quelque sorte d'un amendement de repli, un peu plus simplifié que celui qui vient d'être présenté très largement et excellemment par mon collègue Jacques Mézard.

Comme je l'avais souligné dans mon intervention lors de la discussion générale, un dispositif est absolument nécessaire et nous avons été nombreux à rappeler l'attention que nous

portons à ces malades, à ces personnes fragilisées et aux soins que nous voulons pouvoir leur apporter, ainsi qu'à leur famille.

Pour autant, le texte tel qu'il est proposé, dont nous proposons de modifier l'article 1^{er}, est très complexe. Jacques Mézard vient de rappeler le nombre d'expertises médicales requises, de psychiatres dont l'avis médical serait sollicité.

Au travers de cet amendement, nous proposons purement et simplement l'application stricte de la décision du Conseil constitutionnel, telle que nous l'avons déjà évoquée à plusieurs reprises cet après-midi, afin de mettre sur pied un dispositif respectueux des personnes, de leurs droits, et des trois principes vertueux et institutionnels que j'ai cités précédemment.

C'est donc un dispositif qui, s'il était adopté, nous permettrait de repartir sur de nouvelles bases, considérablement améliorées. Je ne doute pas que notre assemblée aura la sagesse, comme cela vient d'être dit, de choisir cette solution. (*Applaudissements sur certaines travées du RDSE, ainsi que sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. L'amendement n° 439 rectifié réduit l'ensemble des dispositions de l'article 1^{er} à la seule création d'un contrôle juridictionnel sur les hospitalisations sans consentement. Cependant, bien d'autres dispositions sont également nécessaires, notamment en ce qui concerne les droits des patients. La commission a émis un avis favorable. En revanche, à titre personnel, j'émet un avis défavorable.

L'amendement n° 483 rectifié vise à réécrire l'ensemble des dispositions de l'article 1^{er} en les réduisant, comme l'amendement précédent, à la seule création d'un contrôle juridictionnel sur les hospitalisations sans consentement. La commission a émis un avis favorable. À titre personnel, estimant que l'article 1^{er} doit être maintenu, j'émet un avis défavorable.

M. Guy Fischer. Et voilà ! Il en sera ainsi pendant une semaine !

Mme Raymonde Le Texier. C'est compliqué !

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 439 rectifié qui remet en cause l'équilibre du projet de loi.

Il tend à instaurer une intervention du juge dans les quinze jours de l'admission en hospitalisation sans consentement, puis tous les trois mois au lieu des six mois prévus par le texte. De telles saisines feraient peser une charge très lourde sur les juridictions, comme sur les équipes médicales.

Par ailleurs, l'amendement n'apporte aucune précision sur les modalités de tenue de l'audience et supprime la possibilité de tout recours suspensif.

M. Guy Fischer. Et voilà !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'amendement n° 483 rectifié s'inscrit dans la même démarche que le précédent. Aussi, le Gouvernement émet, là encore, un avis défavorable.

J'ajoute que cet amendement introduit le contrôle de plein droit du juge dans le chapitre sur l'hospitalisation à la demande de tiers, alors même que ce contrôle concerne tant l'hospitalisation d'office que l'hospitalisation à la demande de tiers.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 439 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 483 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 4, présenté par M. Lecerf, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Avant l'alinéa 1

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - L'intitulé du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Droits et protection des personnes atteintes d'un trouble mental »

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

M. Jean-Jacques Hyest, président de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. Cet amendement vise à remplacer l'intitulé actuel du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, « Lutte contre les maladies mentales », par un intitulé moins stigmatisant pour les personnes atteintes d'un trouble mental et qui met, en outre, l'accent sur l'intervention désormais systématique du juge judiciaire en cas d'hospitalisation sous contrainte. Nous proposons, par coordination avec l'intitulé du projet de loi, le titre suivant : « Droits et protection des personnes atteintes d'un trouble mental ».

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission émet un avis favorable. Cet amendement vise à remplacer l'intitulé du livre II de la troisième partie du code de la santé publique, consacré à la lutte contre les maladies mentales, par un nouvel intitulé qui viserait les droits et la protection des personnes atteintes d'un trouble mental.

Toutefois, deux motifs s'opposent à ce changement d'intitulé. D'une part, le livre II concerne non seulement les droits et la protection des personnes, mais également l'organisation de la psychiatrie. D'autre part, il paraît préférable de conserver l'expression « maladies mentales », car elle est plus précise que celle de « trouble mental », peu signifiante pour les professionnels. *(M. Jean Desessard s'exclame.)*

Mme Raymonde Le Texier. C'était l'explication de vote de M. Lorrain, pas l'avis de la commission !

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En réalité, aucun enjeu juridique ne s'attache à cette question. Le code de la santé publique a été recodifié voilà peu, et la troisième partie de ce code, dans laquelle s'insère le titre II relatif à la lutte contre les maladies mentales, s'intitule désormais « Lutte contre les maladies et dépendances ». Elle comporte différents livres, dont les intitulés commencent tous par les termes « Lutte contre ». Le bon ordonnancement de ce code exige que l'on conserve ce parallélisme des formes.

Par ailleurs, la dénomination proposée, en mentionnant les droits et la protection des personnes atteintes d'un trouble mental, prêterait à confusion par rapport au livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, intitulé « Protection des personnes en matière de santé », et à son titre I^{er}, intitulé « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé ».

Pour ces raisons, je vous demande, monsieur le président Hyest, de bien vouloir retirer cet amendement.

M. le président. Monsieur le président de la commission des lois, l'amendement n° 4 est-il maintenu ?

M. Jean-Jacques Hyest, président de la commission des lois. Nous aurons l'occasion de défendre des points plus importants. Cet amendement étant surtout d'ordre symbolique, j'accepte de le retirer. *(Marques d'ironie sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.)*

M. le président. L'amendement n° 4 est retiré.

11

MODIFICATION DE L'ORDRE DU JOUR

M. le président. Par lettre en date du 10 mai 2011, le Gouvernement a demandé au Sénat de prévoir, d'une part, le début de l'examen des projets de loi organique et ordinaire relatifs aux collectivités de Guyane et de Martinique le jeudi 12 mai 2011, à 9 heures 30 et, d'autre part, la suite éventuelle de l'examen du projet de loi relatif aux soins psychiatriques le vendredi 13 mai 2011, à 9 heures 30, à 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit. *(Mme Raymonde Le Texier et M. Guy Fischer s'exclament.)*

Y a-t-il des oppositions sur cette éventuelle séance vendredi prochain ?...

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Nous y sommes opposés par principe ! Lorsque nous avons appris que seuls deux jours seraient consacrés à l'examen de ce texte, nous nous sommes demandé comment il serait possible d'y parvenir dans des conditions dignes, permettant d'aller au fond des problèmes.

Nous ne souhaitons pas que le Sénat siège ce vendredi. Car cela va continuer jusqu'à la fin juillet ! On nous a en effet avertis qu'il y aurait une session extraordinaire, qui se prolongerait après le 14 juillet...

Voilà comment travaille ce gouvernement,...

M. Jean Desessard. Et le Sénat !

M. Guy Fischer. ... et c'est inacceptable ! Notre réponse est donc : non, non et non ! *(Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste. – M. Jacques Mézard applaudit également.)*

M. le président. La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Pour notre part, nous voulons continuer notre travail, en collaboration avec le rapporteur, la présidente de la commission des affaires sociales et le président de la commission des lois, afin de faire évoluer ce texte dans le sens que nous souhaitons, de ne pas perdre le fil et d'être psychologiquement prêts à poursuivre.

M. Jean Desessard. Ce matin, en commission, vous n'étiez pas prêts !

M. le président. Je consulte le Sénat sur l'ouverture éventuelle d'une séance vendredi prochain.

(La modification de l'ordre du jour est adoptée.)

M. Jean Desessard. J'espère que ceux qui ont voté pour seront là vendredi ! En général, c'est Pasqua qui est là le vendredi ! *(Sourires.)*

M. le président. L'ordre du jour s'établit donc comme suit :

Mercredi 11 mai 2011

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 14 heures 30 :

1° Suite du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (n° 361, 2010-2011 ; texte de la commission, n° 488 rectifié, 2010-2011) ;

Le soir :

2° Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité (n° 492, 2010-2011).

Jeudi 12 mai 2011

À 9 heures 30 :

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

1° Projet de loi organique portant diverses mesures de nature organique relatives aux collectivités régies par l'article 73 de la Constitution (procédure accélérée) (texte de la commission, n° 468, 2010-2011) et projet de loi relatif aux collectivités de Guyane et de Martinique (procédure accélérée) (texte de la commission, n° 469, 2010-2011) ;

(La conférence des présidents a décidé que ces deux textes feraient l'objet d'une discussion générale commune.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements à ces deux textes le mercredi 11 mai 2011, le matin) ;

À 15 heures, le soir et, éventuellement, la nuit :

2° Questions d'actualité au gouvernement ;

(L'inscription des auteurs de questions devra être effectuée à la division des questions et du contrôle en séance avant 11 heures) ;

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

3° Suite des projets de loi organique et ordinaire relatifs aux collectivités de Guyane et de Martinique ;

4° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, autorisant la ratification du protocole modifiant le protocole sur les dispositions transitoires annexé au traité sur l'Union européenne, au traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et au traité instituant la Communauté européenne de l'énergie atomique (texte de la commission, n° 460, 2010-2011) ;

(La commission des affaires étrangères se réunira pour examiner les amendements le mercredi 11 mai 2011, le matin) ;

5° Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à l'élection des représentants au Parlement européen (texte de la commission, n° 471, 2010-2011) ;

(La commission des lois se réunira pour examiner les amendements le mercredi 11 mai 2011, le matin) ;

La conférence des présidents a décidé que ces deux textes feraient l'objet d'une discussion générale commune.

La conférence des présidents a fixé à deux heures la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale commune, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire, avant 17 heures, le mercredi 11 mai 2011) ;

6° Projet de loi relatif au maintien en fonctions au-delà de la limite d'âge de fonctionnaires nommés dans des emplois à la décision du Gouvernement (procédure accélérée) (texte de la commission, n° 473, 2010-2011) ;

(La conférence des présidents a fixé à une heure la durée globale du temps dont disposeront, dans la discussion générale, les orateurs des groupes ou ne figurant sur la liste d'aucun groupe ; les inscriptions de parole devront être faites à la division de la séance et du droit parlementaire, avant 17 heures, le mercredi 11 mai 2011.

La commission des lois se réunira pour examiner les amendements le mercredi 11 mai 2011, le matin).

Vendredi 13 mai 2011

Ordre du jour fixé par le Gouvernement :

À 9 heures 30, à 14 heures 30, le soir et, éventuellement, la nuit :

- Suite éventuelle du projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt-deux heures.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-neuf heures cinquante-cinq, est reprise à vingt-deux heures deux.)

M. le président. La séance est reprise.

12

SOINS PSYCHIATRIQUES**SUITE DE LA DISCUSSION D'UN
PROJET DE LOI**

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Mme Christiane Demontès. Il n'y a pas de ministre !

M. Jean-Pierre Michel. Ça ne change rien !

M. Jacky Le Menn. On peut la remplacer !

M. le président. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-deux heures trois, est reprise à vingt-deux heures cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 1^{er} (suite)

M. le président. Au sein de l'article 1^{er}, nous en sommes parvenus à vingt-trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 45 rectifié est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 87 est présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 2 à 20

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour présenter l'amendement n° 45 rectifié.

Mme Isabelle Pasquet. Les alinéas 2 à 20 de l'article 1^{er} ouvrent la possibilité de préférer, quasi systématiquement, des soins psychiatriques en ambulatoire à toute forme d'hospitalisation dans un établissement de santé adapté.

Certes, comme disait Dostoïevski en son temps, « ce n'est pas en enfermant ton prochain dans une maison de santé que tu prouveras ta raison », mais ce n'est pas davantage en enfermant son prochain dans une « camisole chimique » à son domicile personnel que l'on prouvera sa raison !

Si la mise en place de soins psychiatriques réalisés en ambulatoire peut apparaître, notamment pour les soins sans consentement, « bénéfique pour le patient » et respectueuse de « son autonomie » puisqu'elle se présente comme une alternative à l'enfermement des personnes atteintes de troubles mentaux, il ne s'agit en réalité que d'un trompe-l'œil.

En effet, la substitution des soins psychiatriques imposés sous forme ambulatoire à une hospitalisation obligatoire n'aura aucune incidence sur l'autonomie du patient, car, qu'il soit en hôpital ou à son domicile, celui-ci sera toujours contraint de subir des soins. Et quels soins ? À l'évidence, des soins médicamenteux, puisque à domicile l'encadrement dont il pourrait bénéficier dans une structure médicale adaptée n'existerait plus !

De surcroît, en consacrant la possibilité de dispenser des soins sans consentement à domicile, la nouvelle rédaction de l'article L. 3211-1 du code de la santé publique aura des conséquences dramatiques pour les familles de ces malades, lesquelles devront, outre les prendre en charge et veiller au respect de leur obligation de soins, assumer seules la responsabilité civile du fait des patients qui leur seront confiés.

De même, et sans même parler des logements insalubres, si ces soins psychiatriques sous forme ambulatoire sont censés favoriser un maintien à domicile des personnes atteintes de troubles mentaux, *quid* des personnes malades sans famille ou ayant rompu tout contact avec celle-ci qui feront l'objet de soins sans consentement ? Qui veillera au respect de l'obligation de soins ? D'ailleurs, de manière générale, les familles restent perplexes quant à la réalité pratique d'une prise en charge des malades sous forme ambulatoire.

Voici ce que dit ainsi le père d'une personne souffrant de maladie mentale : « Cette loi est inutile. On n'évoque ni l'accompagnement du malade ni la question du logement. On ne traite que de la contrainte. Qui accompagnera les personnes sous contrainte ? Qui les logera ? Rien n'est dit. » Cela, nous devons aussi l'entendre. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG.*)

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 87.

M. Jacky Le Menn. Mes collègues de la commission des affaires sociales reconnaîtront cet amendement visant à supprimer les alinéas 2 à 20 de l'article 1^{er} puisqu'il leur avait été présenté par le rapporteur initial ; nous reprenons cet amendement que nous avons voté alors.

Le présent projet de loi prévoit la création de soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète, c'est-à-dire en ambulatoire, voire à domicile.

Si l'objectif de diversification des modes de prise en charge est louable, les soins psychiatriques sans consentement sous une autre forme que l'hospitalisation complète ne font l'objet d'aucune définition précise dans le texte et soulèvent ainsi de nombreuses interrogations.

Par exemple, que contiendrait le protocole de soins nouvellement édicté ? Quelles seraient les conditions de sa mise en œuvre ? Quelles seraient les personnes habilitées à avoir connaissance de ce protocole ? Que faire si le protocole n'était pas respecté par le malade ? Autant de questions qui restent en suspens, alors même que le dispositif doit entrer en vigueur le 1^{er} août prochain, soit dans moins de trois mois !

Dans ce contexte, il n'est pas surprenant que de nombreuses craintes aient été exprimées par les praticiens et les familles.

La première de ces craintes a trait à la contrainte supplémentaire qui pèserait sur le malade. En effet, la dérogation au droit de tout malade de consentir aux soins qu'il reçoit serait étendue, dans la mesure où la contrainte serait exercée non plus seulement au sein d'un établissement hospitalier, mais aussi hors de ses murs. Autrement dit, la contrainte « s'exporterait ». Or, par définition, la contrainte s'oppose au consentement, facteur pourtant essentiel à la réussite des traitements thérapeutiques relatifs à la maladie mentale, comme je l'ai déjà dit dans la discussion générale.

D'un point de vue médical, il est donc primordial d'encadrer davantage la pratique des soins psychiatriques sans consentement prenant une forme autre que l'hospitalisation complète.

En outre, dès lors que les soins précités auraient lieu en ambulatoire, voire à domicile, le contrôle de leur nécessité et de leur proportionnalité deviendrait plus difficile.

Il s'ensuit logiquement que le dispositif prévu par le projet de loi est excessivement attentatoire aux libertés publiques. Les libertés individuelles, d'aller et venir, le droit au recours, le respect de la vie privée, la protection du domicile sont autant de droits fondamentaux insuffisamment réaffirmés et garantis par le projet de loi.

Enfin, envisager la pratique de soins sans consentement en ambulatoire, voire à domicile, nécessite de prendre en considération l'organisation et les moyens des services médicaux psychiatriques. Or le contexte actuel est marqué par une insuffisance de ressources et des difficultés en matière de recrutement, notamment d'infirmiers, voire de psychiatres.

Aussi le système d'expertise sur lequel reposent le jeu des – nombreux – certificats et les examens effectués par le collège des soignants, nouvellement créé, requiert-il une augmentation et une meilleure répartition des effectifs sur le territoire.

En somme, ce projet de loi est, en l'état, tout à fait inapplicable. Par conséquent, il serait déraisonnable, voire irresponsable, de valider le dispositif envisagé par le Gouvernement, qui consiste à étendre la pratique des soins psychiatriques sans consentement en dehors des établissements hospitaliers.

L'ampleur et la portée d'une telle réforme sont trop importantes pour faire l'économie d'une concertation approfondie avec les praticiens et les familles.

À ce stade de la réflexion, qui n'en est qu'à ses prémices, il est préférable d'en rester à la situation actuelle : une hospitalisation sans consentement assortie de sorties d'essai lorsque la santé mentale du patient le permet, d'où le dépôt de cet amendement.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 477 rectifié, présenté par Mme Payet et M. Détraigne, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Remplacer les mots :

faisant l'objet de

par les mots :

recevant des

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. Cet amendement vise à proposer une modification rédactionnelle de l'intitulé du chapitre I^{er}.

En effet, il semble regrettable que figure dans l'intitulé comme dans les dispositions du projet de loi un nombre considérable de locutions telles que : « fait l'objet » à propos de personnes qui souffrent de troubles mentaux mais qui n'en demeurent pas moins des personnes.

Cette maladresse est indiscutablement péjorative et mérite d'être corrigée.

M. le président. L'amendement n° 5, présenté par M. Lecerf, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

et les mots : « prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre » sont remplacés par les mots : « prévus par les chapitres II, III et IV du présent titre et ceux prévus à l'article 706-135 du code de procédure pénale »

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du règlement et d'administration générale. L'article L. 3211-1 du code de la santé publique indique qu'une personne ne peut recevoir des soins sans consentement, « hormis les cas prévus par la loi et notamment par les chapitres II et III du présent titre ».

Cette formulation paraît trop imprécise. Dans un souci de lisibilité de la loi, il convient de dresser la liste exhaustive des dispositions législatives qui permettent de déroger au principe du consentement aux soins.

Cela permettra en outre de supprimer un « notamment », ce qui plaît toujours à la commission des lois.

M. le président. L'amendement n° 46, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Rédiger ainsi cet alinéa :

« La prise en charge dans les centres médico-psychologiques et les hôpitaux de jour est privilégiée lorsque l'état du patient le permet. » ;

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Le projet de loi que le Gouvernement nous propose d'adopter n'est pas à une contradiction près.

Il prévoit en effet, en plus des soins réalisés sous contrainte en secteur hospitalier, des soins prodigués hors les murs, mais ni au sein des CMP, les centres médico-psychologiques, ni dans les établissements de secteur auxquels nous sommes attachés : il s'agirait de soins en ambulatoire, sans d'ailleurs que le projet de loi comporte une quelconque précision sur cette notion.

On sait toutefois que ces soins ambulatoires ne reposeront pas sur le secteur ou sur les CMP que votre politique n'a de cesse d'étouffer financièrement, au point que le nombre de ces structures qui ferment augmente jour après jour.

Tout laisse à croire que les soins ambulatoires seront en réalité des soins réalisés au domicile du patient et de ses proches et reposeront sur un suivi assuré par des médecins libéraux.

Tout cela n'est pas pour nous rassurer, car nous connaissons tous la situation de la médecine psychiatrique libérale, marquée avant tout par un vieillissement des professionnels, par un accès conditionné par des listes d'attente et par le fait qu'un nombre grandissant de psychiatres libéraux optent pour le secteur 2, ce qui nuit à la régularité des consultations, régularité indispensable pour assurer le suivi psychiatrique propre aux pathologies dont peuvent souffrir les patients dont il est question.

Telles sont les raisons qui nous conduisent à proposer dans l'intérêt du patient, qui doit être notre seul guide en la matière, que les soins soient dispensés dans des structures spécialisées, avec des personnels compétents, qu'il s'agisse de centres médico-psychologiques ou d'hôpitaux de jour, qui sont des lieux de soins au sens large, des lieux où l'on parle, des lieux où l'on mesure l'état du patient, des lieux de rencontre, bref, des lieux propices aux activités de socialisation indispensables au succès thérapeutique.

Tel est le sens de cet amendement que nous vous invitons à adopter.

M. le président. L'amendement n° 280, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

Alinéas 12 à 15

Rédiger ainsi ces alinéas :

« Art. L. 3211-2-1. - Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge par tous les outils thérapeutiques de la psychiatrie adaptés à son état. Cette prise en charge peut être dispensée dans :

« 1° Des unités d'hospitalisation temps plein ;

« 2° Des unités alternatives à l'hospitalisation temps plein, des lieux de consultations, des lieux d'activités thérapeutiques, et dans le lieu de vie habituel du patient.

« Lorsque les soins sont dispensés dans un des lieux prévus au 2°, un programme de soins du patient est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement précise que les soins psychiatriques destinés à des personnes souffrant de troubles mentaux qui altèrent leur capacité à consentir peuvent avoir lieu indifféremment, et selon évaluation médicale, à la fois dans des unités hospitalières à temps plein, c'est-à-dire 24 heures sur 24, et dans tous les autres lieux où interviennent habituellement les équipes psychiatriques pour les autres malades.

M. Jacques Blanc. Très bien !

M. le président. Le sous-amendement n° 490 rectifié, présenté par M. Lorrain, est ainsi libellé :

Amendement n° 280, alinéa 3

I. - Remplacer les mots :

sans son consentement

par les mots :

auxquels elle n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux

II. – Alinéa 6

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce programme ne peut être modifié que par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient et pour tenir compte de l'évolution de son état de santé.

III. - Compléter cet amendement par trois alinéas ainsi rédigés :

« La définition du programme de soins et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre délivre au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et recueille son avis ; cette information porte notamment sur les modifications du lieu de la prise en charge qui peuvent s'avérer nécessaires en cas d'inobservance du programme de soins ou de dégradation de l'état de santé. À l'occasion de l'établissement de ce programme, le patient est informé de son droit de refuser les soins et des dispositions du second alinéa de l'article L. 3211-11.

« Dans le respect du secret médical, le programme de soins précise les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Lorsque ces soins psychiatriques comportent un traitement médicamenteux, le programme de soins peut en faire état. Le détail du traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée, est prescrit sur une ordonnance distincte du programme de soins.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions dans lesquelles le programme de soins et ses modifications sont notifiés au patient et transmis au représentant de l'État dans le département. »

La parole est à M. Jean-Louis Lorrain.

M. Jean-Louis Lorrain. Ce sous-amendement, que je présente à titre personnel, vise à compléter, en apportant de nouvelles précisions, l'excellent amendement d'Alain Milon, qui clarifie grandement le concept de soins sans consentement hors hôpital.

Tout d'abord, je vous suggère de parler non plus de « soins sans consentement » – cette phraséologie m'est un peu difficile –, mais de « soins psychiatriques auxquels une personne n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux ». Je crois que ce changement marque mieux la distinction entre, d'une part, l'obligation faite au patient de se soigner et, d'autre part, les modalités des soins, qui feront l'objet d'une discussion entre le psychiatre et le malade.

Ensuite, je vous propose de mieux préciser les conditions de modification du programme de soins et de prévoir un entretien entre le psychiatre et le malade, au cours duquel le médecin recueillera l'avis de ce dernier.

Enfin, je vous propose également de prévoir que le détail des traitements médicamenteux ne figurera pas sur le programme de soins.

J'espère que cette nouvelle rédaction apaisera les inquiétudes qui peuvent naître, et permettra ainsi d'avancer dans la recherche d'un véritable consensus sur cette réforme.

J'ajoute que j'ai intégré – et j'en suis heureux – un amendement de notre collègue M. Lecerf qui prévoit que le patient est informé de son droit de refuser les soins.

M. le président. L'amendement n° 47, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéas 14 et 15

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Au travers de cet amendement n° 47, nous proposons de supprimer, par cohérence avec notre amendement précédent, les soins sans consentement réalisés en ambulatoire.

Il y a eu un important débat à l'Assemblée nationale sur ce sujet, le rapporteur du projet de loi ayant systématiquement rappelé aux députés de l'opposition que les soins ambulatoires n'étaient pas des soins réalisés à domicile. Or l'alinéa 14, que nous vous proposerons également de supprimer, est explicite : « Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domiciles [...] ».

Je le précise afin que ce point soit clair, nous ne sommes pas opposés à ce que les psychiatres des établissements de santé décident que, compte tenu de l'état de santé du patient, celui-ci sera soigné en dehors d'une structure hospitalière dans laquelle les soins sont dispensés sous contrainte. L'internement, aussi utile soit-il, doit en effet demeurer l'exception.

En revanche, nous sommes opposés à ce que les patients qui subissent le manque criant de moyens des établissements psychiatriques et des établissements de jour soient livrés à eux-mêmes ou de fait placés sous la responsabilité de leurs proches, ce qui soulève des interrogations du point de vue tant du secret médical que de la responsabilité pénale éventuelle que l'on pourrait leur opposer. C'est pourtant bien ce que vous proposez à cet article.

De la même manière, nous contestons le fait que le soin d'établir des protocoles revienne au Conseil d'État. Nous considérons en effet que la médecine psychiatrique repose sur un équilibre entre, d'une part, le respect de la volonté des patients lorsqu'ils ont la capacité de la faire valoir et, d'autre part, la confiance accordée aux psychiatres, et ce d'autant plus que la procédure est encadrée, même imparfaitement, par le juge des libertés et de la détention. Nous estimons que ces protocoles sont des carcans qui, en enserrant les médecins, porteront atteinte aux intérêts des patients. C'est pourquoi nous y sommes opposés.

Pour toutes ces raisons, nous vous invitons à voter en faveur de notre amendement de suppression des alinéas 14 et 15.

M. le président. L'amendement n° 88, présenté par Mme Demontès, MM. Le Menn, Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 14

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La prise en charge dans les centres médico-psychologiques et les hôpitaux de jour est privilégiée lorsque l'état du patient le permet.

La parole est à Mme Christiane Demontès.

Mme Christiane Demontès. L'alinéa 14 a trait aux soins ambulatoires sans consentement, et plus spécifiquement à ceux qui sont dispensés à domicile.

Actuellement, compte tenu de la loi de 1990, la prise en charge d'une personne sans son consentement ne peut s'effectuer qu'au travers d'une hospitalisation complète. Dans les faits, ces situations représentent 21 à 22 % de l'ensemble des hospitalisations. J'observe d'ailleurs que le rapport de l'IGAS de 2005 recommandait de mettre fin à cette solution univoque et de rechercher d'autres modalités de prise en charge sous contrainte, l'hospitalisation devant demeurer un cadre symbolique.

L'intérêt du patient doit demeurer au centre de nos préoccupations. Tout doit être mis en œuvre pour que ces personnes bénéficient des soins appropriés et nécessaires, afin qu'elles puissent devenir de plus en plus autonomes et libres. Dans cette optique, il nous semble nécessaire que, quand l'état de santé de la personne le permet, ces soins soient effectués dans des structures spécialisées par des professionnels compétents.

Il ne s'agit donc pas d'imposer des choix thérapeutiques aux psychiatres. Ces derniers doivent conserver le choix de l'outil thérapeutique qu'ils jugent le plus approprié au regard de l'état clinique du patient. Pour autant, compte tenu de la situation existante, il nous semble que le fait de privilégier la prise en charge au sein des centres médico-psychologiques, les CMP, ou bien *via* une hospitalisation de jour, participe non seulement de la nécessaire recherche de l'amélioration de la santé du patient, mais aussi de la reconnaissance du travail effectué dans ces structures comportant des psychiatres.

En effet, ces espaces de soins constituent le premier lieu de référence et d'implantation des équipes polyvalentes de secteur. Ces dernières regroupent des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistants

sociaux, des psychomotriciens, des orthophonistes et des éducateurs spécialisés. Unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, elles organisent les actions de prévention, de diagnostic, de soin, de suivi. Ce sont les « structures pivot » qui sont le plus à même d'élaborer les stratégies thérapeutiques permettant de réduire la durée d'hospitalisation et de réinsérer la personne. Il s'agit donc d'une solution alternative aux soins ambulatoires d'office.

Étant donné le manque patent de professionnels, de CMP mais aussi de places en hospitalisation de jour, les soins ambulatoires possèdent certes bien des vertus comptables, mais c'est avant tout la santé de nos concitoyens et son amélioration que nous devons favoriser. En outre, l'étude d'impact mentionne le fait que « l'offre ambulatoire comprend essentiellement les prises en charge en centres médico-psychologique », qui demeurent la structure pivot du secteur.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 260 est présenté par M. Desessard et Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet.

L'amendement n° 453 rectifié est présenté par M. Mézard, Mme Escoffier, MM. Barbier, Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 15

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Jean Desessard, pour présenter l'amendement n° 260.

M. Jean Desessard. Je vous propose de supprimer la référence au « protocole de soins » tout au long du projet de loi. L'argumentation que je vais développer vaut donc pour tous les amendements de coordination qui découlent de celui que je présente maintenant.

Tous les psychiatres et les psychologues que j'ai rencontrés en amont de cette discussion disent que leur cœur de métier, c'est la relation humaine. Ces médecins redoutent une médicalisation excessive de leur profession.

L'établissement d'un protocole de soins signifie la fin du traitement individualisé et personnalisé des patients. Ce protocole impliquerait en effet de définir les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité. Comme si la guérison était un processus figé, immuable, qui s'établit « dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État » !

La relation entre le soignant et la personne qui est soignée ne peut dépendre d'un tel protocole ! De la même façon que l'obligation de soins sous contrainte n'a aucun sens, ce protocole est aux antipodes de la manière de fonctionner des équipes soignantes.

Depuis cinq ou six ans, dans certains hôpitaux, des unités mobiles ont été mises en place. Ces petites unités s'appuient sur l'entourage des malades pour les convaincre de se soigner : elles travaillent sur le consentement aux soins, grâce à l'établissement d'une relation de confiance. Une fois la confiance établie, le soignant et le soigné élaborent un contrat thérapeutique. Le terme « contrat » a toute son importance : oui, le psychiatre et le patient peuvent se mettre d'accord sur la marche à suivre.

Or, le projet de loi parle de protocole de soins, comme s'il était impossible de négocier avec les patients. Le médecin doit impliquer le patient dans le soin, sans contrainte. Les malades mentaux peuvent comprendre et dialoguer.

Ce protocole de soins n'est pas adapté à la réalité clinique : il faut du cas par cas, et non un protocole identique pour tous.

C'est pourquoi je vous invite à supprimer cette disposition qui méconnaît un élément essentiel de la psychiatrie : dans un état de crise, un patient doit pouvoir faire confiance à ses soignants. En tout état de cause, les décisions de soins doivent être prises à travers un véritable dialogue, et non contre la volonté du patient.

M. le président. La parole est à M. Jacques Mézard, pour présenter l'amendement n° 453 rectifié.

M. Jacques Mézard. L'alinéa 15 précise que, lorsque les soins psychiatriques sans consentement prennent la forme de soins ambulatoires, un protocole de soins est établi, qui définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

Or les prescriptions médicales relèvent d'un contrat tacite entre le médecin et son patient et sont fondées sur les principes du code de déontologie. Elles ne sauraient donc être contraintes par un protocole de soins dont le contenu – les types de soins, les lieux de leur réalisation, leur périodicité – serait prédéfini par décret, et qui serait soumis aux interprétations des autorités administratives.

C'est pourquoi nous proposons purement et simplement de supprimer l'alinéa 15.

M. le président. L'amendement n° 89, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Champion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 15, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

après avis de la Haute autorité de santé.

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Cet amendement prévoit que la Haute Autorité de santé, la HAS, soit consultée avant la prise du décret en Conseil d'État.

D'une certaine manière, mes chers collègues, toute société n'a que la psychiatrie qu'elle mérite. Or ce projet de réforme n'est que la marque d'une mutation anthropologique voulue par ce gouvernement : « assujettissement », « procédure légale » sont les maîtres mots de la démarche.

Le protocole de soins reste un élément clé de ce projet de loi mais, en tant que tel, il porte toutes les contradictions de ses inspirations. La démarche thérapeutique dans laquelle il s'inscrit devrait, nous semble-t-il, dépendre d'abord de l'expertise de la Haute Autorité de santé, afin que le décret en Conseil d'État n'alimente pas la confusion entre anomalie, anormalité et illégalité.

L'avis préalable de la Haute Autorité de santé permettra – c'est le sens de cet amendement – que les types de soins, leur périodicité et leur contenu soient arrêtés en tenant

compte des recommandations admises par la profession, et non des injonctions de la dernière circulaire du ministère de l'intérieur.

Le protocole pourra, par exemple, chercher à préserver toutes les chances d'insertion du malade. L'épidémiologie psychiatrique et la sociologie ont pu démontrer que le gradient social avait un rôle dans la distribution de la plupart des troubles mentaux. D'où l'intérêt, mes chers collègues, de cet appel à la Haute Autorité de santé. C'est pourquoi il nous paraît préférable que le décret en Conseil d'État soit précédé de son avis.

M. le président. L'amendement n° 6, présenté par M. Leclercq, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

À l'occasion de l'établissement de ce protocole, la personne est informée de son droit de refuser les soins et des dispositions prévues au second alinéa de l'article L. 3211-11.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-René Leclercq, rapporteur pour avis. Le présent amendement sera satisfait en cas d'adoption du sous-amendement n° 490 rectifié de notre collègue Jean-Louis Lorrain et il n'aura donc plus d'objet.

Cet amendement prévoit que la personne atteinte de troubles mentaux doit être informée de son droit de refuser les soins ambulatoires et des conséquences qui s'attacheraient à un tel refus, c'est-à-dire une prise en charge sous forme d'hospitalisation complète.

Cette précision paraît importante à la commission des lois, car elle lui semble garantir la constitutionnalité du recours, qui n'est que facultatif, au juge judiciaire en matière de soins ambulatoires sous contrainte. En effet, un protocole de soins sans consentement n'a pas vocation à conduire à l'exercice d'une contrainte physique à l'égard du patient : ce dernier pourrait décider de ne pas se soumettre à ses obligations thérapeutiques, mais il encourrait alors le risque d'une hospitalisation complète.

M. le président. L'amendement n° 90, présenté par Mme Demontès, MM. Le Menn, Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Champion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce protocole de soins est établi dès le choix de la forme de la prise en charge durant le délai de soixante-douze heures et il est révisable par le psychiatre en charge du suivi de la personne pour que les soins et leurs réalisations soient adaptés en fonction de l'état de la personne.

La parole est à Mme Christiane Demontès.

Mme Christiane Demontès. L'alinéa 15 du présent article concerne l'édition d'un protocole de soins dans les cas où ceux-ci sont dispensés en ambulatoire, voire à domicile.

Notons que nous pouvons nous interroger sur la dérogation au droit qu'a tout malade de consentir aux soins qu'il reçoit ; en effet, ce projet de loi ouvre un champ inédit, dans la mesure où la contrainte pourra être exercée non seulement au sein d'un établissement hospitalier, mais aussi hors de ses murs, ce qui rend par essence plus difficile le contrôle de la nécessité et de la proportionnalité des soins sans consentement.

Autrement dit, la contrainte n'est plus seulement inhérente au milieu hospitalier ; elle s'exporte. Or, par définition, la contrainte s'oppose au consentement, facteur pourtant essentiel de la réussite des traitements thérapeutiques relatifs à la maladie mentale.

Par conséquent, nous pouvons légitimement nous demander si la possibilité d'étendre les soins sans consentement au régime ambulatoire, y compris à domicile, est opportune d'un point de vue sanitaire.

Le protocole de soins, prévu à l'alinéa 15 de l'article 1^{er}, définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, en somme, la prescription des soins et l'organisation de leur prise en charge.

Il convient d'y porter une attention particulière, car il conditionne le succès du traitement, donc l'amélioration de la santé du patient.

Aussi l'amendement n° 90 a-t-il pour objet de préciser que le protocole de soins est révisable par le psychiatre.

En effet, l'évolution de la maladie mentale nécessite une révision d'un tel protocole. Ne pas ouvrir cette possibilité au psychiatre expose le patient à des traitements inadaptés, qui peuvent conduire à une dégradation de son état sanitaire.

De manière analogue, la progression en âge du malade peut rendre nécessaire la modification du protocole de soins, dans la mesure où certains médicaments, auparavant tolérés par l'organisme, peuvent représenter, à un moment donné, une menace pour la santé de la personne.

L'adoption de l'amendement que nous vous soumettons constituerait une avancée majeure, qui bénéficierait aux victimes de troubles mentaux et offrirait plus de latitude aux psychiatres.

M. le président. L'amendement n° 91, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il établit les conditions dans lesquelles le patient exerce sa liberté de résidence.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. La logique qui gouverne le présent projet de loi est l'enfermement, avec deux facettes opposables : enfermer dedans, enfermer dehors. Dans le même temps, il s'agit de destituer les institutions existantes – que devient le secteur ? – et, dans une optique gestionnaire, de transformer

la demande d'hospitalisation du tiers en contention sanitaire. À partir de là, la part de l'équipe soignante est niée et réduite aux soins délocalisés avec le malade.

Cet amendement vise à opérer un retour vers le malade, dans le respect de sa personne, et à prendre en compte sa dimension d'être social attaché à un cadre, à une famille qui le connaît, peut-être à un milieu professionnel, voire, qui sait ? à un soignant avec lequel il aura tissé des relations de confiance, la fameuse « alliance thérapeutique ».

Pour que ces dimensions fonctionnent dans l'intérêt du patient, il faut que celui-ci puisse être mobile, qu'il ait la possibilité de se rapprocher d'un environnement social qui le reconnaisse, lui et sa fragilité.

Ce qui est en cause en l'espèce, ce n'est pas une clause de style ; ce sont de meilleures conditions de réussite pour la clinique. C'est pourquoi nous proposons que le protocole établisse les conditions auxquelles le patient exercera sa liberté de résidence.

M. le président. L'amendement n° 92, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 15

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Le juge saisi des conditions de sa faisabilité, est habilité à prononcer un retour en hospitalisation complète, ou la prise en charge du patient dans un centre médico-psychologique, si son état le permet.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Les auteurs de cet amendement n'ont nullement l'intention de donner au juge le pouvoir de contrôler le contenu du protocole de soins, comme j'ai cru l'entendre précédemment, madame la secrétaire d'état.

Tout le monde le sait, le juge n'est pas médecin. Le présent amendement vise à lui permettre de s'assurer que l'application du protocole sera possible eu égard à l'environnement social du malade, à sa personnalité et à la qualité des liens qui l'unissent à ses proches. Nous pensons particulièrement aux soins à domicile.

Confronté à des cas de malades dont les difficultés « déborderont », en quelque sorte, sur leur voisinage, le maire pourra saisir le juge afin qu'il prononce les mesures correctrices nécessaires. Les bailleurs sociaux savent la complexité de ces situations et mesurent tous les jours combien elles ne sauraient se résoudre *ex abrupto*. L'intervention du juge leur garantira l'équilibre nécessaire, en permettant le retour à des formes plus encadrées et plus outillées en compétences médicales.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous proposons que le juge puisse contrôler l'application du protocole de soins quand il est prescrit en ambulatoire.

M. le président. L'amendement n° 426 rectifié *bis*, présenté par M. Milon, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 17

Remplacer les mots :

hospitalisation complète

par les mots :

hospitalisation temps plein

II. - En conséquence, procéder au même remplacement dans l'ensemble du texte.

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Si l'amendement n° 280 était adopté, par cohérence, il faudrait remplacer, à l'alinéa 17 de l'article 1^{er}, les mots : « hospitalisation complète » par les mots : « hospitalisation temps plein », soit vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et procéder à la même substitution, en tant que de besoin, dans l'ensemble du projet de loi.

Il s'agit donc d'un amendement de précision.

M. le président. L'amendement n° 48, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 17

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Si la personne admise en soins psychiatriques s'y oppose, aucun traitement médical autre que somatique ne peut lui être imposé, sauf si son état présente un risque pour elle-même.

La parole est à Mme Marie-Agnès Labarre.

Mme Marie-Agnès Labarre. Cet amendement vise à compléter l'alinéa 17 relatif à l'organisation de la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement. Il tend à prévoir que cette prise en charge donne lieu à une phase initiale d'observation au cours de laquelle peuvent être dispensés certains soins.

Toutefois, comme chacun sait, dans la pratique, il est courant que les patients faisant l'objet d'une hospitalisation psychiatrique sans consentement soient placés sous sédatifs dès leur arrivée dans les services hospitaliers.

De surcroît, les soins prodigués à l'occasion de cette période d'observation sont souvent lourds et de nature à anéantir les facultés de discernement du patient.

Mais alors, comment mener à bien cette phase d'observation initiale, dont la finalité serait d'établir le bien-fondé de l'hospitalisation et de poser un diagnostic, si le patient est complètement apathique ?

Bien souvent, les médecins se contenteront d'établir un certificat médical au regard des témoignages rapportés, émanant souvent des forces de l'ordre, dont la mission principale est le respect de l'ordre public. De telles pratiques semblent beaucoup plus courantes qu'il n'y paraît, comme en témoignent certains patients ayant l'expérience des hospitalisations sans consentement.

C'est donc pour remédier à de semblables dysfonctionnements, non sans conséquences sur la situation des personnes faisant l'objet de mesures d'hospitalisation sans consentement, que nous souhaitons compléter l'alinéa 17 et préciser, notamment, que, sauf si elle présente un danger pour elle-même, la personne admise en soins psychiatriques ne pourra recevoir aucun traitement médical autre que somatique si elle n'y a pas consenti au préalable.

M. le président. L'amendement n° 93, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 17

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elle peut dès lors faire appel à un avocat.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. L'alinéa 17 du présent article prévoit que, lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans son consentement, « elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète. »

Au cours de cette phase essentielle, le malade reçoit, si nécessaire, des soins somatiques ; il est examiné par un psychiatre, qui se prononce sur la nécessité de maintenir les soins psychiatriques.

Nouveauté introduite par le projet de loi, cette période est capitale ; en effet, elle conditionne l'éventuel futur traitement du patient qui peut passer par une prorogation de la mesure d'hospitalisation complète. En ce cas, les libertés fondamentales du malade, notamment celle d'aller et venir, sont fortement entravées.

Ainsi, eu égard aux conséquences sur l'exercice de ces libertés, cette phase initiale doit être encadrée dans le sens d'une protection accrue des droits du malade.

Dans la mesure où nous sommes dans une réforme parcelaire et sécuritaire, qui tend à traiter la personne souffrant de troubles mentaux comme un délinquant, nous souhaitons renforcer les droits des patients pour les préserver de tout préjudice et de tout abus.

En d'autres termes, le présent amendement entre dans une logique plus globale, qui vise à garantir à celles et à ceux qui connaissent des situations d'extrême fragilité, par essence précaires, le plein exercice de leurs droits.

D'ailleurs, le même raisonnement avait prévalu lors de la rédaction des amendements déposés par les membres du groupe socialiste sur le récent projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, qui consacrait une approche tout aussi sécuritaire.

Entendons-nous bien, cependant : l'objet de l'amendement n° 93 n'est aucunement de remettre en cause la période d'observation et de soins, qui peut se révéler salvatrice pour la santé du patient. Il est uniquement question ici d'aménager cette phase en vue d'une protection et d'un respect effectifs des droits du malade.

C'est pourquoi nous proposons que le malade puisse faire appel à un avocat dès la période initiale d'observation et de soins. La présence de ce professionnel est de nature à assurer l'effectivité des droits du patient ; elle est d'autant plus nécessaire et justifiée que ce dernier est souvent isolé, coupé de sa famille et de ses proches. Il peut donc avoir besoin d'une réelle assistance, d'un véritable conseil pour se défendre et faire valoir ses droits.

M. le président. L'amendement n° 49, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 17

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elle est également informée, dans la langue qu'elle comprend, le cas échéant au moyen de formulaires écrits, du droit de faire prévenir un proche et du droit d'être assistée par un avocat.

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Cet amendement a pour objet de garantir les droits des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement.

Le juge constitutionnel ayant clairement affirmé que les soins psychiatriques de cette nature étaient assimilables à des mesures privatives de liberté, il incombe au législateur de tirer toutes les conséquences de cette affirmation, notamment en reconnaissant au patient faisant l'objet de telles mesures le bénéfice des droits de la défense.

Ainsi, dans un premier temps, nous souhaitons que soit reconnue à toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement la possibilité de « faire prévenir un proche » et le droit « d'être assistée par un avocat ».

Si ces droits paraissent minimes eu égard aux droits consacrés par l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et à ceux que reconnaît la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, en réalité, la possibilité d'en disposer représenterait déjà une avancée majeure dans le cadre de l'hospitalisation psychiatrique sans consentement.

N'oublions pas que, à l'heure actuelle – ce sera encore vrai demain sans doute –, les patients concernés ne bénéficient malheureusement que de droits limités par rapport aux patients « classiques ».

Par ailleurs, outre la reconnaissance expresse des droits de la défense qui sont les leurs, il convient également d'informer ces patients des droits dont ils disposent. En effet, pour pouvoir exercer ses droits, encore faut-il que le patient en ait connaissance ! C'est pourquoi il est précisé dans l'amendement n° 49 que le patient – il s'agit bien d'un patient – bénéficie de droits, notamment d'un droit à l'information à la fois sur les soins dispensés et sur les droits que lui sont conférés au titre de sa prise en charge.

De plus, cet amendement justifie notre amendement précédent, car le patient, qui doit pouvoir bénéficier d'une information sur ses droits, doit également être en état de comprendre ceux-ci, ce que ne lui permet pas une injection de doses massives de calmants et de sédatifs.

Enfin, l'information n'est pas, en tant que telle, suffisante. Elle doit impérativement être adaptée à l'état du patient. Aussi, par cet amendement, nous souhaitons ajouter dans le projet de loi que le patient doit être informé dans la langue qu'il comprend, et, le cas échéant, « au moyen de formulaires écrits ».

M. le président. L'amendement n° 50, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du Parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 18, première phrase

Rédiger ainsi cette phrase :

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin extérieur à l'établissement dans lequel elle a été admise et compétent en médecine de premier recours réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou 3213-1.

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Parfois, il est judicieux d'invoquer le bon sens et la logique au moment de légiférer...

En l'espèce, le présent amendement a pour objet de préciser que le médecin chargé de l'examen somatique de la personne hospitalisée est non pas lié à l'hôpital psychiatrique, mais extérieur à cette structure.

Trois raisons simples et logiques ont motivé notre proposition.

En premier lieu, il est nécessaire, à notre avis, d'éviter tout risque de conflit d'intérêts. En effet, on ne peut s'assurer formellement que le psychiatre issu de l'établissement ne subisse pas de pressions, avouées ou non. Nous savons que de tels abus ont cours aujourd'hui dans certains établissements psychiatriques, malheureusement.

Qui plus est, dans la pratique, un examen somatique n'est quasiment jamais effectué. En l'occurrence, nous pensons que l'intervention obligatoire d'un médecin extérieur à l'hôpital psychiatrique aura au moins pour première conséquence positive de rendre effectif un tel examen.

Enfin, il convient de préciser que cet examen somatique ne peut être effectué par un psychiatre, qui n'est pas forcément apte à déceler certaines pathologies pouvant avoir des conséquences psychiatriques.

Ces trois raisons nous ont poussés à proposer cet amendement, qui vise d'abord à lutter contre le sentiment d'abandon ressenti par certains patients internés en hôpital psychiatrique.

Cela étant dit, nous considérons qu'une telle disposition ne trouve son sens que si l'accompagnement des patients est globalement amélioré. En effet, la situation actuelle, conséquence de l'abandon par les pouvoirs publics de la médecine psychiatrique, a malheureusement transformé les hôpitaux psychiatriques en instruments à interner, et non à soigner.

Si nous déplorons cet état de fait, nous devons également imaginer des solutions pour répondre à ces errements. C'est la raison pour laquelle nous vous proposons cet amendement, dont l'adoption permettra aux patients de bénéficier réellement d'un examen somatique pratiqué par un médecin non psychiatre.

M. Guy Fischer. Très bien !

M. le président. L'amendement n° 454 rectifié, présenté par M. Mézard, Mme Escoffier, MM. Barbier, Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

Alinéas 19 et 20

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le certificat médical mentionné à l'alinéa précédent a conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil, après avoir de nouveau examiné le patient et conclu lui aussi à la nécessité de maintenir ces soins, propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures, la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le protocole de soins. » ;

La parole est à M. Jacques Mézard.

M. Jacques Mézard. Cet amendement vise, d'une part, à simplifier l'utilisation des certificats médicaux et, d'autre part, à ramener le délai d'observation de soixante-douze heures à quarante-huit heures.

Comme je l'ai déjà indiqué en défendant un amendement précédent, pas moins de six certificats sont exigés dans la semaine qui suit l'admission d'un patient, voire plus lorsqu'il s'agit des malades désignés, dans l'exposé des motifs, comme « potentiellement dangereux ».

Certes, les deux certificats médicaux délivrés respectivement dans les vingt-quatre heures et dans les soixante-douze heures suivant l'admission et, lorsque ces derniers ont conclu à la nécessité de maintenir les soins, l'avis motivé proposant la forme de la prise en charge peuvent sans doute être établis par le même psychiatre, sauf dans le cas des personnes admises selon la procédure sans tiers. Mais cela complique inutilement la procédure, ce qui ne nous semble pas pertinent, dans un contexte marqué par une insuffisance de moyens dévolus aux établissements de santé et par les difficultés de recrutement des spécialistes médicaux et infirmiers que nous connaissons tous.

Par ailleurs, nous sommes opposés à ce séjour obligatoire de soixante-douze heures en hospitalisation complète qui, comme d'aucuns l'ont souligné, à commencer par les professionnels concernés, s'apparente à une garde à vue psychiatrique. La tentation sera forte de ne pas s'interroger avant le terme du délai sur le bien-fondé de la contrainte.

Nous devons permettre à la personne de sortir plus rapidement et, éventuellement, de bénéficier de soins lorsqu'elle réintègre son domicile.

Nous proposons donc que, lorsque le certificat médical établi dans les vingt-quatre heures suivant l'admission a conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement examine de nouveau le patient dans les quarante-huit heures et, s'il conclut lui aussi à la nécessité de maintenir ces soins, suggère, dans un avis motivé, la forme de la prise en charge.

M. le président. L'amendement n° 94, présenté par Mme Demontès, MM. Le Menn, Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéas 19 et 20

Remplacer le mot :

soixante-douze

par le mot :

quarante-huit

La parole est à Mme Christiane Demontès.

Mme Christiane Demontès. L'alinéa 19 du présent article porte sur la période initiale d'observation et de soins nouvellement créée, que de nombreux praticiens assimilent – ils nous l'ont dit – à une « garde à vue psychiatrique ».

Durant cette phase, la personne admise en soins psychiatriques sans consentement est prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation complète.

Au terme de vingt-quatre heures, afin de confirmer ou d'infirmier la nécessité de maintenir ces soins, il est établi un premier certificat médical, qui est suivi d'un second après soixante-douze heures. Si les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose la forme de la prise en charge et rédige, le cas échéant, un protocole de soins.

Ainsi, le délai de cette « garde à vue » qui, certes, comprend un volet sanitaire, mais qui surtout consacre l'orientation sécuritaire de ce projet de loi, est fixé à soixante-douze heures, ce qui nous paraît excessivement long au regard des atteintes portées aux libertés publiques.

Mes chers collègues, songeons que, durant cette période, qui doit être considérée comme un moyen de guérir la personne admise en soins sans consentement, et non comme les prémices d'un traitement psychiatrique durable fondé sur la contrainte, le patient est enfermé, privé notamment de sa liberté d'aller et venir.

Pour cette raison, nous souhaitons réduire le délai de cette phase initiale à quarante-huit heures. Plus protectrice des droits fondamentaux, en particulier de la liberté individuelle, une telle durée ne serait pour autant aucunement un frein au traitement thérapeutique du patient.

Si cet amendement était adopté, l'équilibre entre la protection de la santé du patient, la sauvegarde des libertés de ce dernier et la préservation de l'ordre public serait davantage respecté.

M. le président. L'amendement n° 261, présenté par M. Desessard et Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet, est ainsi libellé :

Alinéa 20

Supprimer les mots :

et, le cas échéant, le protocole de soins

Cet amendement a été précédemment défendu.

M. Jean Desessard. Il s'agit de coordination !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'ensemble de ces amendements ?

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur de la commission des affaires sociales. Les auteurs des amendements identiques de suppression n° 45 rectifié et 87 entendent s'opposer à l'instauration de soins sans consentement en ambulatoire, c'est-à-dire hors de l'hôpital. La commission a émis un avis favorable.

Toutefois, vous comprendrez, mes chers collègues, que je suis défavorable, à titre personnel, à ces amendements identiques, car il faut au contraire améliorer le dispositif. (*Murmures sur les travées du groupe socialiste.*)

Sur l'amendement n° 477 rectifié, l'avis de la commission est défavorable. En effet, le changement de terminologie qui est proposé ici n'apporterait pas grand-chose. Madame Payet, vous considérez que les mots « font l'objet » sont péjoratifs. Néanmoins, ce ne sont pas les malades qui sont visés, c'est de leur situation qu'il s'agit.

Ces termes n'ont donc rien de négatif, et j'émet moi aussi, à titre personnel, un avis défavorable.

L'amendement n° 5, défendu par M. Lecerf au nom de la commission des lois, tend à apporter une précision bienvenue. La commission a donc émis un avis favorable, que je partage à titre personnel.

Sur l'amendement n° 46, la commission a émis un avis favorable. Néanmoins, pourquoi privilégier les CMP et les hôpitaux de jour ? Il existe d'autres structures, comme les centres d'accueil thérapeutique et les appartements thérapeutiques, entre autres. C'est pourquoi cette disposition me semble bien trop limitative, et, à titre personnel, j'émet un avis défavorable. (*Exclamations sur les mêmes travées.*)

La commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 280 présenté par M. Milon, qui a pour objet de préciser la notion de soins sans consentement hors de l'hôpital, en visant des lieux plutôt que des modes de prise en charge et un « programme de soins » plutôt qu'un « protocole de soins ».

Personnellement, je pense qu'il s'agit d'un très bon amendement, et je partage donc l'avis de la commission.

M. Jean Desessard. Vous ne donnez pas l'avis de vos parents ? (*Rires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Sur le sous-amendement n° 490 rectifié, que j'ai présenté à titre personnel, la commission a émis un avis défavorable. (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*) Pour ma part, j'y suis tout à fait favorable ! (*Rires.*)

Sur l'amendement n° 47, la commission a émis un avis favorable. Toutefois, à titre personnel, je suis hostile à cet amendement de suppression.

M. Jean Desessard. Et voilà !

M. Guy Fischer. Toujours la même musique !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Sur l'amendement n° 88, la commission a émis un avis favorable.

À titre personnel, j'y suis opposé, car, là encore, il n'y a pas de raison de privilégier les CMP et les hôpitaux de jour par rapport à d'autres structures qui sont également utiles. (*Protestations sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. Jean Desessard. Et la commission n'a pas d'argument, elle ?

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. J'ai dit qu'elle était favorable, mon cher collègue.

M. Jean Desessard. On aimerait savoir pourquoi !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Sur les amendements identiques n°s 260 et 453 rectifié, l'avis de la commission est favorable.

Néanmoins, à titre personnel, je suis défavorable à la suppression de l'alinéa 15.

M. Jean Desessard. Vous ne donnez pas les arguments de la commission ?

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Mais ce sont les vôtres, et vous avez eu largement le temps de les exprimer !

M. Jean Desessard. Vous n'êtes pas le rapporteur de la commission ? (*Protestations sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean-Pierre Michel. C'est vraiment un monument !

M. le président. Veuillez poursuivre, monsieur le rapporteur.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. J'en viens à l'amendement n° 89. La commission – moi y compris ! – a émis un avis favorable, car il semble utile que la HAS, la Haute autorité de santé, se prononce.

M. Jean Desessard. Heureux qu'il vous convienne, celui-là !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Sur l'amendement n° 6, la commission a émis un avis favorable.

Toutefois, j'estime qu'il convient de laisser la discussion entre le médecin et le patient se dérouler librement, et de ne pas y introduire trop de rigidité.

Sur l'amendement n° 90, la commission a émis un avis favorable.

Cependant, j'émet à titre personnel un avis défavorable, car les conditions de révision du protocole sont évoquées dans l'amendement n° 280, sur lequel j'ai déposé le sous-amendement n° 490 rectifié, à titre personnel également.

Sur l'amendement n° 91, la commission a émis un avis favorable.

Néanmoins, comme il ne convient pas d'entrer dans les détails du programme de soins, je suis, à titre personnel, hostile à cette disposition.

La commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 92.

Pourtant, il n'appartient pas au juge de prononcer le retour en hospitalisation ou la prise en charge du patient dans un CMP. C'est pourquoi, à titre personnel, j'émet un avis défavorable.

La commission est favorable à l'amendement n° 426 rectifié *bis*, et à titre personnel je partage son avis.

M. Jean Desessard. C'est le cas une fois sur deux, en somme !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Sur l'amendement n° 48, qui vise à limiter les traitements sans consentement aux seuls soins somatiques, la commission a émis un avis favorable, mais j'émettraï à titre personnel un avis contraire.

L'amendement n° 93 tend à prévoir la possibilité de se faire assister par un avocat lors de la délivrance de l'information. Or il s'agit d'une formalité trop lourde.

M. Guy Fischer. Ce n'est pas vrai !

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Bien que l'avis de la commission ait été favorable, j'émet donc pour ma part un avis défavorable.

Sur l'amendement n° 49, dont les dispositions sont très proches de celles que je viens d'évoquer, la commission a émis un avis favorable.

Pour les mêmes raisons que pour l'amendement n° 93, j'émet, à titre personnel, un avis défavorable.

Si l'amendement n° 50 était adopté, l'examen somatique réalisé au cours de la période d'observation serait effectué par un médecin extérieur à l'établissement.

La commission a émis un avis favorable, mais, à titre personnel, je suis opposé à cette disposition, car des médecins généralistes assistants exercent dans les hôpitaux.

La commission est favorable à l'amendement n° 454 rectifié, qui tend à supprimer le certificat prévu après soixante-douze heures d'observation.

Néanmoins, à titre personnel, et au vu de l'ensemble du texte, j'estime qu'une telle attestation est tout à fait utile et suis donc opposé à cet amendement.

Sur l'amendement n° 94, la commission a émis un avis favorable, mais j'y suis opposé à titre personnel, car une durée de quarante-huit heures serait trop brève pour prendre les meilleures décisions dans l'intérêt du patient.

M. Jean Desessard. C'est de la schizophrénie!

M. Jean-Pierre Michel. Nous nageons en pleine maladie mentale! (*Rires sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Enfin, j'en viens à l'amendement n° 261, sur lequel la commission a émis un avis favorable. Ses auteurs sont opposés à l'idée d'un protocole de soins. Or ce dernier, que nous avons nous-mêmes renommé « programme de soins », est utile.

À titre personnel, je suis donc défavorable à cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé. Les amendements identiques n°s 45 rectifié et 87 visent à supprimer l'ensemble des dispositions relatives aux soins ambulatoires, ce qui dénaturerait le texte qui vous est proposé, mesdames, messieurs les sénateurs. Je ne puis donc qu'émettre un avis défavorable.

De même, je suis opposée à l'amendement n° 477 rectifié défendu par Mme Payet, qui tend à remplacer les mots : « Faisant l'objet de » par les termes : « Recevant des ». En effet, ce changement sémantique pourrait entraîner des oublis dommageables, et en tout cas rendre moins clair l'intitulé du chapitre I^{er}.

En revanche, je suis favorable à l'amendement n° 5, qui tend à apporter une précision utile.

L'amendement n° 46 vise à privilégier les soins offerts soit dans les CMP, soit dans les hôpitaux de jour. Toutefois, à l'évidence, on ne peut imposer par la loi une démarche de prise en charge à l'extérieur de l'hôpital. C'est bien le médecin qui doit décider quelles sont les modalités les mieux adaptées au traitement du patient, en fonction des besoins de ce dernier. J'émet donc un avis défavorable.

J'en arrive à l'amendement n° 280. Cette disposition est excellente – que M. Milon en soit remercié! –, car elle permet d'apaiser de nombreuses craintes, exprimées d'ailleurs sur toutes les travées, en précisant que les soins thérapeutiques appropriés à l'état du malade peuvent avoir lieu, indifféremment, dans des unités hospitalières à temps plein ou dans une palette de lieux offrant une alternative à l'hospitalisation.

Outre qu'il apporte une clarification qui était attendue par l'ensemble de la Haute Assemblée, cet amendement contient une précision intéressante, je veux parler du programme de soins. Il s'agit là non d'un détail sémantique mais d'une notion qui a tout son sens. Je crois, en effet, que le terme de « protocole de soins » est source de confusion pour un grand nombre de personnes, qui l'associent un peu automatiquement au protocole thérapeutique.

Or, ce qui est en cause, ce n'est pas forcément une prise en charge médicamenteuse. La notion de « programme » est beaucoup plus vaste et peut englober, au-delà de la prise en charge thérapeutique, toutes les autres solutions de prise en charge alternatives à l'hospitalisation.

J'émet donc, au nom du Gouvernement, un avis très favorable sur l'amendement n° 280.

Le sous-amendement n° 490 rectifié tend à compléter l'amendement n° 280 en apportant des précisions qui visent également à apaiser vos craintes, mesdames, messieurs les sénateurs, et à répondre à un certain nombre de vos attentes. Il a notamment pour mérite de consacrer l'entretien au cours duquel le psychiatre délivre des informations à son patient et tente de recueillir son avis, de même qu'il réaffirme judicieusement la notion de respect du secret médical. Il permet d'évaluer la pertinence de la prise en charge du malade sans pour autant entrer dans le détail de son volet médicamenteux, lequel est évidemment laissé à la liberté du psychiatre, qui est, lui, le thérapeute.

Le programme de soins s'apparente, finalement, à une ordonnance au sens où la loi prévoit les mentions qui doivent y figurer – la date et le nom du malade, les médicaments et la posologie, ainsi que la durée de traitement –, sans préciser toute la démarche thérapeutique, laquelle est, bien sûr, décidée par le thérapeute, qui est le médecin.

Le Gouvernement émet un avis très favorable sur l'amendement et le sous-amendement, porteurs de clarifications.

Le Gouvernement étant favorable à ce dispositif-là, vous comprendrez qu'il ne puisse être que défavorable à un certain nombre d'autres amendements qui perdent de ce fait une partie de leur pertinence.

C'est ainsi que le Gouvernement émet un avis défavorable sur l'amendement n° 47, qui tend à supprimer les soins ambulatoires.

Il est également défavorable à l'amendement n° 88, qui rejoint l'amendement précédent sur la prise en charge dans les centres médico-psychologiques et les hôpitaux de jour. Il n'appartient pas à la loi d'imposer quoi que ce soit en la matière. Il relève de la liberté du psychiatre de décider lui-même de la démarche la plus adaptée aux patients.

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 260, qui tend à supprimer l'alinéa 15, relatif au protocole de soins. Nous tenons à cette procédure.

J'ai d'ailleurs été très surprise de lire dans l'objet de cet amendement, que le protocole de soins serait « préformaté et standardisé ». Je viens de m'en expliquer, en aucun cas la décision thérapeutique n'incombe au législateur ou à un autre acteur : c'est au médecin qu'il revient de décider de la meilleure prise en charge possible, laquelle dépend de l'état de santé du patient.

Le terme de « programme de soins » me paraît plus approprié que celui de « protocole de soins », car ce dernier est associé au médicament, ce qui n'est pas du tout la cible du présent texte.

Il n'est donc en aucun cas question pour nous de mettre en place un protocole de soins qui serait « préformaté » ou « standardisé », mesdames, messieurs les sénateurs.

M. Guy Fischer. Vous êtes pourtant pour le programme !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Celui qui décide du programme, c'est tout de même le psychiatre ! C'est lui qui décide de la prise en charge la plus adaptée au patient en fonction de son état de santé. Il ne revient pas au législateur de lui dire ce qu'il faut faire. Il n'y a pas une ordonnance type qui serait valable pour l'ensemble des malades. Étant moi-même médecin, je n'aurais pas apprécié que l'on m'impose l'ordonnance à prescrire !

Je ferai le même commentaire sur l'amendement n° 453 rectifié, identique au précédent. Le Gouvernement y est défavorable.

Il en va de même pour l'amendement n° 89, aux termes duquel le décret en Conseil d'État doit être soumis à l'avis de la Haute Autorité de santé. En pratique, le temps fait défaut pour recueillir l'avis de la HAS avant la parution du décret.

L'amendement n° 6 prévoit que la personne atteinte de troubles mentaux doit être informée de son droit de refuser les soins ambulatoires. Pour moi, un malade qui n'est pas conscient de son état de santé n'est malheureusement capable ni d'accepter ni de refuser les soins qui lui sont proposés : il n'est pas à même de donner son consentement.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. Sinon, il émettra un avis défavorable.

Sur l'amendement n° 90, il relève de l'évidence que le protocole de soins peut être modifié par le psychiatre, lequel, à tout moment, l'oriente, l'amende ou l'adapte en fonction de l'état de santé de son patient. La préoccupation des auteurs de l'amendement est donc satisfaite, puisqu'elle est intégrée dans les bonnes pratiques.

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 90.

Il est également défavorable à l'amendement n° 91, dont l'objet est sans relation avec le programme de soins.

J'émetts, au nom du Gouvernement, un avis défavorable sur l'amendement n° 92. En effet, le juge des libertés et de la détention n'a pas à se prononcer sur la faisabilité du programme de soins, car nous ne sommes pas dans le cas d'une privation de la liberté d'aller et de venir. En tout cas, ce n'est pas ce qui est prévu par le Conseil constitutionnel.

Le Gouvernement est, en revanche, favorable à l'amendement n° 426 rectifié *bis*, qui introduit une utile précision.

Avec l'amendement n° 48, si la personne admise en soins psychiatriques s'y oppose, aucun traitement médical autre que somatique ne peut être imposé. Le Gouvernement est défavorable à cette proposition. Quand un patient est admis pour des soins sans consentement, par définition, il ne peut ni consentir, ni refuser des soins. (*M. Guy Fischer et Mme Annie David protestent.*)

Mesdames, messieurs les sénateurs, il faut, à mon sens, faire confiance aux psychiatres, qui sont les mieux à même de décider de la meilleure approche thérapeutique et de la meilleure prise en charge pour leurs malades. J'incline naturel-

lement à faire confiance aux psychiatres plutôt qu'à légiférer sur ce que ces derniers ont à faire. (*M. Jacques Blanc fait un signe d'approbation.*)

L'amendement n° 93 tend à inscrire dans la loi le droit de faire appel à l'avocat. Pour moi, cette demande est satisfaite par le droit commun. J'émetts donc, au nom du Gouvernement, un avis défavorable.

Je considère, de même, que l'amendement n° 49 est satisfait par la loi. La question abordée est celle de l'intervention de l'avocat au début de l'hospitalisation. Je renvoie les auteurs de l'amendement au droit commun, en l'occurrence à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

L'amendement n° 50 réserve la réalisation de l'examen somatique à un médecin extérieur à l'établissement psychiatrique. Je pense que les médecins qui accueillent les patients sont à même de pratiquer un examen clinique et de détecter les éventuelles anomalies somatiques. Comme je l'ai dit précédemment, je préfère faire confiance aux médecins qui accueillent les malades.

Mme Annie David. Ont-ils les compétences ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Ils sont médecins, à la base !

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 50.

J'en arrive à l'amendement n° 454 rectifié. Comme la période d'observation est l'une des innovations introduites par ce texte, vous comprendrez que je ne sois pas favorable à la réduction de sa durée à quarante-huit heures.

Mme Annie David. Pourquoi ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En effet, ce n'est pas parce que la loi prévoit une période d'observation de soixante-douze heures que le malade n'est pas apte à sortir avant, si son état le permet.

Au vu de l'état de santé du malade, le psychiatre peut tout à fait décider, au bout de quarante-huit heures, de le faire sortir sans avoir à attendre le terme des soixante-douze heures d'observation, qui n'est pas un délai incompressible.

La journée supplémentaire d'observation, mesdames, messieurs les sénateurs, a pour objet de permettre d'obtenir l'alliance thérapeutique par laquelle le malade consent au programme qui va lui être proposé. Il s'agit de donner au patient une chance supplémentaire d'adhérer aux soins.

Le Gouvernement est donc défavorable à l'amendement n° 454 rectifié, ainsi qu'aux amendements n° 94 et 261.

Rappels au règlement

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour un rappel au règlement.

M. Alain Milon. Monsieur le président, je suis extrêmement surpris, étonné, et même peiné devant l'attitude que deux de nos collègues – MM. Desessard et Michel – ont adoptée vis-à-vis de M. le rapporteur.

Elle me paraît assez inconvenante à l'égard de celui qui n'a repris le rapport que vendredi dernier et qui est en train de se battre sur un texte complexe dont il a dû prendre connaissance en quelques jours.

J'ai entendu les mots de « maladie mentale » et de « schizophrénie ». J'espère qu'ils ne s'adressaient pas à M. le rapporteur !

Je voudrais vous rappeler quelle a été l'évolution du texte dans le cadre des travaux de la commission des affaires sociales.

Les premiers amendements présentés par la présidente-rapporteur ont été votés au tout début de nos travaux par deux sénatrices de l'Union centriste – Mmes Létard et Cros – par deux sénateurs de l'UMP – Mme Kammermann et moi-même – et par la gauche. Cependant, quand il s'est agi *in fine* de se prononcer sur l'ensemble, c'est la gauche qui n'a pas voté le texte !

Mme Christiane Demontès. C'est une plaisanterie, monsieur Milon !

M. Alain Milon. Au bout du compte, Mme la présidente-rapporteur s'est retrouvée sans texte. M. Lorrain n'est arrivé que par la suite.

Ayez donc un peu de respect pour le travail qu'il fait ! Il est vrai qu'il joue actuellement au pompier, mais il le fait bien, et je l'approuve ! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Je suppose que ce rappel au règlement et ceux qui vont suivre concernent les dispositions relatives au fonctionnement des commissions?... (*Sourires.*)

M. Alain Milon. Oui, monsieur le président.

M. le président. C'est bien ce qu'il m'avait semblé ! (*Nouveaux sourires.*)

La parole est à M. Jean-Pierre Michel, pour un rappel au règlement.

M. Jean-Pierre Michel. Puisque nous sommes dans la fantaisie la plus totale, continuons !

Nous assistons à une séance absolument ubuesque !

M. Jacques Mézard. Oui !

M. Jean-Pierre Michel. Monsieur Lorrain, votre avis personnel ne nous intéresse pas ! Si vous tenez à le donner, reprenez votre place de sénateur et exprimez-le au moment des explications de vote, comme chacun ici.

De surcroît, en tant que rapporteur, vous devez respecter les votes émis par la commission, même s'ils ne vous plaisent pas.

M. Roland Courteau. Il a raison !

M. Jean-Pierre Michel. Si cela continue, le groupe auquel j'appartiens quittera la séance et ne participera plus au débat.

À quoi sert-il de saisir une commission et d'organiser des réunions pour l'examen d'amendements si l'on ne tient pas compte, en séance publique, des votes émis dans ce cadre ?

M. Jacques Mézard. À rien !

M. Jean-Pierre Michel. Vous étiez minoritaire. Vous n'avez qu'à vous en prendre à vos amis !

Mme Annie David. Oui !

M. Jean-Pierre Michel. Il est tout à fait schizophrénique de dire : « La commission s'est prononcée pour tel amendement, mais, à titre personnel, je suis contre », ou l'inverse. Cette situation est absolument intolérable. Je le dis sans ambages : il est temps que cela cesse ou nous ne participerons plus à la discussion !

M. le président. Mes chers collègues, nous ne pouvons, à cette heure, entrer dans le détail de nos états d'âme, si intéressants soient-ils. Je vous rappelle qu'il nous reste plus de trois cents amendements à examiner.

La parole est à Mme Annie David, pour un rappel au règlement.

Mme Annie David. Monsieur le président, mon rappel au règlement se fonde sur l'article relatif au fonctionnement des commissions.

Monsieur Milon, vous imputez à la gauche le non-vote du texte de la commission. C'est exagéré ! Les amendements dont nous débattons ce soir sont ceux que nous avons examinés ce matin en commission. C'est vrai, les sénatrices et sénateurs de gauche étaient alors les plus nombreux ! (*M. Jean-Pierre Michel applaudit.*) Et, comme ils ont majoritairement émis un avis favorable sur ces amendements, la position de la commission est désormais celle que vous savez.

À vous entendre, monsieur Milon, M. Lorrain n'a pris connaissance de ce texte que vendredi dernier. Croyez bien que je le regrette, car il s'agit d'un texte très complexe. Mais vous savez, mon cher collègue, pour avoir assisté à l'ensemble des travaux de la commission, ce qui n'est pas mon cas et je le déplore, que cela fait déjà plusieurs semaines que la commission travaille sur ce projet de loi. Mme Dini, qui était le précédent rapporteur sur ce texte, a organisé un grand nombre d'auditions qui étaient ouvertes à l'ensemble des membres de la commission des affaires sociales.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. J'ai assisté à toutes les auditions !

Mme Annie David. Je le sais bien, monsieur le rapporteur, mais M. Milon tire argument du fait que vous n'avez pris connaissance du texte que vendredi dernier pour nous inviter à respecter d'autant plus le travail que vous faites ce soir.

De tels propos n'ont pas leur place ici : nous avons fait notre travail en commission et chacun de nous a émis le vote qui lui semblait le bon. Si, mercredi dernier, le texte de la commission n'a pas été adopté, vous ne pouvez tout de même pas en rejeter la faute sur les sénatrices et les sénateurs de gauche ! Ils étaient présents au moment du vote, comme ils l'étaient ce matin et comme ils le sont encore ce soir, en séance publique.

La commission a fait son travail, mais il est vrai qu'il serait beaucoup plus agréable pour les sénatrices et les sénateurs que nous sommes d'entendre l'avis de la commission. Si M. Lorrain, en tant que sénateur membre de la commission des affaires sociales, veut émettre son avis, qu'il le fasse depuis les travées de l'UMP. Il donnera alors son point de vue de sénateur, comme nous pouvons tous le faire. (*Exclamations sur les travées de l'UMP.*)

En revanche, ce que nous souhaitons entendre du banc des commissions, c'est l'avis de la commission. C'est ainsi que cela se passe habituellement. (*Applaudissements sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour un rappel au règlement.

M. Jean Desessard. Monsieur Milon, vous nous faites un mauvais procès ! Si j'avais pu assister à la réunion de la commission des affaires sociales jusqu'au bout ce matin, j'aurais voté le texte.

Le problème n'est pas là où vous voulez le voir, monsieur Milon : il vient de ce que les sénateurs de l'UMP n'étaient pas en commission ce matin.

Mme Christiane Demontès. Eh oui !

M. Jean Desessard. Pendant deux heures, nous avons débattu, puis voté, le résultat constituant la position officielle de la commission. Nous n'allions tout de même pas quitter la réunion pour permettre aux membres de l'UMP d'être majoritaires ! (*Sourires.*)

Il est particulièrement désagréable d'avoir consacré en pure perte deux heures de notre temps ce matin pour décider de la position définitive de la commission et de s'apercevoir, ce soir, que le rapporteur n'en tient pas compte et que, se sentant mu par une inspiration divine, il pense pouvoir rendre compte de la position du Sénat tout entier au travers de son seul jugement.

Qu'est-ce que cela veut dire ! Réinvente-t-il la démocratie ? La démocratie, c'est la position de la commission, tel qu'elle a été exprimée ce matin ; au rapporteur de la communiquer en séance publique. Qu'il ne s'y attarde pas, qu'il n'en fasse pas plus qu'il ne faut, soit, mais il ne peut en aucun cas nier le travail de la commission ou le point de vue des membres qui avaient pris la peine d'être présents à ses réunions.

Si vous devez chercher des responsabilités, c'est plutôt du côté des sénateurs UMP qui étaient absents ce matin en commission qu'il faut le faire ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Jean-Pierre Michel. C'est clair !

M. le président. La parole est à Mme Colette Giudicelli, pour un rappel au règlement.

Mme Colette Giudicelli. Monsieur le président, il s'agit moins d'un rappel au règlement que d'une question que je souhaite vous poser, en tant que président de séance.

Ce qui se passe ce soir s'est déjà produit lors de l'examen du projet de loi portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques, texte dont j'étais le rapporteur. Mme la présidente de la commission des affaires sociales, qui était assise à mes côtés au banc des commissions, peut en témoigner, tout comme Guy Fischer, qui, je m'en souviens, n'était pas satisfait du déroulement de nos travaux ce soir-là, ce que je comprenais.

Personne en commission n'avait voulu voter la transposition des directives européennes, sauf moi, car je savais bien qu'il fallait que ce texte soit adopté avant le 31 mai 2011 - on nous demandait en quelque sorte de répondre à des questions que l'on ne nous avait pas posées -, sinon la France aurait dû verser quelques dizaines de millions d'euros de pénalités.

Pour ce qui est du projet de loi que nous examinons aujourd'hui, comme les sénateurs UMP n'étaient pas majoritaires lors de l'examen en commission, tous les amendements ont été adoptés. Au moment du vote sur l'ensemble, les sénateurs UMP ont déclaré qu'ils ne pouvaient voter le texte ainsi amendé ; les autres sénateurs, qui avaient pourtant adopté les amendements, ont pris la même position. Nous nous retrouvions donc sans texte. Vous connaissez la suite.

Monsieur le président, dans ce contexte très particulier, est-il légal ou non de demander au rapporteur de se contenter, en séance publique, d'émettre l'avis de la commission ? Lors de l'examen du texte transposant les directives européennes, j'ai agi de la même façon que M. Lorrain aujourd'hui, qui, depuis le début de la discussion des articles du présent projet de loi, exprime à la fois l'avis de la commission et le sien, à titre personnel. Or, à l'époque, le président de séance - ce n'était pas vous, monsieur le président ! (*Sourires.*) - avait osé affirmer que, si je voulais émettre un avis à titre personnel, il fallait que je renonce à occuper les fonctions de rapporteur, ce que j'avais bien évidemment contesté !

Je souhaite qu'une fois pour toutes on ne place plus les sénateurs dans cette situation.

Tous les sénateurs de gauche - vous en êtes témoins, mes chers collègues - ont voté les amendements qu'a proposés la présidente de la commission des affaires sociales et, au moment du vote sur l'ensemble, ils ont refusé d'adopter le texte !

Mme Christiane Demontès. Aucun de nos amendements n'a été adopté !

Mme Colette Giudicelli. Pour notre part, comme nous n'avions voté aucun amendement, nous n'avons pas non plus voté le texte. Résultat ? Nous nous retrouvons sans texte !

Monsieur le président, mon expérience de parlementaire n'est pas très longue. C'est la raison pour laquelle je souhaite connaître votre position sur cette question et savoir ce qu'il est possible ou non de faire dans ces circonstances. Cela me semble important.

M. le président. Madame Giudicelli, je vous remercie de chercher à me simplifier la vie en me faisant juge de cette question ! (*Sourires.*)

Ce qui caractérise un Parlement, c'est que la parole y est libre et que le vote l'est tout autant, sur les amendements comme sur l'ensemble du texte. Les commissions qui sont saisies d'un texte s'organisent et votent.

Il est vrai que nous nous trouvons ce soir dans une situation un peu particulière - nous y survivrons, rassurez-vous ! -, mais cela ne tient pas au fait que la commission n'a pas adopté de texte. Malgré tout, il reste un projet de loi, dans la version qui nous vient de l'Assemblée nationale, et c'est pour examiner les amendements déposés sur ce texte que la commission s'est réunie ce matin.

Ce qui rend ce débat singulier, c'est que la commission a pris ce matin, dans sa majorité, des positions qui ne correspondent pas à l'avis qui s'exprime majoritairement ce soir dans cet hémicycle. Il n'en demeure pas moins que, aux termes du règlement du Sénat, le rôle du rapporteur est d'exprimer l'avis de la commission et de dire pourquoi elle a adopté telle ou telle position.

M. Jean Desessard. Voilà !

M. le président. Si, à titre personnel, il souhaite ensuite préciser que la commission a pris des positions contraires à ses vœux, il peut le faire, mais il doit d'abord mettre en avant la position de la commission.

Les membres de la commission qui étaient majoritaires ce matin estiment que les avis de la commission ne sont pas étayés d'arguments assez développés. Mais je m'en tiendrai là, ma chère collègue, sauf à sortir de mon rôle de président, ce dont je me garderai bien.

Quant à ma position personnelle, elle est la suivante : en tant que président, je ne prends pas part au vote. Cela ne m'empêche pas d'avoir mon opinion sur ce qui se passe, et c'est avec beaucoup d'intérêt que j'assiste au déroulement de nos travaux. (*Sourires.*)

La parole est à M. Jacques Blanc, pour un rappel au règlement.

M. Jacques Blanc. Je tiens simplement à procéder à un certain nombre de rappels nécessaires.

De quoi est-il question ce soir ? Il s'agit de protéger non pas la société, mais des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique...

M. Guy Fischer. C'est là que nous sommes en désaccord !

M. Jacques Blanc. ... qui les empêche d'avoir même conscience de leur état. Je pense, par exemple, à des cas de délire.

Mme Annie David. C'est une explication de vote, pas un rappel au règlement!

M. le président. Mon cher collègue, je vous ai donné la parole pour un rappel au règlement.

M. Jacques Blanc. C'est bien un rappel au règlement, monsieur le président, j'y viens.

M. le président. Le plus tôt sera le mieux, mon cher collègue!

M. Jacques Blanc. Dans cette situation, l'intérêt du malade exige que nous trouvions des réponses adaptées afin de lui permettre de sortir de son état, notamment en lui imposant des soins.

Par chance, et c'est l'objet de mon rappel au règlement, la commission, qui a accompli un travail difficile, car le sujet est complexe, a émis sur l'amendement n° 280 de M. Milon un avis favorable qui rejoint la position personnelle du rapporteur et celle du Gouvernement. Nous pourrions donc nous retrouver autour de cet amendement et ainsi montrer que le Sénat cherche à réaliser des avancées.

Cet amendement répond à une interrogation qui nous est commune : comment permettre à ces malades de sortir de leur état, d'être bien pris en charge et d'avoir la certitude de bénéficier d'un programme élaboré pour eux? Dans ces conditions, monsieur le président, ne serait-il pas possible de mettre d'emblée aux voix cet amendement, que tout le monde pourrait voter?

Ce faisant, nous montrerions que, dans ce débat difficile, le Sénat apporte une contribution très positive pour répondre à un problème délicat et aller de l'avant. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

M. le président. Mes chers collègues, je vous donne acte de ces différents rappels au règlement, laissant chacun juge de l'étroitesse du rapport qu'ils entretiennent avec ledit règlement...

Article 1^{er} (suite)

M. le président. Nous en revenons aux amendements faisant l'objet d'une discussion commune et portant sur les alinéas 2 à 20 de l'article 1^{er}.

La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur les amendements identiques n° 45 rectifié et 87.

M. Guy Fischer. Les sénatrices et sénateurs du groupe CRC-SPG voteront naturellement ces deux amendements, qui visent à supprimer les soins sans consentement en ambulatoire et dont je rappelle qu'ils ont, à deux reprises, reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales.

Cette proposition récurrente, présentée comme devant permettre une diversification des modalités de soins face à l'hospitalisation complète, constitue, je le répète, une mauvaise réponse à une bonne question.

Si nous ne doutons pas que l'hospitalisation complète puisse être inappropriée pour certains patients, nous ne croyons pas que l'extension de la contrainte à domicile, qui peut être celui des patients ou de la famille, soit pour autant une bonne mesure.

Cette diversité nécessaire à la bonne prise en charge de tous les patients doit d'abord, et avant tout, reposer sur une politique de secteur qui soit susceptible de répondre aux

attentes des personnes atteintes de maladies mentales, au quotidien comme dans les périodes de crise, lorsqu'elles surviennent. Convenez qu'en l'état actuel des moyens dédiés à la psychiatrie, et aux secteurs en particulier, nous en sommes loin!

Il y a un véritable fossé entre la théorie et le pratique, et le seul mode diversifié que vous préconisez tend à favoriser le « tout médicament » par rapport au processus psychanalytique, évidemment nécessaire.

Par ailleurs, et cela n'est pas sans lien avec ce dont nous venons de parler, nous avons appris ce matin, à l'occasion d'une table ronde que nous organisons avec des représentants des professionnels de la psychiatrie et des représentants de patients ou anciens patients, que, dans de nombreuses villes, les consultations psychiatriques au sein des centres médico-psychiatriques étaient devenues payantes.

Elles étaient jusqu'alors gratuite. Cette gratuité permettait à tous les patients en souffrance de venir parler et, par voie de conséquence, de désamorcer d'éventuelles crises. Dans ma commune existe un centre de thérapie brève qui joue un rôle important à cet égard.

Rendre ces consultations payantes revient à prendre le risque que les publics concernés, très souvent démunis du point de vue financier, désertent ces consultations et qu'ils ne soient plus traités, demain, qu'à l'occasion des périodes de crise.

Nous en revenons donc à notre critique principale de votre conception de la psychiatrie, une conception sécuritaire destinée à faire cesser les crises et les troubles et non à soigner les patients. Jusqu'à la fin de ce débat, nous continuerons à porter cette critique.

Mes chers collègues, il aurait été souhaitable que le Gouvernement s'en tienne strictement à la décision du Conseil constitutionnel, sans aller plus loin, en limitant le contenu du texte à un article prévoyant l'intervention du juge des libertés et de la détention. Cela nous aurait évité d'aborder la question des formes de soins en dehors d'une loi plus large relative à la psychiatrie dans son ensemble.

Nous voterons donc ces amendements identiques, considérant que la suppression des soins sans consentement en ambulatoire présenterait l'avantage d'écartier le dispositif le plus décrié, par les professionnels concernés comme par les patients.

M. Jean Desessard. Très bien!

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

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Je précise d'emblée qu'à titre personnel je ne voterai pas ces amendements.

Les soins ambulatoires sous contrainte méritent d'être approuvés, à condition, et elle est importante, qu'ils fassent bien diminuer le nombre des hospitalisations sans consentement et qu'ils ne viennent pas s'ajouter à elles.

Ils méritent d'être approuvés dès lors qu'ils constituent une alternative à l'hospitalisation complète, et donc une alternative à une mesure privative de liberté, et, en outre, que cette alternative à l'enfermement est entourée de garanties, en particulier lorsqu'elle prend la forme d'une hospitalisation partielle.

Je vous fais observer que c'est précisément ce qu'a voulu la commission des lois en adoptant un amendement instaurant un contrôle systématique du juge en cas d'hospitalisation partielle, à compter du 1^{er} septembre 2012.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Michel, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Michel. Je voudrais d'abord rappeler que ces deux amendements identiques ont été approuvés deux fois, la semaine dernière et ce matin, par la commission des affaires sociales, n'en déplaise à Jean-Louis Lorrain, que je ne peux pas appeler rapporteur, puisqu'il ne rapporte pas ce que la commission a décidé!

La proposition de loi signée par mes collègues Jean-René Lecerf, Christiane Demontès et Gilbert Barbier, que j'avais rapportée ici même l'an dernier, prévoyait des soins sous contrainte, obligatoires, ambulatoires, mais pour des malades mentaux délinquants qui, en contrepartie d'une libération précoce, se voyaient imposer une obligation de soins, à l'image d'une obligation de contrôle judiciaire.

Ce dispositif nous paraissait cohérent. D'ailleurs, le Sénat a voté cette proposition à l'unanimité, contre l'avis du Gouvernement. Comme vient de le rappeler Jean-René Lecerf, il s'agissait de prévoir une alternative à l'enfermement et à l'emprisonnement. Cette obligation de soins était de surcroît assortie d'une sanction: si le malade délinquant ne s'y soumettait pas, il retournait en prison! Voilà pour les malades mentaux délinquants.

Mais, dans le cas présent, il s'agit des malades mentaux en général. Or, on le sait bien, et Mme la secrétaire d'État l'a reconnu elle-même, le malade mental doit d'abord prendre conscience de sa maladie. Tous les psychiatres et les thérapeutes s'accordent sur ce point: faire accepter le soin par le malade, et donc lui faire prendre conscience de l'état dans lequel il se trouve, est déjà un soin en soi, le début de la thérapie.

Précisément, cette démarche ne sera pas possible en ambulatoire. En effet, qui va contrôler le respect de l'obligation de soins? Les infirmiers des centres médico-psychiatriques ou des établissements du type de celui dont parlait notre collègue Guy Fischer tout à l'heure en prenant l'exemple de sa commune? Nous savons très bien qu'ils sont trop peu nombreux.

Et quand bien même le contrôle serait possible, quelle serait la sanction d'une violation de l'obligation? Il n'y en a pas! Ce ne peut pas être le retour vers l'hospitalisation d'office, qui constitue un soin et non une sanction!

Ces soins ambulatoires sans consentement pour des malades mentaux qui n'ont pas été jugés pour des délits ou des crimes sont donc totalement impraticables. Aucun des psychiatres interrogés – pour ma part, j'ai questionné les psychiatres de l'établissement que je préside –, n'arrive à comprendre le sens d'une telle mesure. Comment va-t-on contraindre un malade à des soins en dehors d'un établissement? Où contraindre? Quand? Avec quels moyens? Tout cela est totalement impraticable.

Enfin, quand bien même le dispositif entrerait en application, qui sera responsable dans le cas où un malade, astreint à des soins sans consentement et en ambulatoire, aura commis une infraction grave?

M. Guy Fischer. La famille...

M. Jean-Pierre Michel. Qui sera responsable? Le choc dans l'opinion publique sera bien pire que s'il agissait d'un malade s'étant enfui de l'établissement où il était hospitalisé. Dans le cas de l'obligation de soins sans consentement et en ambulatoire, les contrôles étant *de facto* impossibles, nous serons à la merci de dysfonctionnements graves, qui pèseront sur l'opinion publique et qui accroîtront l'insécurité. Cette mesure ne sera alors plus appliquée.

Et *quid* des sorties d'essai? Elles disparaissent! Lorsqu'un malade est hospitalisé, d'abord sans consentement puis en dehors du cadre de la procédure d'hospitalisation d'office, le psychiatre peut lui accorder une sortie d'essai, en fonction de son évolution, pour voir comment il va se comporter en milieu libre. Progressivement, le malade sort ainsi de plus en plus souvent de l'hôpital, et l'on peut envisager plus. Or le texte supprime cette possibilité, qui existe aujourd'hui.

Non, vraiment, tout cela est totalement incohérent, totalement inapplicable. C'est la raison pour laquelle nous voterons ces amendements identiques de suppression, comme nous l'avons déjà fait deux fois en commission, et que nous demandons au Sénat de se prononcer par scrutin public.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Mon intervention sera courte, car je souscris pleinement aux arguments que mes collègues Guy Fischer et Jacky Le Menn ont développés en présentant leurs amendements.

L'obligation de soins est un contresens clinique. En effet, on peut obliger un patient à être hospitalisé, mais pas à se soigner, et encore moins hors les murs d'un établissement adapté. Le travail d'un psychiatre est d'amener le malade à vouloir se soigner. Rien n'est précisé, dans le projet de loi, sur la forme que prendront ces soins hors de l'hôpital.

Il est impensable qu'il s'agisse exclusivement de l'administration de médicaments, car la guérison vient surtout de la relation entre le patient et son médecin. La prise de médicaments ne doit pas être le principal axe thérapeutique.

Le rôle du psychiatre ne saurait se limiter à la surveillance de la bonne prise des médicaments. N'aborder la psychiatrie que sous l'angle pharmacologique revient à ne considérer l'humain que comme un être végétatif, que l'on traite comme tel, sans chercher à aboutir à un changement psychique profond.

On ne réglera pas les problèmes de la psychiatrie à grand renfort d'injections! La solution réside aussi dans la création de places en accueil de jour, l'ouverture de nouveaux lits et la création de postes dans les hôpitaux.

Tel est le véritable enjeu, madame la secrétaire d'État. La mise en place des soins sous contrainte en ambulatoire vous permet de faire des économies, en évitant de répondre aux besoins des hôpitaux.

M. Jacques Blanc. Ce n'est pas le problème!

M. Jean Desessard. Ce faisant, vous fragilisez encore davantage des patients atteints de troubles psychiques graves. C'est pourquoi je voterai ces amendements identiques de suppression.

M. le président. La parole est à Mme Valérie Létard, pour explication de vote.

Mme Valérie Létard. Je souhaite expliquer la position de mon groupe, sans retracer dans le détail le cheminement des amendements qui ont été défendus par Muguette Dini, lors de l'examen en commission mercredi dernier, ainsi que des positions que j'ai prises personnellement, de même qu'Alain Milon et d'autres de mes collègues, dont une bonne partie de gauche.

Nous avons tous soutenu ces amendements à l'article 1^{er}, mais, lorsqu'il s'est agi de voter le texte, nous n'étions plus aussi nombreux. (*Mme Christiane Demontès proteste.*) Je n'accuse personne, je résume ce qui s'est passé en commission, chère collègue. Le texte n'a donc pas été adopté et nous sommes revenus à la version de l'Assemblée nationale.

Nous essayons donc de réfléchir à des amendements qui permettraient d'améliorer le texte, en tenant compte des positions exprimées lors de la dernière réunion de commission.

Il me semble qu'Alain Milon, au terme d'un important travail, nous fournit une solution qui permet d'encadrer ce qui peut se passer à l'extérieur de l'établissement, lorsque le malade est suivi soit en mode ambulatoire soit en mode alternatif, c'est-à-dire dans des cadres autres que les unités d'hospitalisation à temps plein.

L'amendement n° 280 présenté par Alain Milon, sous-amendé par Jean-Louis Lorrain, me semble constituer une amélioration du dispositif. Il est cependant indispensable que Mme la secrétaire d'État nous garantisse la mise en œuvre de moyens suffisants pour assurer une bonne application de ce texte. Je joins ici ma voix à celle de tous mes collègues pour estimer qu'il faudra recruter des personnels paramédicaux, des infirmiers psychiatriques supplémentaires.

En effet, un programme de soins du patient à domicile, établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, nécessite le concours d'infirmiers psychiatriques susceptibles d'agir à l'extérieur de l'établissement. Il faudra donc des moyens supplémentaires pour que soient respectés les quotas précis de personnels prévus au sein des établissements, en fonction du nombre de patients. Si des infirmiers accompagnent des patients à l'extérieur, il manquera donc du personnel dans les établissements.

Les décrets et les mesures prises pour appliquer cet amendement, s'il est voté, devront traduire l'engagement du Gouvernement d'augmenter les moyens humains dans les établissements concernés. Il faudra également autoriser des personnels paramédicaux et des infirmiers psychiatriques à sortir de l'établissement, en tant que de besoin.

Je félicite une nouvelle fois M. Milon d'être parvenu à sortir par le haut de la situation de blocage dans laquelle nous nous sommes trouvés en commission, tout en améliorant le texte de façon remarquable.

M. Guy Fischer. Mauvais texte!

Mme Valérie Létard. Cela étant, le Gouvernement devra nous apporter des garanties quant à la mise en œuvre de ce dispositif de prise en charge.

Le groupe de l'Union centriste s'est rallié à cette solution de compromis et n'a donc pas redéposé ses amendements en séance publique. Toutefois, je le répète, le Gouvernement doit faire un geste et s'engager à consacrer les moyens nécessaires. (*Applaudissements sur les travées de l'Union centriste et de l'UMP, ainsi que sur certaines travées du RDSE.*)

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je voudrais tout de même remettre les pendules à l'heure!

On reproche à notre groupe de n'avoir pas voté le rapport de Mme Dini la semaine dernière, alors que nous avons soutenu certains de ses amendements, notamment celui qui visait à supprimer les alinéas 2 à 20 de l'article 1^{er}, amendement que nous avons repris, comme d'autres, parce qu'il nous semblait pouvoir être profitable aux malades.

Si nous nous sommes abstenus en commission, c'est que plus des trois quarts de nos amendements avaient été rejetés! Cependant, nous n'avons pas voté contre – contrairement à nos collègues du groupe CRC-SPG –, afin de prendre acte des avancées réalisées et que nous avons votées.

Cependant, la plupart de nos amendements ayant été écartés, nous n'allions tout de même pas accorder nos suffrages à ce texte! La responsabilité du vote final incombe à la majorité sénatoriale, car c'est en son sein que tout s'est détérioré, avec le résultat que l'on sait.

Par conséquent, avant même de prendre connaissance de l'amendement de notre collègue Milon, qui pourra effectivement constituer une solution de repli, nous avons présenté en séance publique des amendements qui reprenaient ceux qui avaient été défendus par Mme Dini, à l'époque rapporteur du texte, et que nous avons soutenus en commission. Nous sommes donc tout à fait logiques avec nous-mêmes!

Encore une fois, mes chers collègues, ne confondons pas vitesse et précipitation. Nous ne sommes pas complètement démunis: l'hospitalisation sans consentement existe, avec des sorties d'essai qui pourraient éventuellement être mieux encadrées mais qui ont le mérite de fonctionner, alors que le texte vise à les supprimer. Il est donc urgent d'attendre un meilleur texte, une loi d'ensemble sur la maladie mentale. Telle est notre position! (*Très bien! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Yvon Collin.

M. Yvon Collin. Je sollicite une brève suspension de séance, monsieur le président.

M. le président. Nous allons donc interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt-trois heures cinquante, est reprise à zéro heure cinq, le mercredi 11 mai 2011.*)

M. le président. La séance est reprise.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 45 rectifié et 87, qui visent à supprimer les alinéas 2 à 20 de l'article 1^{er}.

J'ai été saisi de deux demandes de scrutin public, émanant, l'une, du groupe CRC-SPG, l'autre, du groupe socialiste.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que l'avis du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(*Il est procédé au dépouillement du scrutin.*)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 207:

Nombre de votants	338
Nombre de suffrages exprimés	337
Majorité absolue des suffrages exprimés	169
Pour l'adoption	151
Contre	186

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 477 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 5.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 46.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 490 rectifié.

Mme Annie David. Nous sommes tout à fait défavorables au sous-amendement présenté par M. Lorrain.

Nous pourrions trouver quelque intérêt à voter l'amendement n° 280 de notre collègue Alain Milon, mais pas modifié par le sous-amendement de M. Lorrain, qui revient à réintroduire dans le texte une disposition dont nous avons estimé dès le début qu'elle était très mauvaise.

Ce sous-amendement tend en effet notamment à renvoyer à un décret en Conseil d'État pour préciser « les conditions dans lesquelles le programme de soins et ses modifications sont notifiés au patient et transmis au représentant de l'État dans le département. » Notre collègue Alain Milon avait lui, par sa rédaction, réglé le problème en faisant disparaître le décret en Conseil d'État.

Sans aller jusqu'à dire, comme M. Lorrain et Mme la secrétaire d'État, que l'amendement n° 280 est très bon, je dirai qu'il est plus acceptable en l'état, sans le sous-amendement n° 490 rectifié, que nous ne pouvons évidemment pas voter. Si ce sous-amendement était adopté, il remettrait totalement en cause notre vote sur l'amendement de M. Milon.

Le sous-amendement n° 490 rectifié ne répond en rien aux questions qu'a posées tout à l'heure Mme Valérie Létard, et j'ignore si Mme la secrétaire d'État nous en dira plus ce soir sur les moyens.

Je la vois mal nous déclarer tout de go qu'elle ne dégagera pas les moyens nécessaires à la mise en œuvre de ce texte. Mais quand bien même elle s'engagerait dans le sens que nous souhaitons, ce ne serait encore que des mots. Au-delà, nous aimerions savoir quels moyens humains et financiers elle entend concrètement proposer pour le secteur psychiatrique, que ce soit en termes de recrutement d'infirmiers psychiatriques ou d'ouvertures de lit dans les hôpitaux. Vaut-elle octroyer pour la santé psychiatrique tous les moyens que nous avons les uns et les autres réclamés,...

M. Guy Fischer. La droite ? À peine !

Mme Annie David. ... surtout sur les travées de la gauche, mais un peu aussi sur celles de la droite ? *(Exclamations sur les travées de l'UMP.)* Je ne vous ferai pas ce mauvais procès, chers collègues de la majorité.

Je le répète : nous ne voterons pas le sous-amendement n° 490 rectifié proposé par M. Lorrain. De son adoption ou non dépendra notre vote sur l'amendement n° 280.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je suis dans le même état d'esprit que notre collègue Annie David.

Pour ma part, comme je l'ai dit assez longuement en commission ce matin et tout à l'heure encore, j'étais prêt à voter l'amendement de compromis de notre collègue Alain Milon. Or le sous-amendement présenté par M. Lorrain tend à faire rentrer par la fenêtre ce que l'on avait évacué par la porte !

M. Guy Fischer. C'est tout à fait cela !

M. Jacky Le Menn. Il n'apporte pas de réponse aux questions que nous posons depuis longtemps.

Nous n'avons pas de réponses non plus aux questions qui ont été posées tout à l'heure par Mme Valérie Létard sur les moyens, questions auxquelles j'espère que Mme la secrétaire d'État va répondre.

On peut dire tout ce que l'on veut, s'il n'y a pas de moyens, il n'est pas possible de dispenser de bons soins, de même d'ailleurs qu'il n'est pas possible d'assurer une bonne sécurité. On ne fait pas de bonne médecine sans médecins, sans infirmiers, sans moyens, sans lits d'hospitalisation, sans lits de repli. Faire croire le contraire, c'est vouloir faire passer des vessies pour des lanternes !

J'ai géré des établissements hospitaliers pendant des années et je puis vous dire que l'on a beau porter la bonne parole, il n'est pas possible de soigner si l'on n'a pas d'infirmières et de médecins à inscrire sur les tableaux de service !

Quant aux problèmes des fugues, de ces malades qui ne prennent pas leurs médicaments, il nous faut des réponses claires, mais on ne nous les a toujours pas fournies.

Notre collègue Jean-Pierre Michel a très précisément soulevé le problème de la responsabilité en matière de soins ambulatoires sans consentement : qui sera responsable en cas de problème, en cas d'accident ? J'attends toujours la réponse à cette question.

Une catégorie juridique nouvelle est créée sans que soient apportées aux acteurs des soins, à ceux qui s'occuperont de ces malades, les garanties nécessaires en termes de responsabilité. Cela va donner lieu à des procès sans fin. Mais nous n'avons pas plus de réponse sur ce sujet.

Pour ces différentes raisons, et pour bien d'autres, trop longues à évoquer ce soir, nous ne pouvons voter le sous-amendement de notre collègue Jean-Louis Lorrain. C'est une question de bon sens. Or, lorsqu'on fait une loi, il faut faire preuve de bon sens, aussi.

Pas de moyens, pas de soins, pas de sécurité juridique en termes de responsabilité : autant de signes de danger pour ceux qui s'occupent des malades !

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Je suis très intéressé – moi aussi – par la réponse à la question posée par Mme Létard à Mme la secrétaire d'État sur les moyens mis en œuvre pour l'application de la loi. J'attends que Mme la secrétaire d'État nous indique quels sont ces moyens, et je suis sûr que Mme Létard ne manquera pas d'être alors rassurée...

Oui, mes chers collègues, le Gouvernement qui, par ailleurs, multiplie les économies dans tous les domaines, en particulier dans la santé, va sans doute débloquer de l'argent pour la mise en place des soins ambulatoires... J'attends cette révélation, j'attends l'annonce de ce changement de politique gouvernementale ! *(Sourires.)*

Je suis très attentif, donc, à la réponse de Mme la secrétaire d'État. Je suis persuadé que c'est aussi votre cas, mes chers collègues !

M. Milon prévoit dans son amendement qu'une personne faisant l'objet « de soins psychiatriques sans son consentement est prise en charge par tous les outils thérapeutiques de la psychiatrie adaptés à son état ». M. Lorrain, qui ne veut pas qu'apparaisse la mention « sans son consentement » la remplace, dans son sous-amendement, par les mots : « auxquels elle n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux ». Alors là... !

M. Gérard Dériot. C'est du grand art ! (*Rires sur les travées de l'UMP.*)

M. Jean Desessard. Autrement dit, on ne va pas demander son avis à la personne parce qu'elle ne sait pas exactement quel est son avis !

Très fort, vraiment très fort, monsieur Lorrain, par ailleurs rapporteur et pompier de service en cas de difficultés au sein de la commission !

M. François Trucy. Oh ! En voilà assez !

Mme Colette Giudicelli. Cela suffit !

M. Jean Desessard. Mais je passe...

Je ne voterai pas l'amendement de M. Milon même s'il n'est pas sous-amendé par M. Lorrain. Je ne l'ai d'ailleurs pas voté en commission.

Cet amendement prévoit, je le rappelle, que la prise en charge du patient peut être réalisée sans son consentement dans « des unités alternatives à l'hospitalisation temps plein, des lieux de consultations, des lieux d'activités thérapeutiques, et dans le lieu de vie habituel du patient ».

J'ai défendu l'idée qu'il fallait supprimer cet alinéa. Je ne peux pas être d'accord sur le concept de soins psychiatriques sans le consentement du patient dans son lieu de vie habituel. Cela oblige en effet à avoir recours aux injections, aux médicaments, et je ne vois pas quelle forme active pourrait prendre de cette manière la relation entre le soignant et le soigné.

C'est donc, encore une fois, sous une forme habile, une façon de revenir à l'esprit du texte initial, même si M. Milon l'agrément en prévoyant d'autres lieux où la prise en charge est possible. Mais on sait très bien que, principalement, la prise en charge se ferait au domicile du patient ou au domicile familial.

Nous sommes opposés à cette méthode ambulatoire de soins psychiatriques sans le consentement du patient.

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Je voudrais simplement compléter ce qu'a dit Annie David.

Il y a deux points sur lesquels le Gouvernement n'apporte pas de réponse et sur lesquels nous n'en obtiendrons pas, nous le savons.

Dans peu de temps nous débattons des équilibres budgétaires. Loi de financement après loi de financement, nous constatons une réduction des moyens qui sont donnés aux établissements de santé, notamment.

Je l'ai dit et répété : la crise que traversent les hôpitaux publics est certainement la plus grave qu'ils ont jamais traversée.

Il faut savoir que les directeurs généraux des grands hôpitaux, que ce soit l'AP-HP, à Paris, ou les Hospices civils de Lyon, font respecter les budgets à la cravache ! Il faut véritablement dénoncer cette situation.

Aujourd'hui, par exemple, les deux plus grands établissements psychiatriques de l'agglomération lyonnaise – vous les connaissez très bien, madame la secrétaire d'État – c'est-à-dire les centres hospitaliers Saint-Jean-de-Dieu et Le Vinatier, connaissent des mouvements de grève pratiquement continus, et le mécontentement croît, mobilisant tous les personnels, avec toutes les organisations syndicales.

Se pose donc le problème des moyens, mais aucune réponse n'est apportée. Nous ne nous faisons aucune illusion sur le sujet.

En outre, on voit bien que s'opère un transfert de responsabilité. On le disait tout à l'heure, d'une manière ou d'une autre, cette loi sera une façon de réduire la dépense. Mais la responsabilité, elle, sera partagée avec les familles. Or quiconque connaît les familles confrontées à la maladie mentale sait qu'un tel partage de la responsabilité revient à ajouter de la souffrance à la souffrance.

Ce ne sont là que deux des points qui font que l'on ne peut absolument pas être d'accord avec le sous-amendement.

Et même si M. Milon tente de nous faire « avaler » son amendement d'une manière plus intelligente, il ne faut pas s'y méprendre : le projet de loi reste sur le fond celui que le Président de la République voulait, c'est-à-dire un texte avant tout sécuritaire.

Nous constaterons ensuite que les moyens ne sont pas là, que les personnels ne sont pas là, qu'il y a de plus en plus de lits fermés et que les difficultés vont croissant.

On ne peut donc que voter contre !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Mesdames, messieurs les sénateurs, vous vous inquiétez à juste titre de la mise en œuvre de cette loi. Sachez que les décrets d'application seront préparés au fur et à mesure de l'évolution du texte, pour que la loi puisse être opérationnelle dès le 1^{er} août 2011.

Vous avez soulevé plusieurs questions.

En ce qui concerne tout d'abord les soins ambulatoires, chaque fois qu'un programme de soins sera identifié par le psychiatre hospitalier – c'est lui qui décide de faire sortir un patient et de le faire bénéficier d'un suivi à son domicile –, il faudra déterminer un lieu et une équipe, c'est-à-dire la garantie de la présence de ce relais assuré par des professionnels au plus près du lieu de vie de la personne.

M. Milon précise, dans son amendement, qu'il peut s'agir d'un accueil de jour, d'un accueil thérapeutique, voire d'un accueil familial thérapeutique – pourquoi pas ? – ou des lieux d'activités thérapeutiques.

Il n'est pas uniquement question d'injections, monsieur Desessard. Loin de nous cantonner dans l'alternative thérapeutique médicamenteuse, nous sommes dans une approche globale de la prise en charge.

Je peux donc vous rassurer sur ce point, il y aura bien derrière chaque malade un référent qui aura la responsabilité du suivi de cette personne malade et qui sera en lien avec l'établissement dont est issu le patient.

Pour qu'il y ait un échange – vous savez d'ailleurs très bien comment cela se passe sur le terrain –, nous avons des équipes qui collaborent entre elles, qui se téléphonent, l'objectif étant que le malade soit entouré, encadré.

C'est la responsabilité de ces professionnels, et nous savons les uns et les autres, parce que nous en connaissons tous, qu'ils exercent leur métier avec beaucoup de passion, avec le souci premier du succès thérapeutique, et qu'ils déploient toutes leurs compétences au service de leurs malades.

J'ai une grande confiance dans les professionnels, qu'ils exercent en médecine de ville, au sein de centres médico-psychologiques ou dans des accueils de jour, et je suis sûre qu'ils sauront se faire le relais de cette prescription hospitalière

et se coordonner avec la structure hospitalière, qui décide d'un programme de soins et qui permet à un patient de retourner chez lui.

Donc, bien entendu, le malade ne sera pas laissé pour compte. D'ailleurs, je voudrais le signaler, c'est tout l'inverse aujourd'hui avec les sorties d'essai. Dans ce cas, en effet, on décide de faire un essai, le patient sort, mais quel est le suivi? Quelle est la prise en charge? Une surveillance, nous dit-on, mais il s'agit d'une surveillance aléatoire! On n'a pas la garantie d'un suivi rigoureux, proche,...

M. Jean Desessard. Je croyais qu'ils se téléphonaient!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ... ou même la garantie de la recherche de ce succès thérapeutique dont je parlais.

À partir du moment où il n'y a pas cet engagement du patient par rapport au médecin qui l'a suivi, on sait très bien que l'observance du traitement n'est pas optimale.

M. Guy Fischer. On n'aura pas plus de garantie avec ce texte!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Mais si, justement, monsieur Fischer, parce que, à partir du moment où le patient sort, il y a un engagement mutuel entre le soignant et le soigné.

M. Guy Fischer. Mais on parle ici de soins sans consentement de la personne!

M. Jean Desessard. Non, on parle de soins auxquels la personne « n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux »!

Mme Christiane Demontès. Donc des soins sans consentement!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je vais devoir vous réexpliquer la loi, mesdames, messieurs les sénateurs!

On garde le patient en observation pendant soixante-douze heures, période pendant laquelle on essaie par tous les moyens d'obtenir cette alliance thérapeutique dont nous parlions et de faire en sorte que le patient s'engage pour respecter un programme de soins.

Soyons logiques : un patient souffrant de troubles psychiatriques n'est pas sans cesse et de façon continue sans conscience de son état. Il y a des pics et des vallées, des moments où il est conscient de son état et d'autres où il n'en est pas conscient, parce qu'il a décompensé.

Pendant cette période d'observation, on se donne une journée supplémentaire pour offrir au patient plus de chances d'adhérer à son programme de soins, sachant que le malade, dans ses périodes de lucidité, peut s'engager à respecter un programme de soins, et c'est dans ce cadre que le psychiatre décide que le respect du programme sera assuré.

Je réponds donc à Valérie Létard : bien évidemment, derrière chaque malade, il y aura une équipe.

Mesdames, messieurs les sénateurs, vous me parlez des moyens, vous évoquez les économies dans le domaine de la santé. Vraiment, je suis estomaquée! N'est-ce pas vous, parlementaires, qui votez, chaque année, une progression de l'ONDAM, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie? N'est-ce pas vous qui, chaque année, avez voté une augmentation de 2 milliards d'euros pour les hôpitaux et le fonctionnement de l'hôpital? Vous nous parlez aujourd'hui de baisse des moyens et d'économies dans le domaine de la santé?

M. Jacky Le Menn. Et si c'est insuffisant?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Il s'agit de 2 % de plus rien que pour la psychiatrie *stricto sensu*, monsieur le sénateur! (*Protestations sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*)

Alors, arrêtez de nous tenir des discours enflammés sur les réductions budgétaires et les économies dans le domaine de la santé puisque, chaque année, ce sont 2 milliards de plus qui sont votés! Si je fais un bref calcul, depuis 2007, nous en sommes à 10 milliards d'euros, mesdames, messieurs les sénateurs...

M. Jacky Le Menn. On en reparlera au moment du PLFSS!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Où donc voyez-vous des économies? En tout cas, elles ne sont pas dans la loi de financement de la sécurité sociale qui vous est soumise chaque année et que vous votez chaque année! (*Applaudissements sur les travées de l'UMP.*)

Mme Christiane Demontès. Adressez-vous à l'UMP, nous ne votons pas l'ONDAM!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Donc, sur la question de l'augmentation des budgets, je n'ai plus rien à prouver puisque vous êtes aux premières loges pour savoir ce qui se passe.

M. Guy Fischer. Oui, les personnels sont très contents, c'est d'ailleurs pour cela qu'ils manifestent!

Mme Annie David. Combien de lits supprimés?

M. Guy Fischer. On croit rêver!

Mme Christiane Demontès. Il y a eu 50 000 lits fermés!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. C'est donc pure mauvaise foi de votre part.

Dans le cadre du budget qui est voté chaque année, un plan psychiatrie et santé mentale est en cours de construction avec les acteurs de la santé – les professionnels, les usagers – pour organiser le soin à l'échelle territoriale. Il n'y a d'ailleurs pas de spécificité en la matière, et il en ira pour la psychiatrie comme pour tous les autres plans de santé publique, le plan cancer, le plan Alzheimer, le plan maladies rares, le plan de lutte contre l'obésité, sur lequel nous allons aussi travailler.

Ces plans de santé publique sont chacun assortis d'une enveloppe budgétaire pour la mise en œuvre des mesures d'application.

Si donc il me faut vous rassurer encore, mesdames, messieurs les sénateurs, sachez que, comme pour les autres plans de santé publique, le plan psychiatrie sera doté des moyens nécessaires pour la mise en œuvre des mesures qui seront identifiées avec les professionnels, les acteurs de la santé publique, les organisations et associations d'usagers.

M. Guy Fischer. Quand on voit le plan Alzheimer, quand on voit à quel point les familles sont dans la souffrance et la désolation...

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En tant que secrétaire d'État chargée de la santé, ma préoccupation, ce sont les malades.

Mme Annie David. Justement!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Or les postures et les caricatures ne leur apportent rien!

Mme Annie David. Tout à fait! Alors cessez de donner dans la caricature!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Pour ma part, je suis à l'écoute des propositions constructives, qui font avancer le débat. Ainsi, M. Alain Milon suggère de clarifier le régime des soins ambulatoires : j'y suis favorable; M. Jean-Louis

Lorrain propose de clarifier davantage encore le rôle des différents acteurs : soit, allons-y ! Vous avez évoqué les moyens ? Le plan de santé publique comportera une enveloppe budgétaire dédiée. Vous estimez insuffisante la progression du budget de la santé ? Mais c'est vous-mêmes qui le votez !

M. Guy Fischer. Non ! Ce n'est pas nous !

Mme Christiane Demontès. Ce sont les membres de la majorité !

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les crédits affectés à la santé augmentent d'ailleurs chaque année. Pour le seul secteur de la psychiatrie, ils ont ainsi progressé de 2 % en 2011, monsieur Fischer. Cessez donc d'être de mauvaise foi !

M. Guy Fischer. Vous prétendez que je suis de mauvaise foi ?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. J'espère vous avoir rassurés. (*Non ! sur les travées du groupe CRC-SPG et du groupe socialiste.*) Je me tiens à votre disposition pour travailler avec vous sur le plan de santé mentale. (*Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Mme Anne-Marie Payet applaudit également.*)

M. le président. La parole est à Mme Valérie Létard, pour explication de vote sur le sous-amendement n° 490 rectifié.

Mme Valérie Létard. La réponse de Mme la secrétaire d'État sur la question des moyens me satisfait.

En effet, elle a indiqué que toute personne faisant l'objet d'une prise en charge ambulatoire bénéficierait d'un accompagnement.

M. Guy Fischer. Comment pouvez-vous croire cela ? On voit ce qu'il en est pour les aides à la personne !

Mme Valérie Létard. Monsieur Fischer, Mme la secrétaire d'État a répondu aux deux exigences que j'avais formulées.

Premièrement, je voulais qu'un accompagnement soit garanti pour chaque malade, ce qui n'est pas forcément évident. (*M. Guy Fischer s'exclame.*) Mon cher collègue, j'ai le droit de juger satisfaisante la réponse que m'a apportée Mme la secrétaire d'État ! En l'occurrence, sur le principe, j'ai obtenu l'assurance qu'aucun malade ne serait livré à lui-même.

Deuxièmement, Mme Berra vient de nous indiquer que les moyens nécessaires au financement d'une prise en charge et d'un accompagnement adaptés seraient inscrits dans les budgets à venir, pour faire suite à l'engagement du Gouvernement.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 490 rectifié.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote sur l'amendement n° 280, modifié.

Mme Annie David. Mme Berra a fait des promesses s'agissant des futurs budgets de la santé, mais le texte doit entrer en application au 1^{er} août. C'est donc dès cette date que les moyens nécessaires doivent être disponibles, sans attendre d'aléatoires dispositions budgétaires à venir...

En outre, les moyens en question sont non seulement financiers, mais aussi humains. Or recruter et former du personnel prend bien plus que trois mois... Madame la secrétaire d'État, vous affirmez que les crédits augmentent chaque année, mais le gouvernement auquel vous appartenez a fermé des lits dans les hôpitaux psychiatriques et supprimé des postes d'infirmier psychiatrique.

Pour notre part, nous n'avons absolument pas été convaincus par vos propos, car vous vous êtes bornée à nous renvoyer au prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui ne sera discuté qu'à l'automne prochain et dont on ne sait pas encore s'il comportera le plan pour la santé mentale annoncé.

Monsieur Milon, je suis au regret de dire que nous ne voterons pas votre amendement. Nous aurions pu le soutenir si vous aviez accepté, comme le suggérait très justement M. Desessard, de supprimer la référence au « lieu de vie habituel du patient ». Cela nous semble indispensable, ne serait-ce que pour des raisons de sécurité juridique, eu égard à la responsabilité de la famille.

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

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. D'amendement – celui d'Alain Milon – en sous-amendement – celui de Jean-Louis Lorrain, qui en intègre un autre de M. le rapporteur pour avis –, le texte progresse légèrement : une personne faisant l'objet de soins « sans son consentement » devient une personne qui « n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux » ; le « protocole de soins » devient « programme de soins » ; le programme de soins est à peu près défini ; surtout, le patient est informé de son droit de refuser les soins et des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 3211-11 du code de la santé publique.

Encore un petit effort, et les soins ambulatoires ne pourront être prescrits qu'à un malade formellement consentant, madame la secrétaire d'État.

D'ailleurs, je suis très étonnée que, en la matière, vous n'écriviez pas dans la loi ce que vous dites. Ainsi, vous avez affirmé à l'instant que, au bout de soixante-douze heures, le psychiatre aura obtenu le consentement du malade à des soins ambulatoires.

M. Jean Desessard. Exactement !

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Pourquoi ne pas formaliser ce consentement dans le programme de soins ? Je ne parviens pas à comprendre les raisons de cette attitude, sauf à ce qu'il faille absolument afficher que des soins ambulatoires pourront être dispensés à un malade sans son consentement...

Mme Annie David. Eh oui !

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Certes, un malade dont on aura obtenu le consentement pourra ensuite changer d'avis, mais un engagement formel aura néanmoins d'abord été pris ! Je ne comprends pas pourquoi vous ne voulez pas inscrire ce consentement dans le texte.

Ces tâtonnements, ces timides améliorations montrent bien à quel point ce texte n'est pas abouti et combien un approfondissement de la réflexion serait nécessaire. C'est ce que j'ai essayé de vous faire comprendre au travers du texte que j'ai soumis la semaine dernière à la commission des affaires sociales, madame la secrétaire d'État. Mon amendement visait à préserver les sorties d'essai, afin de nous laisser le temps de travailler à la grande loi sur la santé mentale dont tout le monde reconnaît la nécessité.

Vous l'aurez compris, je considère que l'amendement de M. Milon, modifié par le sous-amendement de M. Lorrain, ne va pas suffisamment loin. Malgré tout, il me permet de penser que les propositions de modifications que j'avais proposées ont mis en lumière les insuffisances et les approximations de ce projet de loi. Je me réjouis que celui-ci ait été

amélioré, tout en regrettant que l'on n'aille pas plus loin. N'étant pas entièrement satisfaite par la rédaction actuelle du texte, je m'abstiendrai aussi sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Je remercie Mme la présidente de la commission de son intervention, car j'ai cru rêver, tout à l'heure, en entendant Mme la secrétaire d'État évoquer l'existence de « pics » et de « vallées » dans le discernement de la personne soignée, un consentement aux soins étant apparemment possible à certains moments favorables !

Or, dans la version adoptée par l'Assemblée nationale, l'article 1^{er} du projet de loi fait référence à une « personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement ». M. Milon emploie la même formulation dans son amendement, et M. Lorrain propose, par son sous-amendement, de remplacer les mots : « sans son consentement » par les mots : « auxquels elle n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux ». Il n'est donc nulle part fait mention d'un éventuel consentement aux soins du malade !

On nous indique que les soins ne consistent pas en la prise de médicaments. Mais alors, de quoi s'agit-il ? Comment la personne enfermée à domicile sera-t-elle traitée ? D'ailleurs, dans son sous-amendement, M. Jean-Louis Lorrain précise ceci : « Le détail du traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée, est prescrit sur une ordonnance [...] ». Il s'agit donc bien de médicaments : comment faire autrement, sans le consentement de la personne ?

Vous prétendez que, actuellement, les sorties à l'essai sont mal encadrées, mais que le nouveau dispositif améliorera nettement la situation. Pourquoi serait-ce le cas ? Quelles sont les garanties ? Qui sera le référent, et quel sera son rôle ? Qui appellera-t-il le week-end ? Qui sera disponible pour se déplacer, sachant que les professionnels sont déjà surchargés de travail ? Tout cela n'est pas sérieux !

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote.

M. Guy Fischer. Je souhaite répondre à Mme la secrétaire d'État, qui vient d'accuser les membres de mon groupe d'être de mauvaise foi.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je n'ai pas parlé de votre groupe ; j'ai parlé de votre discours !

M. Guy Fischer. De tels propos, tenus en réponse à nos légitimes interrogations sur les moyens que le Gouvernement entend mobiliser pour permettre l'application de sa réforme de la psychiatrie, ne sont pas acceptables et nous choquent profondément ! Notre groupe ne vote jamais vos lois de financement de la sécurité sociale, marquées par des augmentations en trompe-l'œil de l'ONDAM ; nous y reviendrons. Vous savez pertinemment que celles-ci couvrent à peine l'inflation et l'augmentation prévisible de certaines charges et des salaires.

Vous nous demandez où sont réalisées les économies ; la réponse est simple : partout ! On ferme des établissements de santé de proximité, on supprime massivement des emplois dans la fonction publique hospitalière. M. Leonetti, qui appartient à votre famille politique, le dit lui-même : « En dehors du secteur médico-social, plus de 9 800 emplois ont été supprimés dans les hôpitaux publics en 2009, dont près de 5 000 personnels soignants, un chiffre qui devrait encore croître en 2010 "au vu de la contraction constatée de la progression des dépenses de personnel dans les comptes des hôpitaux publics". »

Lors de la réunion sur la dépendance organisée cette semaine par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, en présence de Mme Valérie Rosso-Debord et de M. Denis Jacquat, le délégué général de la Fédération hospitalière de France m'a expliqué que la situation deviendrait bientôt catastrophique, notamment en raison des suppressions d'emplois. En effet, quelque 10 000 emplois ont été supprimés cette année, et 15 000 le seront l'an prochain, les hôpitaux psychiatriques étant bien sûr concernés. L'emploi devient ainsi une véritable variable d'ajustement. Telle est la réalité que vous cherchez à taire !

Mme Annie David. Nous ne sommes pas de mauvaise foi, madame la secrétaire d'État !

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour explication de vote.

M. Jacky Le Menn. Je suis d'accord avec mon collègue Guy Fischer. Soit vous êtes abusée, madame la secrétaire d'État, soit vous nous abusez !

La Fédération hospitalière de France, dont le président est de votre sensibilité politique, souligne que près de 10 000 postes ont été supprimés, dont la moitié parmi les soignants. Or, en psychiatrie, la présence humaine aux côtés du malade revêt une importance particulière.

À l'heure actuelle, les effectifs sont déjà insuffisants, le personnel soignant se répartissant entre les établissements et les secteurs. La mise en œuvre du nouveau dispositif de soins ambulatoires sans consentement des malades accroîtra encore considérablement les besoins en moyens humains, puisqu'il faudra désigner des référents, des accompagnants, sans parler des greffiers ou des magistrats, et ce dès le 1^{er} août, alors que la situation est déjà extrêmement difficile, voire catastrophique dans certains établissements ou secteurs, quoi que vous en disiez, madame la secrétaire d'État ! Je ne mets pas en doute votre bonne foi, mais vous êtes certainement mal informée...

Il faut savoir raison garder. Mme la présidente de la commission des affaires sociales l'a dit : ne confondons pas vitesse et précipitation. Il est peut-être nécessaire qu'une grande loi permette d'améliorer le dispositif de la loi de 1990, notamment en termes d'hospitalisation sous contrainte et de sorties d'essai, mais il conviendrait avant tout d'accroître les moyens alloués chaque année par le biais du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Or ce n'est pas le cas. À cet égard, je souligne que nous ne votons pas les projets de budget de la sécurité sociale que présente le Gouvernement : chaque année, nous expliquons au contraire en quoi l'ONDAM proposé n'est pas satisfaisant au regard de l'intérêt des malades et des objectifs thérapeutiques.

Madame la secrétaire d'État, je ne fais donc pas confiance au Gouvernement pour allouer les moyens nécessaires à la mise en œuvre des dispositions de ce texte, notamment en matière d'accompagnement des malades, d'autant que nos hôpitaux psychiatriques manquent déjà de personnel soignant et de lits. Il faudrait d'ailleurs revoir la formation des infirmiers, comme le soulignent avec constance les psychiatres.

Cette situation compromet les chances de certains malades de se tirer d'affaire. L'élaboration de ce projet de loi est précipitée, comme je l'ai déjà indiqué lors de la discussion générale. Avec ce texte émotionnel, voulu par le Président de la République, on pousse les feux, au risque d'aller à la catastrophe. Vous ne pourrez pas dire pas que l'on ne vous a pas avertis ! (*Applaudissements sur les travées du groupe socialiste et du groupe CRC-SPG.*)

M. Guy Fischer. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Raymond Vall, pour explication de vote.

M. Raymond Vall. Madame la secrétaire d'État, étant directement concerné par ce sujet, j'interviens sans aucun esprit polémique.

Je voudrais simplement souligner que, à l'heure actuelle, en zone rurale, il faut attendre au moins trois mois avant de pouvoir consulter un psychiatre hospitalier, et que l'on ne peut espérer la visite d'une infirmière psychiatrique qu'une fois tous les quinze jours...

Madame la secrétaire d'État, vous avez dit vous-même que les sorties d'essai n'étaient pas aujourd'hui entourées de suffisamment de garanties. Pour autant, la situation ne va pas s'améliorer avec la mise en œuvre du nouveau dispositif: l'hôpital psychiatrique aura la responsabilité des soins, mais, faute d'effectifs suffisants, les médecins généralistes seront appelés en cas de problème. Or ils refuseront de se déplacer. Dans mon département, un piège a été tendu à une jeune femme médecin, ce qui a conduit ses confrères à ne plus répondre aux urgences le week-end...

Je tenais simplement à vous faire part de la distorsion existant entre la réalité du terrain et les engagements que vous avez pris.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Je souhaite apporter quelques rectifications à certains propos que j'ai entendus.

En matière de suppressions de postes, les chiffres du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 parlent d'eux-mêmes: près de 3 000 postes équivalents temps plein supplémentaires ont été créés grâce à ce plan,...

M. Guy Fischer. Où?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ... soit 319 équivalents temps plein de médecin, 302 de psychologue, 1 320 d'infirmier, 82 d'assistant social, 131 d'éducateur, et enfin 631 concernant diverses autres catégories. C'est là une preuve éloquente du déploiement de moyens supplémentaires, tant humains que financiers.

M. Jacky Le Menn. Ils sont insuffisants!

M. Guy Fischer. Nettement insuffisants!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Les faits sont là! Je vous donne les chiffres, libre à vous de les interpréter comme vous le souhaitez!

S'agissant de la formation des infirmiers psychiatriques, nous nous trouvons dans une période de transition qui nous prépare à une nouvelle ère. Comme vous le savez, une équivalence au niveau licence a été reconnue pour la formation des infirmiers. Nous avons décidé d'aller plus loin,...

M. Guy Fischer. Jusqu'à 65 ans!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. ... en ouvrant la possibilité de préparer un master, ce qui n'est pas négligeable.

Le député Laurent Hénart a remis un rapport sur cette question, en vue d'identifier, en lien avec les ARS, les filières de santé où la mastérisation serait la solution la plus pertinente en termes d'accroissement des compétences dans des champs particuliers. La psychiatrie me semble compter parmi les secteurs prioritaires à cet égard.

S'agissant des moyens de la justice, M. le garde des sceaux a indiqué cet après-midi qu'il sera procédé au recrutement exceptionnel de quatre-vingt magistrats et de soixante-dix greffiers supplémentaires. L'arrêt relatif au concours de recru-

tement des magistrats a d'ailleurs été publié le 19 avril dernier. En outre, une enveloppe budgétaire supplémentaire de 5 millions d'euros a été prévue pour l'aide juridictionnelle.

M. Jacky Le Menn. Ces magistrats ne seront pas en fonctions le 1^{er} août!

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. La date du 1^{er} août nous a été imposée par le Conseil constitutionnel! Vous trouverez toujours des faiblesses au dispositif, mais nous avançons en déployant les moyens nécessaires.

Je ne reviendrai pas sur la question du consentement aux soins; l'objectif est que chaque malade soit pris en charge de la manière la plus adaptée possible. Chaque situation doit susciter une réponse médicale appropriée: ne perdons pas de vue l'essentiel, à savoir l'intérêt du malade. Ce dernier doit-il rester à l'hôpital *ad vitam aeternam* parce qu'il n'a pas consenti aux soins ambulatoires? Je pense que non. Inversement, s'il donne son consentement, doit-il automatiquement sortir sans être suivi? Il ne peut s'agir d'une alternative entre le « tout hôpital » et le « tout ambulatoire » sans programme de soins. L'équilibre, M. Delarue l'a souligné, est difficile à trouver. Nous y tendons, me semble-t-il, en prévoyant un filet de sécurité pour les malades, que nous ne voulons ni tenir enfermés, ni abandonner à eux-mêmes sans programme de soins.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 280, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 47, 88, 260, 453 rectifié, 89, 6, 90 et 91 n'ont plus d'objet.

Madame la présidente de la commission des affaires sociales, ne conviendrait-il pas, pour la clarté du texte, de tirer les conséquences, d'ici à la séance de demain après-midi, de l'adoption du sous-amendement n° 490 rectifié en remplaçant, à chaque occurrence, les mots: « sans son consentement » par la formule: « auxquels elle n'est pas à même de consentir du fait de ses troubles mentaux »?

Mme Muguette Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Monsieur le président, la commission s'efforcera de faire au mieux d'ici à demain.

M. le président. Je n'en doute pas!

Je mets aux voix l'amendement n° 92.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 426 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 48.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Je tiens à préciser, comme l'a d'ailleurs fait Mme la secrétaire d'État, que les amendements n°s 93 et 49 sont totalement satisfaits par le droit en vigueur, notamment par l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, selon lequel la personne concernée, en tout état de cause, dispose du droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix.

Le projet de loi ne remet absolument pas en cause cette obligation d'information quant à la possibilité de recourir aux services d'un avocat. Il apporte même une garantie importante à cet égard, puisqu'il précise que si un avis médical établit qu'il est contraire à l'intérêt du patient qu'il soit entendu par le juge des libertés et de la détention, dans le cadre du recours

facultatif comme dans celui du recours de plein droit, il est alors représenté par un avocat choisi par lui ou à défaut commis d'office.

M. le président. Dans ces conditions, monsieur Le Menn, l'amendement n° 93 est-il maintenu ?

M. Jacky Le Menn. Si cet amendement est satisfait, nous le retirons. Nous ne doutons pas que M. le rapporteur pour avis ait une lecture avisée de cette partie du projet de loi.

M. le président. L'amendement n° 93 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 49.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 50.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 454 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Guy Fischer, pour explication de vote sur l'amendement n° 94.

M. Guy Fischer. Nous voterons en faveur de l'adoption de cet amendement, qui tend à réduire à quarante-huit heures la période d'observation à laquelle est soumise une personne admise en soins psychiatriques sans y avoir consenti.

Si nous comprenons qu'une période d'observation soit indispensable à l'établissement d'un diagnostic, nous considérons que, parce qu'elle est dérogoire du droit commun et prive de liberté un citoyen, elle doit être la plus brève possible, d'autant qu'elle peut fragiliser la personne placée de force dans une structure où elle se trouve totalement coupée de ses repères habituels.

Les professionnels de la santé, qui sont appelés à établir le diagnostic, sont eux-mêmes quasiment unanimes pour dire que cette période s'apparente à une véritable « garde à vue psychiatrique », à ceci près que les patients ne bénéficient pas de l'ensemble des mesures protectrices attachées à la garde à vue.

Dans ces conditions, la réduction de vingt-quatre heures de cette période nous paraît souhaitable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 94.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 261 n'a plus d'objet.

L'amendement n° 484, présenté par M. Lorrain, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 20

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables aux personnes admises en soins psychiatriques auxquels elles ne sont pas à même de consentir du fait de leurs troubles mentaux en application de l'article L. 3213-2. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Il convient de préciser que lorsqu'un patient fait l'objet d'une mesure provisoire prise par le maire, la durée de cette mesure est incluse dans la période d'observation prévue par le projet de loi.

Cette précision permet de mieux garantir le respect des droits constitutionnels et s'inscrit dans le cadre de la décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 484.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 95, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéas 22 à 24

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Il s'agit d'un amendement de coordination avec ceux que nous avons précédemment présentés et qui ont été rejetés.

Mme Muguet Dini, présidente de la commission des affaires sociales. Il tombe...

M. le président. L'amendement n° 95 n'a donc plus d'objet.

L'amendement n° 7, présenté par M. Lecerf, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé :

Alinéa 23

Après le mot :

proportionnées

insérer les mots :

à son état mental et

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Le projet de loi prévoit que lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à la mise en œuvre du traitement requis.

L'amendement présenté tend à limiter davantage les restrictions à l'exercice des libertés individuelles, en précisant que ces restrictions devront être adaptées, nécessaires et proportionnées non seulement à la mise en œuvre du traitement requis, mais également à l'état mental de la personne.

Cela paraît peut-être aller de soi, mais ne pas inscrire cette précision dans la loi serait revenir sur l'état actuel du droit. Il convient donc de bien clarifier les choses.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote.

M. Jean Desessard. Monsieur le rapporteur pour avis, en quoi consistent les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles d'une personne se trouvant à son domicile, par exemple au sein de sa famille ? Qui serait chargé de limiter les déplacements de cette personne ?

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

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Mon cher collègue, la règle est la liberté individuelle ; tout doit être fait pour la sauvegarder. Les atteintes à la liberté individuelle ne peuvent donc être justifiées que, d'une part, par la mise en œuvre du traitement requis et les adaptations nécessaires à ce traitement, et, d'autre part, par l'état mental de la personne. Plus celui-ci sera perturbé, plus l'exercice des libertés individuelles pourra être limité. C'est une question de proportionnalité, et il reviendra éventuellement au juge de trancher.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 7.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 51, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Rédiger ainsi cet alinéa :

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement est informée de telle sorte qu'elle comprenne les informations qui lui sont données. Cette personne peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix, tel que la personne de confiance désignée par le patient conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique. Elle peut faire valoir ces observations par tout moyen.

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. Cet amendement est dans le droit fil des amendements n° 8 et 9, en ce qu'il vise à instaurer le droit, pour une personne faisant l'objet d'une décision de placement sous soins psychiatriques sans son consentement, de se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire, telle la personne de confiance, par exemple.

Pour mémoire, la personne de confiance est une personne que le patient peut désigner à tout moment ou à l'occasion d'une hospitalisation et dont le rôle est de l'assister dans ses démarches, de le conseiller sur ses choix, sans disposer d'aucun pouvoir de décision à sa place.

Eu égard à ce rôle, il paraîtrait légitime de reconnaître le droit, pour les personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement, de pouvoir faire appel à un mandataire ou à une personne de confiance. En effet, qui plus qu'une personne se trouvant enfermée et contrainte à subir des soins psychiatriques peut avoir besoin de conseils et d'assistance ?

À l'évidence, les patients pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation sans leur consentement ont, plus encore que d'autres, besoin de pouvoir être conseillés et représentés par une personne en laquelle ils ont confiance.

En outre, cet amendement répond à un double objectif : il vise à garantir au patient le droit d'être informé de toute décision de maintien des soins ou relative à la forme de sa prise en charge, notamment lorsqu'il a été hospitalisé sans son consentement, et le droit de faire valoir ses observations par tout moyen.

En effet, même si ses facultés mentales sont présumées altérées, la personne atteinte de trouble mental n'en demeure pas moins un citoyen et, en tant que tel, elle doit être informée des décisions administratives qui la concernent. Elle doit également pouvoir s'exprimer et formuler des observations sur ces décisions.

D'ailleurs, notre amendement s'inscrit dans la continuité de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations et vise uniquement à réaffirmer, certes dans un domaine particulier, à savoir celui de l'hospitalisation sans consentement, des droits qui sont en principe reconnus à tous les citoyens.

En définitive, il s'agit surtout ici de rétablir la dignité d'une personne qui, enfermée dans une « camisole chimique », se voit privée de ses droits les plus élémentaires.

M. le président. L'amendement n° 96, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Remplacer les mots :

des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques

par les mots :

de l'hospitalisation en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4, la personne hospitalisée

Cet amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 97, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Après les mots :

projet de décision

insérer les mots :

d'une manière adaptée à sa bonne compréhension et dans le respect de ses droits fondamentaux

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Les personnes les plus perturbées, les plus en souffrance, sont aux prises, selon les affections dont elles souffrent, avec des sentiments de méfiance extrême, de persécution, une peur d'être surveillées, épiées. La psychiatrie, dans une perspective thérapeutique, ne peut agir qu'en favorisant la confiance, l'instauration d'une relation rassurante, le tissage d'un lien avec la personne malade. C'est dans ce seul cadre qu'une contrainte, parfois nécessaire, peut être imposée ou confirmée.

On sait que les urgences quotidiennes, le manque de moyens, la difficulté à s'organiser, peut-être parfois la facilité feront qu'une absence de réaction à une décision sera interprétée comme une acceptation exprimée par un patient censé avoir été mis en situation de le faire. Il est selon nous nécessaire d'aller sur ce point au-delà du dispositif du projet de loi, qui prévoit une information du malade particulièrement elliptique.

Au travers de cet amendement, nous proposons d'accorder toute l'importance nécessaire à la préparation du projet de décision, en demandant aux soignants d'utiliser le climat de confiance qu'ils ont su instaurer avec le malade pour accompagner la décision qui le concerne d'explications adaptées à sa capacité de compréhension et veiller à ce qu'elle soit respectueuse de ses droits.

L'usage de ces derniers, dont il sera d'ailleurs question plus loin, appelle la réunion de conditions qui permettent leur viabilité. Une information claire nous semble faire partie de ces conditions.

M. le président. L'amendement n° 98, présenté par Mme Demontès, MM. Le Menn, Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Après le mot :

consentement

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

et sa famille ou la personne de confiance désignée par le patient conformément à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique sont informées de ce projet de décision et mises à même de faire valoir leurs observations, le cas échéant par tout moyen et de manière appropriée à l'état du patient.

La parole est à Mme Christiane Demontès.

Mme Christiane Demontès. L'alinéa 26 prévoit que, si l'état de santé de la personne faisant l'objet d'une mesure sans son consentement le permet, une information lui soit dispensée avant toute décision concernant sa prise en charge, sous forme d'hospitalisation ou sous forme ambulatoire, ou la reconduite ou la levée de la mesure de soins.

S'il apparaît indispensable que cette information soit dispensée au patient, il nous semble également important d'étendre son champ à la famille ou à la personne de confiance au sens de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Sur la forme, nous n'ignorons pas que la notion de famille est parfois difficile à préciser clairement. C'est là une parfaite illustration des évolutions que connaît notre société. Par ailleurs, nous ne méconnaissons pas non plus le fait que des liens distendus avec les membres de sa famille peuvent

conduire un patient à ne pas souhaiter que cette dernière soit tenue informée des décisions le concernant. C'est pourquoi la rédaction que nous proposons est construite sur l'alternative entre famille et personne de confiance, conformément à la lettre et à l'esprit de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

Nous considérons l'objectif sanitaire comme essentiel. Dans cette logique, informer la famille ou la personne de confiance des décisions concernant le patient ouvrira la possibilité de faire prendre en compte par l'équipe soignante des éléments qui pourraient être importants, voire essentiels. Cela nous semble d'autant plus important que nous parlons bien ici de personnes qui vont recevoir des soins sans avoir donné leur consentement. Dans ces conditions, on peut légitimement présupposer que le patient pourra être dans le déni de son état de santé. Dans ce cas, construire un véritable dialogue avec l'entourage du patient pourra permettre à l'équipe médicale d'asseoir la prise de décision.

Comme je l'ai dit en présentant la motion tendant à opposer la question préalable, l'entourage est extrêmement important. Tenir ce dernier informé participe de la nécessaire transparence, mais surtout permet d'apporter une réponse à ses légitimes inquiétudes. Qui plus est, cela s'inscrit dans le respect de la liberté du médecin d'informer ou pas et ne contrevient pas au secret médical.

M. le président. L'amendement n° 99, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 26

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Il peut être représenté par un avocat.

La parole est à M. Claude Jeannerot.

M. Claude Jeannerot. Précédemment, nous avons soumis au Sénat un amendement tendant à permettre au malade de faire appel à un avocat dès la période initiale d'observation et de soins.

La logique qui présidait à cet amendement vaut également en l'espèce. Puisque l'individu souffrant de troubles psychiatriques tend, dans certaines situations, à être assimilé à un délinquant, la présence d'un avocat est propre à garantir le respect effectif de ses droits.

En effet, dès lors qu'il y a la judiciarisation de l'ensemble de la procédure d'admission en soins psychiatriques sans consentement, prévoir l'intervention d'un avocat apparaît opportun afin de garantir, en quelque sorte, le respect du principe d'égalité des armes et le droit au recours, reconnu par l'article 8 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et l'article 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Ainsi, par cohérence avec notre précédent amendement, nous demandons que le malade puisse être représenté par son avocat lors du prononcé de la décision relative au maintien des soins sans son consentement. Sa capacité à faire valoir ses droits pouvant être limitée par son état mental, l'assistance d'un avocat est une nécessité absolue, d'autant que le patient peut être isolé de sa famille et de ses proches.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. En ce qui concerne l'amendement n° 51, la commission a émis un avis favorable, contre celui du rapporteur.

S'agissant de l'amendement n° 97, l'avis de la commission, tout comme celui du rapporteur, est favorable : il s'agit de préciser les conditions de délivrance de l'information aux patients.

À propos de l'amendement n° 98, le rapporteur a fait remarquer que l'information systématique de la famille avant toute décision concernant le malade pourrait être contreproductive. La commission n'a pas pris en considération cette observation et a émis un avis favorable sur cet amendement.

En ce qui concerne l'amendement n° 99, qui prévoit la possibilité de l'assistance d'un avocat avant chaque décision prononçant le maintien des soins, la commission a émis un avis favorable, contre celui du rapporteur.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 51, qui, selon moi, est satisfait. Les dispositions relatives à la personne de confiance sont prévues à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique : elles sont applicables à tout usage du système de santé.

S'agissant de l'amendement n° 97, selon lequel l'information doit être compréhensible, il me semble que cette précision est inutile dans la mesure où le respect de la personne et de sa dignité, qui est le premier devoir du médecin, est déjà mentionné à l'article L. 4127-2 du code de la santé publique. Le Gouvernement a donc émis un avis défavorable sur cet amendement, qui est satisfait.

Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 98 : prévoir d'informer systématiquement la famille n'est pas, à mes yeux, opportun, dans la mesure où l'information est dispensée à la personne de confiance choisie par le malade, qui peut ne pas faire partie de la famille.

Quant à l'amendement n° 99, il vise à permettre la substitution d'un avocat au malade, s'agissant d'une information sur des mesures de soin qui s'inscrivent dans la relation entre le malade et l'équipe médicale : le Gouvernement est donc défavorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 51.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Monsieur Jeannerot, maintenez-vous l'amendement n° 97, que le Gouvernement estime satisfait ?

M. Claude Jeannerot. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 97 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 98.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 99.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 100, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-

Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 27

Remplacer les mots :

faisant l'objet de soins psychiatriques

par le mot :

hospitalisée

Cet amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 52, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 29

Supprimer les mots :

et par la suite à sa demande

La parole est à Mme Annie David.

Mme Annie David. Alors que la loi Kouchner du 4 mars 2002 visait à créer, au profit de tous les patients, un droit « universel » à l'information sur leur état de santé, la rédaction actuelle de l'alinéa 29 tend à remettre en cause les modalités d'exercice de ce dernier.

En effet, le champ de ce droit à l'information, qui était à l'origine circonscrit aux seules informations concernant l'état de santé et les soins dispensés, a été, au gré des évolutions de la législation, largement étendu. Or, aujourd'hui, l'alinéa 29 prévoit de subordonner la mise en œuvre de ce droit à une demande préalable du patient.

En effet, aux termes de cet alinéa, le patient faisant l'objet d'une hospitalisation sans son consentement pourra être informé de « sa situation juridique, de ses droits, de ses voies de recours et des garanties qui lui sont accordées » par le code de santé publique seulement s'il en a fait la demande préalable.

Comment une personne faisant l'objet d'une hospitalisation sans son consentement, donc présumée atteinte de troubles mentaux et presque systématiquement placée sous calmants, pourrait-elle être en mesure de faire valoir ce droit en demandant une information sur « sa situation juridique, sur ses droits et sur ses voies de recours » ? Les personnes atteintes de troubles psychiatriques seraient-elles à ce point affectées d'une si mauvaise image qu'on ne les considère pas comme des patients, ni même d'ailleurs comme des prisonniers ? En effet, les personnes gardées à vue bénéficient, elles, d'une information complète, et ce même si elles ne l'ont pas sollicitée.

Alors que le régime de la garde à vue a été modifié dans un sens favorable au respect des droits des personnes, il paraît invraisemblable que le régime applicable à de simples malades soit si peu respectueux des droits fondamentaux de ceux-ci.

Ainsi, non content de bafouer le droit des patients de consentir aux soins ou de les refuser, le projet de loi semble également tendre à remettre en cause leur droit à une information honnête et complète sur leur situation. On comprend, dans ces conditions, que certains puissent dénoncer l'aspect sécuritaire de ce projet de loi !

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. L'adoption de cet amendement supprimerait, pour le patient, le droit de demander des informations sur sa situation. La commission a émis un avis favorable, tandis que le rapporteur s'inquiétait d'un manque de précision du dispositif: en particulier, quand l'information doit-elle être donnée?

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Annie David, pour explication de vote.

Mme Annie David. Comme je l'ai déjà indiqué ce matin en commission, je ne comprends pas la position de M. le rapporteur. Nous demandons simplement que l'information prévue à l'alinéa 29 soit donnée de droit au patient ou à un avocat ou une personne de confiance, et non pas seulement « à sa demande ».

Je ne comprends pas pourquoi on refuserait à des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement un droit à l'information qui est accordé aux personnes placées en garde à vue, d'autant que leur état mental ne leur permet pas forcément de formuler une telle demande.

Ce matin, en commission, vous nous avez indiqué que l'adoption de notre amendement empêcherait l'information du patient, alors qu'elle permettrait au contraire qu'il soit systématiquement informé, sans avoir à en faire la demande.

M. Guy Fischer. Très bien!

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 52.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 101, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé:

Alinéa 30

Supprimer cet alinéa.

Cet amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 102, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé:

Alinéa 31

Supprimer les mots:

, lorsqu'elle est hospitalisée,

Cet amendement n'a plus d'objet.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 103, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle,

M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé:

Alinéas 36 et 37

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé:

8° À l'article L. 3211-5, les mots: « des articles 492 et 508 du code civil » sont remplacés par les mots: « des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévus aux sections 1 à 4 du chapitre II du titre XI du livre I^{er} du code civil ».

Cet amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 104, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé:

Alinéa 37

Remplacer les mots:

conserve à l'issue de ces soins

par les mots:

retrouve à l'issue de ces soins l'usage de

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement vise à maintenir la rédaction de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, aux termes de laquelle la personne faisant l'objet de soins psychiatriques retrouve, à l'issue de ces derniers, un usage normal de ses libertés.

L'emploi du verbe « conserver » semble indiquer que la maladie psychiatrique serait un état dont le malade ne peut se défaire et marquer une continuité entre la phase d'hospitalisation et celle du retour à la vie dite « normale », toujours susceptible d'ailleurs d'être remis en cause

Il y a un risque de stigmatisation à vie du malade, évident aux yeux des observateurs ayant suivi les polémiques suscitées par la création du droit à l'oubli. Nous ne laisserons pas les extrémismes en la matière s'arroger l'exclusivité du thème de l'accueil de la différence! Nous entendons au contraire le faire prospérer selon les valeurs humanistes dont a tant besoin notre société aujourd'hui.

L'usage du verbe « conserver » relève peut-être d'un acte manqué, mais, s'il était maintenu, cela laisserait subsister un doute sur l'utilité du soin et sur ses chances de succès. C'est pourquoi nous proposons de revenir à la lettre de la loi du 4 mars 2002.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Bien que le rapporteur ait estimé que la modification proposée ne constituait pas un véritable progrès, la commission a émis un avis favorable.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Substituer le verbe « retrouver » au verbe « conserver » semble signifier que, pendant la période de soins, le patient aurait perdu le bénéfice de ses droits et devoirs de citoyen, ce qui n'est pas le cas.

En conséquence, l'avis du Gouvernement est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 104.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 105, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 41

Remplacer les mots :

faisant l'objet de soins psychiatriques

par le mot :

hospitalisée

Cet amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 53, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 41

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'article 451 du même code, le tuteur d'une personne faisant l'objet de soins sans consentement ne peut être désigné au sein de l'établissement dans lequel elle est admise. » ;

La parole est à Mme Isabelle Pasquet.

Mme Isabelle Pasquet. Cet amendement vise à interdire que les médecins ou les équipes médicales des établissements de santé dans lesquels sont hospitalisées sous contrainte des personnes atteintes de troubles mentaux puissent devenir les tuteurs de ces dernières.

La tutelle est une mesure de protection des majeurs ou des mineurs émancipés ayant besoin d'être représentés d'une manière continue dans les actes de la vie civile, en cas d'altération des facultés mentales ou corporelles empêchant l'expression de la volonté. C'est donc une mesure de protection utile. Or, les responsables des associations que nous avons reçus dans le cadre de la préparation de l'examen de ce projet de loi nous ont confié que, souvent, les équipes médicales géraient le pécule des patients et, parfois, conditionnaient la distribution des petites sommes d'argent destinées à l'achat de café ou de cigarettes au respect de certaines règles internes ou du traitement médical.

Une telle pratique n'est naturellement pas admissible. La libre utilisation par les patients de leur argent ne saurait en effet être considérée comme une récompense.

Aussi proposons-nous de compléter l'alinéa 41 de l'article 1^{er} du projet de loi de manière à préciser que le tuteur doit être extérieur à l'équipe médicale.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Le rapporteur estime que cette question ne relève pas de la loi. Néanmoins, la commission a donné un avis favorable à l'amendement.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. L'article 451 du code civil dispose que le juge des tutelles ne peut désigner en qualité de tuteur le préposé de l'établissement de soins que si l'intérêt de la personne soignée le justifie.

Des règles précises, inscrites dans le code de l'action sociale et des familles, encadrent l'exercice de la mission de l'agent désigné en qualité de mandataire judiciaire et garantissent un exercice indépendant des mesures de protection.

Le fait que la gestion de ces ressources soit confiée au préposé de l'établissement est donc sans aucune incidence sur le déroulement des soins pour la personne hospitalisée sans son consentement.

L'avis du Gouvernement est par conséquent défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 53.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 455 rectifié, présenté par M. Mézard, Mme Escoffier, MM. Collin, Barbier, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Plancade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

Alinéas 42 à 47

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Françoise Laborde.

Mme Françoise Laborde. Les alinéas 42 à 47 de l'article 1^{er} prévoient la création d'un collège de soignants composé de deux psychiatres et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Ce collège sera consulté par le représentant de l'État dans le département ainsi que par le juge des libertés et de la détention avant toute décision concernant un malade ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou fait l'objet d'une décision de justice déclarant son irresponsabilité pénale.

De tels antécédents doivent certes conduire à une plus grande vigilance et à un meilleur suivi du patient, mais la procédure renforcée prévue relève surtout d'un amalgame entre maladie mentale, délinquance, violence et dangerosité. Et que de psychiatres mobilisés ! Pourquoi réunir un tel collège, alors que ces patients font déjà l'objet d'une procédure spécifique, obligeant à recueillir l'avis conjoint de deux experts étrangers à l'établissement avant la prise de décisions les concernant et que, de surcroît, tant le juge que le préfet peuvent ordonner une expertise supplémentaire ? Comment trouverez-vous tous ces professionnels dans les zones rurales, où la pénurie de spécialistes, et même de généralistes, est criante ?

Je crains qu'un tel système d'expertise n'empêche les malades mentaux d'échapper à l'amalgame qui conduit à privilégier un point de vue sécuritaire et à enfermer, plutôt qu'à organiser les moyens d'un accompagnement, afin d'éviter tout risque.

C'est pourquoi nous proposons la suppression du collège prévu aux alinéas 42 à 47.

M. le président. L'amendement n° 106, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 43

Après les mots :

de trois membres

insérer les mots :

dont deux

II. - Alinéa 46

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3° Un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement, choisi par le patient ou son entourage ou son avocat.

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Pour garantir une procédure réellement contradictoire, il est proposé que l'un des psychiatres composant le collège convoqué par le directeur de l'établissement de santé soit indépendant de celui-ci. Dans la rédaction actuelle de l'article, rien n'interdit que le collège soit l'émanation stricte et exclusive du service, ce qui présente un risque trop important d'alignement pur et simple sur la politique de ce dernier en matière de soins. Eu égard au rôle important que sera conduit à jouer le collège, il est nécessaire au contraire qu'une personne sans lien hiérarchique avec le chef d'établissement apporte un regard extérieur.

Cet amendement, qui vise à protéger les droits du malade, est cohérent avec les améliorations apportées à ce texte au travers des amendements précédents, en ce qu'il prévoit que le troisième psychiatre puisse être choisi par le malade, son entourage ou, éventuellement, son avocat. C'est aussi un moyen de droit pour assurer le respect du contradictoire.

M. le président. L'amendement n° 456 rectifié, présenté par M. Mézard, Mme Escoffier, MM. Barbier, Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Placade, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 43

Après les mots :

de trois membres

insérer les mots :

dont deux

II. - Alinéa 46

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3° Un médecin n'appartenant pas à l'établissement, choisi par le patient ou son entourage ou son avocat.

La parole est à Mme Françoise Laborde.

Mme Françoise Laborde. Il s'agit d'un amendement de repli, visant, dans l'hypothèse où le collège ne serait pas supprimé, à remplacer le membre de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient par un médecin n'appartenant pas à l'établissement, choisi par le patient, son entourage ou son avocat.

En effet, la responsabilité légale et l'évaluation clinique concernant l'opportunité d'aménager la prise en charge du patient ou de lever les mesures de soins sans son consentement ne peuvent reposer que sur les seuls psychiatres ou, en tout cas, sur des médecins. Il ne paraît pas souhaitable d'associer au collège un représentant de l'équipe médicale qui ne serait pas médecin. De surcroît, un regard neuf et étranger à l'établissement peut constituer un apport intéressant au sein du collège.

M. le président. L'amendement n° 479 rectifié, présenté par Mme Payet et M. Détraigne, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 46

Rédiger ainsi cet alinéa :

« 3° Un médecin désigné conjointement par le directeur de l'établissement et le président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale d'établissement pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif. Ce médecin peut être le président de ladite commission ou conférence, le cas échéant.

II. - Alinéa 47

Compléter cet alinéa par les mots :

, sachant que le collège peut recueillir tous les avis qu'il estime appropriés pour l'exercice de sa mission

La parole est à Mme Anne-Marie Payet.

Mme Anne-Marie Payet. Cet amendement vise à tirer les enseignements de concertations engagées de longue date, au cours desquelles l'ensemble des organisations représentatives significatives ont fait savoir que l'introduction, au sein du collège, d'un cadre paramédical comme arbitre numérique entre deux médecins était une très mauvaise idée. Ce serait en effet un facteur de division, là où la cohésion s'impose.

Parce qu'il s'agit d'une expertise et d'une responsabilité éminemment médicales, mais aussi parce que les représentants des personnels paramédicaux sont tout aussi hostiles à cette forme d'implication, qui peut faire l'objet de rétorsions de la part de patients difficiles, nous proposons plutôt de prévoir la présence au sein du collège d'un troisième médecin, doté d'une autre légitimité. Bien entendu, les cadres soignants, qui sont au fait d'autres réalités quotidiennes de la prise en charge du patient, pourront être consultés, en tant que de besoin, par les médecins du collège. C'est le sens du II de cet amendement.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 455 rectifié, contre l'avis de son rapporteur.

De même, la commission a donné un avis favorable aux amendements n° 106 et 456 rectifié, tendant à intégrer dans le collège un psychiatre choisi par le patient ou sa famille.

Enfin, la commission est défavorable, à l'instar de son rapporteur, à l'amendement n° 479 rectifié, qui vise à intégrer un troisième médecin au sein du collège. Il paraît préférable que le collège compte un non-médecin.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces quatre amendements.

La suppression du collège prévue à l'amendement n° 455 rectifié ne nous paraît pas opportune, puisque la mission de ce collège est d'éclairer le juge des libertés et de la détention ou le préfet avant toute décision concernant un malade ayant séjourné dans une unité pour malades difficiles ou fait l'objet d'une décision de justice déclarant l'irresponsabilité pénale.

S'agissant de l'amendement n° 106, qui prévoit que le collège soit composé de trois psychiatres, je crois important qu'un membre non médecin de l'équipe soignante puisse apporter un éclairage complémentaire sur l'état du patient.

En ce qui concerne l'amendement n° 456 rectifié, il est préférable que l'ensemble des membres du collège appartiennent à l'établissement.

Enfin, le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 479 rectifié pour les mêmes raisons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 455 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 106.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 456 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 479 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 107, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Champion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéas 48 et 49

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

13° À la première phrase de l'article L. 3211-10, les mots : « , 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 » sont remplacés par les mots : « par le tuteur » ;

Cet amendement n'a plus d'objet.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 108, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Champion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéas 50 à 52

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

14° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-11, après les mots : « sur demande d'un tiers » sont insérés les mots : « ou en cas de péril imminent » ;

Cet amendement n'a plus d'objet.

L'amendement n° 54, présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, est ainsi libellé :

Alinéa 51, première phrase

Remplacer les mots :

à tout moment de

par les mots :

à tout moment, après examen médical et si l'état de santé du patient le nécessite, de

La parole est à M. Guy Fischer.

M. Guy Fischer. L'alinéa 51 prévoit que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient puisse proposer, à tout moment, de modifier la forme de prise en charge imposée au patient.

Notre amendement vise à compléter cette disposition, en précisant que cette modification ne pourra intervenir que si l'état de santé du patient l'exige – c'est une évidence ! – et à la condition que le praticien ait rencontré ce dernier.

En effet, la médecine moderne est fondée sur le principe de l'observation d'un patient par un médecin. Les certificats médicaux sont des actes destinés à constater ou à interpréter des faits d'ordre médical. La responsabilité pénale, civile et disciplinaire du médecin est engagée chaque fois qu'il accepte de rédiger un certificat médical. La rédaction d'un tel certificat ne peut donc intervenir qu'après un examen du malade, et doit être formulée en des termes mesurés et objectifs.

C'est d'ailleurs en raison de la violation de ce principe que la Cour de cassation a sanctionné l'État et la ville d'Aix-en-Provence, considérant qu'une mesure de placement en hospitalisation d'office, bien que médicalement fondée, avait été entachée d'irrégularité, car le patient n'avait pas eu communication, lors de son entretien avec le médecin, du certificat médical ayant conduit à son hospitalisation d'office.

Ce manquement à la procédure ayant entraîné l'annulation d'une décision préfectorale permet de rappeler, en filigrane, un principe important : le certificat médical ne peut être délivré que sur la base d'une observation directe du patient par le médecin.

Cette exigence est cohérente avec une autre obligation à la charge du professionnel de santé : la remise en mains propres du certificat médical. Cette disposition d'ordre public est destinée à interdire la délivrance de certificats médicaux à d'autres personnes que les malades eux-mêmes, sauf dérogations prévues par la loi, ainsi que la délivrance de certificats médicaux à distance.

Enfin, l'article 28 du code de déontologie médicale, qui, depuis sa transcription dans le code de la santé publique, a valeur réglementaire, prévoit expressément que le médecin ne doit certifier que ce qu'il a lui-même constaté.

La rédaction d'un certificat à distance ou sans rencontre entre le patient et le médecin signataire pouvant entraîner, outre l'annulation de la décision, la sanction pénale de ce dernier, il convenait de rappeler ici le principe de cette interdiction, d'autant que l'alinéa suivant prévoit que « lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, [le psychiatre] transmet son avis sur la base du dossier médical de la personne ».

M. le président. L'amendement n° 109, présenté par Mme Demontès, MM. Le Menn, Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Champion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 51

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La famille du patient ou la personne de confiance qu'il a désignée conformément à l'article L.1111-6 est informée de cette décision.

La parole est à Mme Christiane Demontès.

Mme Christiane Demontès. Cet amendement participe de la logique sanitaire que nous souhaitons voir prévaloir. En l'espèce, il s'agit de situations où l'état de santé du patient connaîtrait une aggravation entraînant une modification de son régime de prise en charge.

En d'autres termes, avec la redéfinition du diagnostic, du pronostic, mais aussi des choix, notamment dans le domaine des traitements, c'est l'avenir du patient à court terme, voire à long terme, qui est en jeu.

Si l'aggravation d'un état de santé est une situation spécifique, l'argumentation que nous avons développée à propos de l'alinéa 24 reste valable. Par conséquent, nous considérons qu'informer la famille ou la personne de confiance de décisions de modification du régime de prise en charge du patient peut constituer un élément positif dans la recherche d'une amélioration de l'état de santé de ce dernier. Cette potentialité est confortée par les résultats d'une enquête de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques, l'UNAFAM, qui font apparaître que, parmi les malades psychiques, 42 % vivent au sein de leur famille, 58 % reçoivent de leur famille une aide quotidienne, 10 % sont à l'hôpital, 10 % résident dans des foyers, environ 20 % sont à peu près autonomes et 20 % sont abandonnés.

En effet, au-delà de la relation médecin-malade, qui est primordiale, cette information peut être perçue comme un partenariat, voire comme une alliance, car le fait d'informer l'entourage s'inscrit bien dans la recherche d'une plus grande efficacité de la stratégie thérapeutique que l'équipe soignante définit.

M. le président. L'amendement n° 267, présenté par M. Desessard et Mmes Blandin, Boumediene-Thiery et Voynet, est ainsi libellé :

Alinéa 52, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à M. Jean Desessard.

M. Jean Desessard. Cet amendement tend à supprimer la deuxième phrase de l'alinéa 52, ainsi libellée : « Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, [le psychiatre] transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne. »

Je propose de supprimer la référence à cet « avis médical » dans l'ensemble du projet de loi. Les arguments que je vais développer vaudront donc pour tous les amendements de coordination découlant de l'amendement n° 267.

Qu'est-ce qu'un certificat médical ? C'est un document officiel qui implique l'examen, par le médecin, du patient concerné : il a pour objet de consigner les résultats de cet examen en relevant la matérialité des faits dont le médecin déduit son diagnostic ; constat et diagnostic constituent l'objet exclusif du certificat.

L'examen constitue une obligation déontologique, comme le rappelle l'Ordre national des médecins, à propos de l'article 76 du code de déontologie médicale : « Un médecin ne doit jamais délivrer un certificat sans avoir vu et examiné la personne dont il s'agit. L'établissement d'un certificat est en effet un acte à part entière de l'activité médicale. L'examen sera soigneux et attentif, et le certificat détaillé et précis [...] »

D'après le texte du projet de loi, c'est en fonction du certificat médical établi par un ou plusieurs psychiatres que vont être décidées les mesures d'hospitalisation complète ou de soins ambulatoires sous contrainte, ainsi que leur éventuel renouvellement, parfois pour une durée pouvant atteindre trois mois. Il en va de même pour les sorties d'essai.

Qu'est-ce qu'un avis médical ? Rien, si ce n'est l'expression d'une opinion que se forge le médecin à la lecture de documents concernant le patient.

Comment peut-on attribuer la même valeur à ces deux documents ? Le certificat médical est un document extrêmement important ; en aucun cas un simple avis médical, établi sans même que le médecin rencontre le patient, ne saurait s'y substituer ! Ce serait contraire à la déontologie des médecins et à la réalité de l'état du malade à un moment donné : en effet, comment juger de l'état psychique d'une personne sans l'avoir examinée ?

C'est pourquoi je propose de supprimer toute référence à ce simple avis médical dans le projet de loi.

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

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. L'amendement n° 54 tend à préciser que la modification du protocole de soins intervient en fonction de l'état de santé du patient. Le rapporteur tient à signaler que cette précision est satisfaite par son amendement portant sur les soins auxquels une personne n'est pas en mesure de consentir en raison de son état mental. La commission, quant à elle, a émis un avis favorable sur cet amendement.

L'amendement n° 109 tend à instaurer une information systématique de la famille, mais le rapporteur estime que celle-ci n'est pas opportune dans certains cas, la famille pouvant être hostile au patient. La commission a cependant émis un avis favorable.

En ce qui concerne l'amendement n° 267, la commission a également émis un avis favorable. Néanmoins, le rapporteur a fait remarquer qu'il est nécessaire de prévoir un simple avis médical pour le cas où le patient n'est plus joignable et ne peut donc plus être examiné.

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

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. En ce qui concerne les amendements n° 54 et 267, que se passe-t-il en pratique ? Lorsqu'un patient est en rupture et qu'il présente un danger pour lui-même, le plus souvent, le psychiatre obtient des informations de la famille, de l'entourage. Pour venir en aide au malade, les décisions sont alors parfois prises sur simple avis du psychiatre, à la lumière des informations qui lui ont été communiquées.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements.

En ce qui concerne l'amendement n° 109, l'avis du Gouvernement est également défavorable, parce qu'il est déjà satisfait par la rédaction actuelle du projet de loi, qui prévoit que le tiers demandeur de soins soit informé lorsque le patient est pris en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 54.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 109.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean Desessard, pour explication de vote sur l'amendement n° 267.

M. Jean Desessard. Je n'ai pas compris les arguments développés par M. le rapporteur et Mme la secrétaire d'État.

J'ai établi une distinction claire entre le certificat médical, qui impose un examen du patient par le médecin et constitue un acte officiel, et le simple avis médical rendu après consultation du dossier médical. J'ai indiqué pourquoi il ne me semblait pas bon que des décisions lourdes et importantes puissent être prises sur la base d'un simple avis.

Vous auriez pu m'expliquer, par exemple, que des décisions ne seraient prises sur le fondement d'un avis médical que dans des circonstances exceptionnelles. La rédaction du projet de loi ne le précise d'ailleurs pas, et on peut donc craindre qu'un manque de personnel ne conduise à recourir à cette solution. Cela étant, il s'agit là d'une pure hypothèse d'école, puisque nous savons bien que les hôpitaux n'ont aucun problème de personnel, dans la mesure où les budgets augmentent de 2 % par an et où le secteur de la santé est très bien loti sur le plan budgétaire... Il y a donc suffisamment de psychiatres pour que l'on puisse toujours en trouver facilement un pour procéder à l'examen du patient et établir un certificat médical !

Mais, en vérité, nous savons bien qu'il n'en est pas ainsi et que l'on recourra largement à l'avis médical. Je suis donc surpris que, après avoir pris énormément de précautions sur d'autres points, par exemple en matière d'adaptation des restrictions des libertés individuelles à l'état de santé du patient, on estime que, en l'espèce, un simple avis médical suffira, sans même qu'il soit fait référence à des circonstances exceptionnelles !

À mes questions, le rapporteur se borne à répondre qu'un avis médical peut suffire lorsqu'un examen médical n'est pas possible. Quant à Mme la secrétaire d'État, elle ne m'a pas répondu du tout ! Chacun sa conception de la démocratie, mais tout cela est un peu léger...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 267.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 110, présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéas 53 à 59

Remplacer ces alinéas par trois alinéas ainsi rédigés :

15° L'article L. 3211-11-1 est ainsi modifié :

a) La dernière phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée en application de l'article L. 1111-6 » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « d'absence » sont remplacés par les mots : « de sortie accompagnée » ;

La parole est à M. Jacky Le Menn.

M. Jacky Le Menn. Cet amendement tend à rétablir le droit actuel en ce qui concerne le régime des autorisations de sortie accompagnée. Actuellement, le préfet est informé des autorisations de sortie accompagnée et peut s'y opposer. En l'absence de réponse du préfet, la décision est réputée favorable.

Le texte du projet de loi prévoit qu'il faudra désormais une autorisation explicite du préfet pour les autorisations de sortie accompagnée concernant des personnes ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou ayant été déclarées pénalement irresponsables.

Une telle disposition est contestable, car le préfet pourrait systématiquement garder le silence, ce qui empêcherait toute sortie. Il convient de rappeler qu'il s'agit de sorties accompagnées et d'une très courte durée, inférieure à douze heures, d'où l'opportunité des modifications proposées au travers de notre amendement.

M. le président. Les quatre amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 55 est présenté par M. Fischer, Mmes David et Pasquet, M. Autain, Mme Hoarau et les membres du groupe Communiste, Républicain, Citoyen et des Sénateurs du Parti de Gauche.

L'amendement n° 111 est présenté par M. Le Menn, Mme Demontès, MM. Michel, Desessard, Kerdraon et Cazeau, Mmes Le Texier et Schillinger, M. Jeannerot, Mmes Alquier et Campion, M. Daudigny, Mme Ghali, MM. Gillot et Godefroy, Mme Jarraud-Vergnolle, M. S. Larcher, Mmes Printz et San Vicente-Baudrin, M. Teulade et les membres du groupe Socialiste, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 457 rectifié est présenté par M. Mézard, Mme Escoffier, MM. Collin, Alfonsi, Baylet et Fortassin, Mme Laborde et MM. Milhau, Placade, Tropeano, Vall et Vendasi.

L'amendement n° 489 est présenté par M. Lorrain, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 58 et 59

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie David, pour présenter l'amendement n° 55.

Mme Annie David. En proposant, par cet amendement, de supprimer les alinéas 58 et 59 de l'article 1^{er}, nous entendons dénoncer le fait que le fantasme sécuritaire du législateur prévaut sur le bien-être et la guérison des patients atteints de troubles mentaux. En l'occurrence, ces alinéas visent à accorder tous pouvoirs au préfet en matière d'autorisations de sortie accompagnée, le corps médical se trouvant mis à l'écart.

Il s'agit là une nouvelle fois d'une stigmatisation des malades, lesquels se trouveront sous le coup d'une loi de police qui établit un contrôle social généralisé de la normalité des comportements. Le fait que le préfet soit en bout de chaîne pour accorder les autorisations de sortie accompagnée montre la défiance du législateur envers les patients et le corps médical.

De notre point de vue, ces sorties font partie du processus de guérison et permettent aux patients de se réinsérer dans la société parallèlement à leur traitement.

Nous ne comprenons donc pas en quoi l'autorisation du préfet serait nécessaire. Une fois de plus, les médecins se trouveraient subordonnés au représentant de l'État, pourtant bien moins compétent qu'eux en la matière.

Madame la secrétaire d'État, vous nous disiez à l'instant faire entièrement confiance aux psychiatres et à l'ensemble des personnels médicaux pour juger de ce qui était bon pour les

patients, ajoutant que l'intérêt de ces derniers était votre premier souci. Or, en l'espèce, vous confiez la décision finale au préfet, au détriment de l'équipe médicale. Ce n'est pas de cette manière que vous témoignerez de votre « confiance totale » à l'égard de cette dernière.

Par cet amendement, nous nous opposons à ce que le préfet puisse refuser de nombreuses autorisations de sortie sans raisons médicales, seulement pour des motifs sécuritaires. Nous nous élevons contre la mise en place d'une procédure qui permettrait au représentant de l'État d'entraver des sorties à vocation thérapeutique, et donc de nuire à la santé du malade.

M. le président. La parole est à M. Jacky Le Menn, pour présenter l'amendement n° 111.

M. Jacky Le Menn. Nous proposons également de supprimer les alinéas 58 et 59 de l'article 1^{er}, qui nous semblent superfétatoires et stigmatisants.

Les sorties qu'il s'agit d'autoriser sont de courte durée, ne pouvant dépasser douze heures. Permis par le directeur de l'établissement de santé, après avis du psychiatre du même établissement, elles doivent être accompagnées. À nos yeux, tout cela suffit.

Pourquoi ajouter l'accord du représentant de l'État pour les personnes déclarées pénalement irresponsables ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles? Un patient qu'une crise a conduit en UMD peut avoir surmonté cet épisode, grâce notamment aux traitements administrés. Quelle est l'utilité de cette disposition, dont le préfet n'a de toute façon pas besoin pour s'opposer à une sortie?

Évoquer la dangerosité potentielle de telle ou telle personne pour ajouter des précautions aux précautions jette un doute sur la confiance accordée aux soignants. Il n'est nul besoin de cela!

Cette disposition va poser de redoutables problèmes d'organisation: qui peut garantir qu'elle ne conduira pas à laisser enfermées des personnes ayant pourtant de réelles chances de se réintégrer dans la société?

M. le président. La parole est à M. Yvon Collin, pour présenter l'amendement n° 457 rectifié.

M. Yvon Collin. Comme cela a été excellemment dit, les alinéas 58 et 59 de l'article 1^{er} prévoient l'accord explicite du préfet, en lieu et place d'une absence d'opposition, pour toute sortie accompagnée de personnes séjournant ou ayant séjourné en unité pour malades difficiles, ou faisant ou ayant fait l'objet d'une décision de justice les déclarant pénalement irresponsables.

Les modalités de soins, telles les sorties brèves accompagnées pour motif thérapeutique ou pour accomplir des démarches extérieures, doivent être décidées en fonction de l'évaluation clinique actualisée d'un patient. Les antécédents de ce dernier ne sauraient conduire à une discrimination dans le cadre de la procédure administrative qui lui est appliquée.

Une fois encore, on stigmatise une catégorie de patients, et le droit à l'oubli créé par les députés, intervenant au terme d'une durée qui n'est même pas précisée – s'agit-il de cinq, de dix ou de quinze ans? –, n'efface pas ce que beaucoup ont déjà qualifié de « dossier psychiatrique ».

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 489.

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. Cet amendement vise à rétablir l'autorisation implicite du préfet pour les sorties accompagnées de courte durée. Si le préfet s'oppose à une sortie, il doit le faire de manière explicite, et non garder le silence.

M. le président. L'amendement n° 8, présenté par M. Lecerf, au nom de la commission des lois, est ainsi libellé:

Alinéa 59

Compléter cet alinéa par les mots:

, sauf lorsque leur hospitalisation, ordonnée dans les cas prévus aux mêmes 1° et 2°, a pris fin depuis une période fixée par décret en Conseil d'État

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Jean-René Lecerf, rapporteur pour avis. Il s'agit d'un amendement un peu moins ambitieux que ceux qui viennent d'être présentés. La commission des lois propose d'étendre le droit à l'oubli aux autorisations implicites du préfet en cas de sorties de courte durée dont peuvent bénéficier les patients.

En effet, le projet de loi prévoit que, dans le cas de personnes soumises à une mesure d'hospitalisation d'office, l'autorisation de sortie de courte durée est accordée sauf veto exprès du préfet. Le texte renverse cette logique pour les personnes potentiellement dangereuses, ayant fait l'objet d'une hospitalisation en UMD ou ayant été reconnues pénalement irresponsables, l'autorisation explicite du préfet étant alors requise.

Passé un certain délai, il semble à la commission des lois que toutes les personnes, quels que soient leurs antécédents, devraient être soumises au régime de l'autorisation préfectorale implicite, c'est-à-dire au droit commun.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 110 et 8?

M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur. La commission a émis un avis favorable sur l'amendement n° 110. En revanche, elle est défavorable à l'amendement n° 8 de la commission des lois.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'ensemble des amendements?

Mme Nora Berra, secrétaire d'État. Le Gouvernement est défavorable à l'amendement n° 110.

Il émet également un avis défavorable sur les amendements identiques n°s 55, 111, 457 rectifié et 489.

En l'état actuel des textes, dans un souci d'allègement de la procédure, l'autorisation du préfet est réputée acquise au bout de quarante-huit heures pour les sorties des patients hospitalisés sur sa décision.

Cependant, la finalité des sorties dont il est ici question diffère de celle des sorties d'essai. Les premières peuvent concerner des patients potentiellement dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui. C'est pourquoi il est apparu préférable que l'autorisation du préfet soit explicite dans les cas les plus sensibles.

S'agissant de l'amendement n° 8, le Gouvernement y est favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 110.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 55, 111, 457 rectifié et 489.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 8 n'a plus d'objet.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Jean Desessard. C'est dommage que ça se termine maintenant ! On commençait à avoir de la réussite ! (*Sourires*)

13

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, mercredi 11 mai 2011 :

À quatorze heures trente :

1. Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (n° 361, 2010-2011).

Rapport de Mme Muguette Dini, fait au nom de la commission des affaires sociales (n° 487, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 488 rectifié, 2010-2011).

Avis de M. Jean-René Lecerf, fait au nom de la commission des lois (n° 477, 2010-2011).

Le soir :

2. Conclusions de la commission mixte paritaire sur le projet de loi relatif à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité.

Rapport de M. François-Noël Buffet, rapporteur pour le Sénat (n° 491, 2010-2011).

Texte de la commission (n° 492, 2010-2011).

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(*La séance est levée le mercredi 11 mai 2011, à deux heures dix.*)

Le Directeur du Compte rendu intégral

FRANÇOISE WIART

ORGANISME EXTRAPARLEMENTAIRE

Lors de sa séance du mardi 10 mai 2011, le Sénat a désigné Mme Catherine MORINDESAILLY pour siéger au sein de la Commission scientifique nationale des collections, en application de l'article 1 du décret n° 2011-160 du 8 février 2011.

QUESTION(S) ORALE(S)

REMISE(S) À LA PRÉSIDENTE DU SÉNAT

Régime des activités de chambres d'hôtes

n° 1324 - Le 12 mai 2011 - **Mme Anne-Marie ESCOFFIER** attire l'attention de **Mme la ministre de l'économie, des finances et de l'industrie** sur le régime fiscal et social de l'activité liée à l'exploitation de chambres d'hôtes, régi par les dispositions des articles L. 613-1 et L. 622-4 du code de la sécurité sociale.

Or l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est venu modifier ces dispositions pour clarifier et sécuriser le cadre juridique et social des petites activités de chambres d'hôtes. Il n'a pas, néanmoins, permis de résoudre une ambiguïté relative au régime social applicable aux tables d'hôtes lorsque celles-ci sont une activité complémentaire des premières.

Elle lui demande de bien vouloir préciser si les revenus issus de la table d'hôtes (déjeuner et dîner) peuvent, comme ceux relevant de l'activité chambres d'hôtes, bénéficier des dispositions de l'article 22 de la loi précitée.

Devenir des permis de recherche de gaz de schiste

n° 1325 - Le 12 mai 2011 - **M. Claude BÉRIT-DÉBAT** attire l'attention de **Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement** sur le sort définitif qui sera réservé aux demandes de permis de recherche de mines d'hydrocarbures liquides ou gazeux, en fait au gaz de schiste, qui ont déjà été soumises aux services de l'État, notamment dans le secteur géographique du Grand Sud Ouest.

Mobilisation des crédits du fonds Barnier dans le Var

n° 1326 - Le 12 mai 2011 - **M. Pierre-Yves COLLOMBAT** appelle l'attention de **Mme la ministre de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement** sur le processus de mobilisation des crédits du fonds Barnier dans le Var, suite aux inondations catastrophiques des 15 et 16 juin 2010.

Dix mois après cet événement tragique, selon ses informations, il apparaît que la procédure de mobilisation du fonds Barnier a été engagée par les services de l'État pour faire face aux cas les plus urgents, soit une quinzaine. Pour l'essentiel d'entre eux, un accord sur le montant de l'indemnisation ayant été conclu, le déblocage des fonds devrait pouvoir intervenir, ce qui n'est pas encore le cas. Reste cependant quelques situations (sept à sa connaissance) dont le traitement est beaucoup moins avancé alors que le danger potentiel est sensiblement le même. C'est particulièrement le cas à Taradeau pour des habitations situées au bord de la Florieye, ou dans les gorges de Chateaudouble pour une résidence menacée non seulement par la rivière Nartuby mais aussi par des chutes de rochers. Se pose, en outre, le problème des habitations qui, sans être situées en zone de péril vital, demanderont des aménagements pour pouvoir continuer à être occupées dans de bonnes conditions de sécurité.

Il souhaite donc connaître :

- dans quels délais les personnes dont le dossier est complet pourront être effectivement indemnisées ;
- dans quels délais l'instruction des dossiers qui n'ont pas encore été traités pourra être bouclée et les intéressés indemnisés ;
- s'il est envisagé, ce qui serait hautement souhaitable, de mobiliser les crédits du fonds Barnier pour financer des travaux de protection dans les zones où ils seront nécessaires pour permettre une occupation dans de bonnes conditions de sécurité.

Avenir des emplois de vie scolaire

n° 1327 - Le 12 mai 2011 - **M. Yannick BOTREL** appelle l'attention de **M. le ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative** sur la situation particulièrement inquiétante de l'avenir des emplois de vie scolaire (EVS).

Les EVS ont été créés à l'origine pour permettre l'insertion de personnes jeunes ou bénéficiaires des minimas sociaux. Dans les Côtes-d'Armor, plusieurs de ces personnes avaient plus de 50 ans lors de leur entrée dans ce dispositif et ont pu bénéficier d'un

cadre d'emploi positif permettant leur réinsertion dans le monde du travail. C'est en particulier au sujet de celles-ci que l'inquiétude se manifeste principalement.

Leur rôle particulièrement utile consistait en l'aide à l'accueil des élèves handicapés, l'aide à l'accueil des élèves en général, l'assistance administrative des chefs d'établissement ou directeurs d'école, l'aide à l'utilisation des nouvelles technologies, l'aide à l'encadrement des élèves, l'aide à l'animation d'activités culturelles, artistiques ou sportives. Leur apport aux établissements scolaires est non négligeable. C'est un rôle social utile qui est devenu au fil des années indispensable au fonctionnement des établissements.

En octobre 2010, le Gouvernement a décidé de mettre un terme, de manière brutale et non concertée, à l'existence de ces EVS. Cette situation a été vécue avec inquiétude par les personnes concernées. En effet, aujourd'hui âgées de plus de 55 ans, elles n'ont, bien souvent, aucune perspective d'emploi. Et avec l'allongement de la durée de cotisation, c'est en somme les plonger dans une précarité inacceptable. De ce fait, de nombreuses personnes se retrouvent dans l'incertitude concernant leur avenir. Les contrats prévus sur 60 mois à raison de 26 heures hebdomadaires permettraient une réinsertion dans la vie professionnelle. De nombreux contrats étaient susceptibles d'être renouvelés, or les arbitrages de la loi de finances pour 2011 en ont décidé autrement.

Les recrutements et renouvellements d'EVS remplissant d'autres fonctions que l'aide aux personnes handicapées seront effectués par les recteurs d'académie, en concertation avec les inspecteurs d'académie, directeurs des services départementaux de l'éducation nationale, dans la limite du contingent restant notifié. Ces dispositions ne laissent pas augurer d'un avenir positif pour les personnels dont il a été fait état et qui vont se retrouver demandeurs d'emploi à plus de 55 ans.

Il lui demande donc quelle mesure il souhaite mettre en œuvre pour que ces emplois soient pérennisés, tant dans l'intérêt des enfants que des personnels sous contrat aidés.

Réduction des effectifs dans l'administration des douanes

n° 1328 - Le 12 mai 2011 - **M. Thierry FOUCAUD** appelle l'attention de **M. le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement** sur la réduction drastique des effectifs dans l'administration des douanes. En effet, cette administration comptait 19 500 agents en 2005. Il n'en reste plus que 17 435 à l'heure actuelle soit une baisse en valeur absolue de 2 065 emplois et en valeur relative 10,59 %. Si l'on prend comme année de référence 2009, c'est l'équivalent d'un poste par jour qui a été supprimé jusqu'en 2011.

Selon les informations données par la direction générale des douanes, il serait d'ores et déjà prévu de se passer de 360 agents supplémentaires en 2012. Ce qui revient à constater que loin d'arrêter cette hémorragie, il existe une volonté politique de poursuivre, voire d'accélérer, le processus en cours depuis plusieurs années. Cette situation est la conséquence cumulée de l'application de la révision générale des politiques publiques et du contrat pluriannuel de performances qui est un dispositif spécifique aux douanes. Une double peine est en quelque sorte appliquée à cette catégorie de fonctionnaires.

Dans les faits, cela revient à ne remplacer qu'un départ sur trois. Cela se traduit par l'abandon d'un nombre important de missions dont jusqu'alors les douaniers s'acquittaient (contrôle physique des marchandises, recherche des contrefaçons en matière de pièces automobiles, de médicaments, de jouets avec ses déclinaisons en matière de sécurité et de protection des enfants, contrôle de la faune, de la flore et de la fiscalité).

Il pense qu'une telle politique de diminution de moyens humains est préjudiciable au budget de la nation, à celui des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. Ainsi en 2010, très officiellement la mission fiscale des douanes s'est traduite par des perceptions à hauteur de 62 milliards dont 55 % pour le seul budget de l'État. Il considère que de telles rentrées financières ne sont pas négligeables et qu'un accroissement des moyens matériels et humains serait de nature à en accroître le rendement.

Voilà pourquoi il lui demande s'il compte cesser de détruire des emplois dans l'administration des douanes cela dans l'intérêt de la nation et s'il envisage de mettre en œuvre une politique de créations de postes pour retrouver le niveau d'effectifs de 2005 avec pour corollaire une perception pleine et entière des droits de douane, de la fiscalité indirecte, de la TVA et une mise à disposition de moyens de lutte efficaces contre l'économie illicite, notamment celle qualifiée de souterraine.

Projet de cadencement TER 2012

n° 1329 - Le 12 mai 2011 - **M. Jacques MÉZARD** appelle l'attention de **M. le secrétaire d'État chargé des transports** sur la situation très préoccupante de la desserte par train dans le Cantal, suite aux annonces relatives au lancement du projet de cadencement TER 2012.

Prévu par Réseau ferré de France (RFF) pour 2012, le projet de cadencement national devrait modifier substantiellement la circulation des trains sur la région Auvergne. Mi-février 2011, RFF Rhône-Alpes – Auvergne a expliqué que ce vaste plan visait à « mieux articuler l'ensemble des lignes du réseau avec des horaires plus réguliers et davantage lisibles ». Pourtant, la « régularité » et la « lisibilité » paraissent s'accompagner d'une baisse de l'offre ou de la suppression pure et simple de certaines lignes.

Ce projet prévoit que près de 350 trains circuleront en moyenne chaque jour, en Auvergne, contre 305 aujourd'hui ; mais force est de constater que cette augmentation concernera le périmètre péri-urbain clermontois et qu'aucune amélioration n'est prévue pour le département du Cantal.

Déjà défavorisé par son éloignement des métropoles régionales, le Cantal est, encore une fois, exclu de toute tentative de désenclavement, au mépris des règles qui devraient pourtant prévaloir en matière de service public de transport des voyageurs.

Il lui demande quelles seront les modifications effectives, tant sur les horaires que sur le nombre de dessertes et le mode de transport sur les trois lignes au départ et à destination d'Aurillac. Il souhaiterait également savoir pourquoi les importants travaux réalisés – et en cours de réalisation – sur les lignes n'aboutissent pas à des temps de trajet plus courts.

Moratoire du Gouvernement concernant la prise en charge des frais de transport des personnes adultes handicapées en pension complète

n° 1330 - Le 12 mai 2011 - **Mme Nicole BONNEFOY** appelle l'attention de **Mme la ministre des solidarités et de la cohésion sociale** sur le non respect par la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente du moratoire décidé par le Gouvernement, qui prévoit la prise en charge totale des frais de transport des personnes adultes handicapées en pension complète entre le domicile et l'établissement ou le foyer d'accueil médicalisé.

L'article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit que « les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant en accueil de jour les établissements ou les foyers d'accueil médicalisés sont inclus dans les dépenses d'exploitation

de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie ». Ce dispositif ne concerne donc pas les personnes en pension complète.

Elle a interpellé à plusieurs reprises le Gouvernement à ce sujet (question écrite, question orale n° 831 du 25 février 2010 et courriers aux différents ministres et secrétaires d'État successifs en charge de la solidarité) en prenant l'exemple d'une famille charentaise, dont un fils, adulte handicapé, se trouve en pension complète dans un foyer d'accueil médicalisé à Barbezieux.

La réponse du Gouvernement a toujours été la même : « Les caisses primaires d'assurance maladie doivent poursuivre la prise en charge des frais de transport, dans l'attente de la mise en place d'un nouveau dispositif. Les situations de non-respect de ce moratoire peuvent être signalées au conciliateur de la caisse primaire, qui est parfaitement sensibilisé à ce dossier ».

Or, elle a pu constater, à travers des cas précis, que le moratoire n'est pas respecté en Charente et que la saisie du conciliateur de la CPAM de la Charente n'y change rien. De ce fait, certaines familles sont dans l'obligation de saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale de Poitiers.

Aussi, elle aimerait savoir si Madame la ministre compte exiger et ordonner expressément à la CPAM de la Charente de respecter le moratoire demandé pour la prise en charge de ces publics, avec un remboursement rétroactif des sommes dues, jusqu'à l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif, qu'elle espère dans un délai raisonnable.

Implantation d'un établissement pénitentiaire en Limousin

n° 1331 - Le 19 mai 2011 - **M. Jean-Jacques LOZACH** attire l'attention de **M. le garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés**, sur le projet et les modalités de réalisation d'un nouveau centre pénitentiaire dans la région Limousin.

La restructuration du parc immobilier pénitentiaire et la construction de 14 000 places pour la fin de l'année 2017 visent à assurer des conditions dignes de détention et à garantir la mise en œuvre des prescriptions de la loi pénitentiaire sur l'encellulement individuel. Le 5 mai dernier, le ministre a rendu public un ajustement du plan immobilier pénitentiaire de juillet 2010. Ainsi, les maisons d'arrêt de Limoges et de Guéret, d'une capacité respective de 85 et 37 places, seront finalement renouvelées. Parallèlement, l'agence en charge du programme immobilier de la justice doit se prononcer prochainement sur l'emplacement d'un nouveau centre pénitentiaire en Limousin, d'une capacité de plusieurs centaines de places.

Une implantation sur l'aire urbaine de Guéret ou le secteur de La Courtine serait à même de compenser les effets du plan de restructuration de la défense, qui touche très durement le département de la Creuse avec la fermeture de l'établissement du matériel militaire de Guéret et la dissolution du Groupement de camp de La Courtine. Ces mesures impactent un département déjà fragilisé par la révision générale des politiques publiques (RGPP) dont celle des cartes judiciaire et scolaire, et se traduisent par la suppression de centaines d'emplois, par une dévitalisation territoriale d'une ampleur sans équivalent, rapportée au nombre d'habitants. Les échanges qui ont eu lieu avec les services de l'État et les pré-études techniques confirment la pertinence d'une localisation dans la Creuse. Le cahier des charges pour la construction d'un établissement pénitentiaire impose la proximité immédiate d'infrastructures importantes pour assurer : les transfèvements vers les différents juridictions et les autres établissements, l'implantation des personnels, le maintien des liens familiaux des détenus. Le dossier de candidature déposé notamment par la communauté de communes de Guéret-Saint-Vaury répond pleinement à toutes les contraintes ou normes, que ce soit en matière d'infrastructures routières (route Centre-Europe-Atlantique) et ferroviaires (axe Bordeaux-Lyon), de capacités hospitalières, foncières et immobilières.

Compte tenu de ces éléments, il lui demande donc de considérer avec une attention toute particulière les propositions formulées par les communautés de communes de Guéret-Saint-Vaury et de La Courtine, et de confirmer que le respect de l'aménagement et des équilibres du territoire figure au cœur des critères qui guident les choix du ministère de la justice.

Erratum

*au compte rendu intégral de la séance
du mardi 26 avril 2011*

Dans l'intervention de Mme Brigitte Gonthier-Maurin, page 2039, 2 colonne, 8 alinéa,

au lieu de :

« Je pense, ensuite, au maintien d'un recrutement sans concours... »

lire :

« Je pense, ensuite, au maintien d'un recrutement sur concours... »

ANNEXES AU PROCES VERBAL

de la séance

du mardi 10 mai 2011

SCRUTIN n° 203

sur la motion n° 83, présentée par Mme Nicole Borvo Cohen-Seat et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité au projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Nombre de votants	338
Suffrages exprimés	334
Pour	148
Contre	186

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 10

Contre : 4 MM. Gilbert Barbier, Jean-Marie Bockel, Denis Detcheverry, Aymeri de Montesquiou

Abstention : 4 Mme Anne-Marie Escoffier, Françoise Laborde, MM. Daniel Marsin, Raymond Vall

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 28

N'a pas pris part au vote : 1 Mme Muguette Dini

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (148) :

Contre : 147

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Contre : 7

Ont voté pour :

Nicolas Alfonsi Jacqueline Alquier Michèle André Serge Andreoni Bernard Angels Jean-Etienne Antoinette Alain Anziani Éliane Assassi David Assouline Bertrand Auban François Autain Robert Badinter Jean-Michel Baylet Marie-France Beaufile Jean-Pierre Bel Claude Bérít-Débat Jacques Berthou Jean Besson Michel Billout Marie-Christine Blandin Maryvonne Blondin Yannick Bodin Nicole Bonnefoy Nicole Borvo Cohen-Seat Yannick Botrel Didier Boulaud Alima Boumediene-Thiery Martial Bourquin Bernadette Bourzai Michel Boutant Nicole Bricq Jean-Pierre Caffet Claire-Lise Campion Jean-Louis Carrère Françoise Cartron Bernard Cazeau Monique Cerisier-ben Guiga Yves Chastan Jean-Pierre Chevènement Yvon Collin Gérard Collomb Pierre-Yves Collombat Roland Courteau Jean-Claude Danglot Yves Daudigny Yves Dauge Marc Daunis	Annie David Jean-Pierre Demerliat Michelle Demessine Christiane Demontès Jean Desessard Évelyne Didier Claude Domeizel Josette Durrieu Alain Fauconnier Jean-Luc Fichet Guy Fischer François Fortassin Thierry Foucaud Jean-Claude Frécon Charles Gautier Samia Ghali Jacques Gillot Serge Godard Jean-Pierre Godefroy Brigitte Gonthier-Maurin Jean-Noël Guérini Didier Guillaume Claude Haut Edmond Hervé Odette Herviaux Gélita Hoarau Robert Hue Annie Jarraud-Vergnolle Claude Jeannerot Ronan Kerdraon Bariza Khiri Virginie Klès Yves Krattinger Marie-Agnès Labarre Philippe Labeyrie Serge Lagache Serge Larcher Françoise Laurent-Perrigot Gérard Le Cam Jacky Le Menn Raymonde Le Texier Alain Le Vern Claudine Lepage Claude Lise Jean-Jacques Lozach Roger Madec Philippe Madrelle Jacques Mahéas François Marc Jean-Pierre Masseret	Marc Massion Josiane Mathon-Poinat Pierre Mauroy Rachel Mazuir Louis Mermaz Jacques Mézard Jean-Pierre Michel Jean Milhau Gérard Miquel Jean-Jacques Mirassou Robert Navarro Renée Nicoux Isabelle Pasquet Jean-Marc Pastor Georges Patient François Patriat Daniel Percheron Jean-Claude Peyronnet Bernard Piras Jean-Pierre Plancade Roland Povinelli Gisèle Printz Marcel Rainaud Jack Ralite Daniel Raoul Paul Raoult François Rebsamen Daniel Reiner Ivan Renar Thierry Repentin Roland Ries Michèle San Vicente-Baudrin Patricia Schillinger Mireille Schurch Michel Sergent René-Pierre Signé Jean-Pierre Sueur Simon Sutour Catherine Tasca Odette Terrade Michel Teston René Teulade Jean-Marc Todeschini Robert Tropeano Richard Tuheiva André Vantomme François Vendasi Bernard Vera Jean-François Voguet Dominique Voynet Richard Yung
--	--	--

Ont voté contre :

Philippe Adnot	Jean-Paul Alduy	Jean-Paul Amoudry
----------------	-----------------	-------------------

Pierre André	Jean Faure	Claude Léonard
Jean Arthuis	Françoise Férat	Philippe Leroy
Denis Badré	André Ferrand	Valérie Létard
Gérard Bailly	Louis-Constant	Christiane Longère
Gilbert Barbier	Fleming	Jean-Louis Lorrain
René Beaumont	Gaston Flosse	Simon Loueckhote
Michel Bécot	Alain Fouché	Roland du Luart
Claude Belot	Jean-Pierre Fourcade	Michel Magras
Pierre Bernard- Reymond	Bernard Fournier	Lucienne Malovry
Laurent Bêteille	Jean-Paul Fournier	Philippe Marini
Joël Billard	Jean François-Poncet	Pierre Martin
Claude Biwer	Christophe-André Frassa	Jean Louis Masson
Jean Bizet	Yann Gaillard	Hervé Maurey
Jacques Blanc	René Garrec	Jean-François Mayet
Paul Blanc	Joëlle Garriaud- Maylam	Colette Mélot
Jean-Marie Bockel	Jean-Claude Gaudin	Jean-Claude Merceron
Pierre Bordier	Gisèle Gautier	Lucette Michaux- Chevry
Didier Borotra	Jacques Gautier	Alain Milon
Joël Bourdin	Patrice Gélard	Aymeri de Montesquiou
Brigitte Bout	Bruno Gilles	Albéric de Montgolfier
Jean Boyer	Adrien Giraud	Catherine Morin- Desailly
Dominique Braye	Colette Giudicelli	Philippe Nachbar
Marie-Thérèse Bruguère	Nathalie Goulet	Louis Nègre
François-Noël Buffet	Jacqueline Gourault	Mireille Oudit
Christian Cambon	Alain Gournac	Jacqueline Panis
Jean-Pierre Cantegrit	Adrien Gouteyron	Monique Papon
Jean-Claude Carle	Sylvie Goy-Chavent	Charles Pasqua
Auguste Cazalet	Francis Grignon	Philippe Paul
Gérard César	Charles Guené	Anne-Marie Payet
Alain Chatillon	Michel Guerry	Jackie Pierre
Jean-Pierre Chauveau	Françoise Henneron	Jean-Jacques Pignard
Marcel-Pierre Cléach	Pierre Hérisson	François Pillat
Christian Cointat	Marie-Thérèse Hermange	Xavier Pintat
Gérard Cornu	Michel Houel	Louis Pinton
Raymond Couderc	Alain Houpert	Rémy Pointereau
Jean-Patrick Courtois	Jean-François Humbert	Christian Poncet
Roselle Cros	Christiane Hummel	Ladislav Poniatowski
Philippe Dallier	Benoît Huré	Hugues Portelli
Philippe Darniche	Jean-Jacques Hyst	Yves Pozzo di Borgo
Serge Dassault	Soibahadine Ibrahim Ramadani	Catherine Procaccia
Isabelle Debré	Pierre Jarlier	Jean-Pierre Raffarin
Robert del Picchia	Jean-Jacques Jégou	André Reichardt
Christian Demuynck	Sophie Joissains	Bruno Retailleau
Marcel Deneux	Jean-Marc Juilhard	Charles Revet
Gérard Dériot	Christiane Kammermann	Josselin de Rohan
Catherine Deroche	Fabienne Keller	Roger Romani
Marie-Hélène Des Esgaulx	Joseph Kergeris	Janine Rozier
Sylvie Desmarescaux	Marc Laménié	Bernard Saugey
Denis Detcheverry	Élisabeth Lamure	Bruno Sido
Yves Détraigne	André Lardeux	Esther Sittler
Éric Doligé	Robert Laufoaulu	Daniel Soulage
Philippe Dominati	Daniel Laurent	André Trillard
Michel Doublet	Jean-René Lecercf	Catherine Troendle
Daniel Dubois	Dominique Leclerc	François Trucy
Alain Dufaut	Antoine Lefèvre	Alex Türk
André Dulait	Jacques Legendre	Jean-Marie Vanlerenberghe
Catherine Dumas	Dominique de Legge	Alain Vasselle
Ambroise Dupont	Jean-François Le Grand	René Vestri
Bernadette Dupont	Jean-Pierre Leleux	Jean-Pierre Vial
Jean-Léonce Dupont		André Villiers
Louis Duvernois		Jean-Paul Virapoullé
Jean-Paul Emorine		François Zocchetto
Hubert Falco		

Abstentions :

Anne-Marie Escoffier, Françoise Laborde, Daniel Marsin, Raymond Vall.

N'a pas pris part au vote :

Muguette Dini.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	338
Nombre des suffrages exprimés	334
Majorité absolue des suffrages exprimés	168
Pour l'adoption	149
Contre	185

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN n° 204

sur la motion n° 1, présentée par Mme Christiane Demontès et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, tendant à opposer la question préalable au projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Nombre de votants	337
Suffrages exprimés	333
Pour	150
Contre	183

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :**

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 12

Contre : 2 MM. Gilbert Barbier, Jean-Marie Bockel

Abstention : 4 MM. Denis Detcheverry, Daniel Marsin, Aymeri de Montesquiou, Raymond Vall

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 28

N'a pas pris part au vote : 1 Mme Muguette Dini

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (148) :

Contre : 147

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Contre : 6

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gaston Flosse

Ont voté pour :

Nicolas Alfonsi	Jean-Etienne Antoinette	François Autain
Jacqueline Alquier	Alain Anziani	Robert Badinter
Michèle André	Éliane Assassi	Jean-Michel Baylet
Serge Andreoni	David Assouline	Marie-France Beaufils
Bernard Angels	Bertrand Auban	Jean-Pierre Bel
		Claude Bérit-Débat

Jacques Berthou
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-Seat
Yannick Botrel
Didier Boulaud
Alima Boumediene-Thiery
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Champion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Bernard Cazeau
Monique Cerisier-ben Guiga
Yves Chastan
Jean-Pierre Chevènement
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Roland Courteau
Jean-Claude Danglot
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Annie David
Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Jean Desessard
Évelyne Didier
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Anne-Marie Escoffier
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer

François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Charles Gautier
Samia Ghali
Jacques Gillot
Serge Godard
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-Maurin
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau
Robert Hue
Annie Jarraud-Vergnolle
Claude Jeannerot
Roman Kerdraon
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Marie-Agnès Labarre
Philippe Labeyrie
Françoise Laborde
Serge Lagache
Serge Larcher
Françoise Laurent-Perrigot
Gérard Le Cam
Jacky Le Menn
Raymonde Le Texier
Alain Le Vern
Claudine Lepage
Claude Lise
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Mahéas
François Marc
Jean-Pierre Masseret
Marc Massion
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Louis Mermaz

Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Robert Navarro
Renée Nicoux
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Pierre Plancade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tasca
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiava
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Jean-Claude Gaudin
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guéné
Michel Guerry
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse Hermange
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Jean-Jacques Hyst
Soibahadine Ibrahim Ramadani
Pierre Jarlier
Jean-Jacques Jégou
Sophie Joissains
Jean-Marc Juilhard
Christian Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kerguier
Marc Laménie
Élisabeth Lamure

André Lardeux
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Dominique Leclerc
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-François Le Grand
Jean-Pierre Leleux
Claude Léonard
Philippe Leroy
Valérie Létard
Christiane Longère
Jean-Louis Lorrain
Simon Loueckhote
Roland du Luart
Michel Magras
Lucienne Malovsky
Philippe Marini
Pierre Martin
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Lucette Michaux-Chevry
Alain Milon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Mireille Oudit
Jacqueline Panis
Monique Papon

Charles Pasqua
Philippe Paul
Anne-Marie Payet
Jackie Pierre
Jean-Jacques Pignard
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christian Poncelet
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Catherine Proaccia
Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugy
Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Jean-Marie Vanlerenberghe
Alain Vasselle
René Vestri
Jean-Pierre Vial
André Villiers
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Jean-Paul Alduy
Jean-Paul Amoudry
Pierre André
Jean Arthuis
Denis Badré
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belor
Pierre Bernard-Reymond
Laurent Béteille
Joël Billard
Claude Biwer
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Jean-Marie Bockel
Pierre Bordier
Didier Borotra
Joël Bourdin
Brigitte Bout
Jean Boyer
Dominique Braye
Marie-Thérèse Bruguière

François-Noël Buffet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Auguste Cazalet
Gérard César
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Roselle Cros
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Christian Demuynck
Marcel Deneux
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Marie-Hélène Des Esgaux
Sylvie Desmarescaux
Yves Détraigne
Éric Doligé

Philippe Dominati
Michel Doublet
Daniel Dubois
Alain Dufaut
André Dulait
Catherine Dumas
Ambroise Dupont
Bernadette Dupont
Jean-Léonce Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jean Faure
Françoise Férat
André Ferrand
Louis-Constant Fleming
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André Frassa
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-Maylam

Abstentions :

Denis Detcheverry, Daniel Marsin, Aymeri de Montesquiou, Raymond Vall.

N'ont pas pris part au vote :

Muguette Dini, Gaston Flosse.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN n° 205

sur l'amendement n° 43 rectifié, présenté par M. Guy Fischer et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, tendant à insérer un article additionnel avant l'article 1er du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Nombre de votants	338
Suffrages exprimés	335
Pour	151
Contre	184

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 13

Contre : 4 MM. Gilbert Barbier, Jean-Marie Bockel, Denis Detcheverry, Aymeri de Montesquiou

Abstention : 1 M. Daniel Marsin

GROUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GROUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 28

N'a pas pris part au vote : 1 Mme Muguette Dini

GROUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (148) :

Contre : 145

Abstention : 2 MM. Jean-Jacques Hyest, Jean-René Lecerf

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Contre : 7

Ont voté pour :

Nicolas Alfonsi	Jean-Louis Carrère	Brigitte Gonthier-
Jacqueline Alquier	Françoise Cartron	Maurin
Michèle André	Bernard Cazeau	Jean-Noël Guérini
Serge Andreoni	Monique Cerisier-ben	Didier Guillaume
Bernard Angels	Guiga	Claude Haut
Jean-Etienne	Yves Chastan	Edmond Hervé
Antoinette	Jean-Pierre	Odette Herviaux
Alain Anziani	Chevènement	Gélita Hoarau
Éliane Assassi	Yvon Collin	Robert Hue
David Assouline	Gérard Collomb	Annie Jarraud-
Bertrand Auban	Pierre-Yves Collombat	Vergnolle
François Autain	Roland Courteau	Claude Jeannerot
Robert Badinter	Jean-Claude Danglot	Ronan Kerdraon
Jean-Michel Baylet	Yves Daudigny	Bariza Khiari
Marie-France Beaufils	Yves Dauge	Virginie Klès
Jean-Pierre Bel	Marc Daunis	Yves Krattinger
Claude Bérít-Débat	Annie David	Marie-Agnès Labarre
Jacques Berthou	Jean-Pierre Demerliat	Philippe Labeurie
Jean Besson	Michelle Demessine	Françoise Laborde
Michel Billout	Christiane Demontès	Serge Lagache
Marie-Christine	Jean Desessard	Serge Larcher
Blandin	Évelyne Didier	Françoise Laurent
Maryvonne Blondin	Claude Domeizel	Perrigot
Yannick Bodin	Josette Durrieu	Gérard Le Cam
Nicole Bonnefoy	Anne-Marie Escoffier	Jacky Le Menn
Nicole Borvo Cohen-	Alain Fauconnier	Raymonde Le Texier
Seat	Jean-Luc Fichet	Alain Le Vern
Yannick Botrel	Guy Fischer	Claudine Lepage
Didier Boulaud	François Fortassin	Claude Lise
Alima Boumediene-	Thierry Foucaud	Jean-Jacques Lozach
Thiery	Jean-Claude Frécon	Roger Madec
Martial Bourquin	Charles Gautier	Philippe Madrelle
Bernadette Bourzai	Samia Ghali	Jacques Mahéas
Michel Boutant	Jacques Gillot	François Marc
Nicole Bricq	Serge Godard	Jean-Pierre Masseret
Jean-Pierre Caffet	Jean-Pierre Godefroy	Marc Massion
Claire-Lise Champion		Josiane Mathon-Poinat

Pierre Mauroy
Roland Mazuir
Louis Mermaz
Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Robert Navarro
Renée Nicoux
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras

Jean-Pierre Plancade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-
Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent

René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Soutour
Catherine Tasca
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuhejava
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Jean-Paul Alduy
Jean-Paul Amoudry
Pierre André
Jean Arthuis
Denis Badré
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-
Reymond
Laurent Bétéille
Joël Billard
Claude Biwer
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Jean-Marie Bockel
Pierre Bordier
Didier Borotra
Joël Bourdin
Brigitte Bout
Jean Boyer
Dominique Braye
Marie-Thérèse
Bruguière
François-Noël Buffet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Auguste Cazalet
Gérard César
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Jean-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Roselle Cros
Philippe Dallier
Philippe Darniche
Serge Dassault
Isabelle Debré
Robert del Picchia
Christian Demuyneck
Marcel Deneux
Gérard Dériot
Catherine Deroche
Marie-Hélène Des
Esgaux
Sylvie Desmarescaux
Denis Detcheverry
Yves Détraigne
Éric Dolige
Philippe Dominati
Michel Doublet

Daniel Dubois
Alain Dufaut
André Dulait
Catherine Dumas
Ambroise Dupont
Bernadette Dupont
Jean-Léonce Dupont
Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jean Faure
Françoise Férat
André Ferrand
Louis-Constant
Fleming
Gaston Flosse
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André
Frasa
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-
Maylam
Jean-Claude Gaudin
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Michel Guerry
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse
Hermange
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré
Soibahadine Ibrahim
Ramadani
Pierre Jarlier
Jean-Jacques Jégou
Sophie Joissains
Jean-Marc Juillard

Christiane
Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kergueris
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
André Lardeux
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Dominique Leclerc
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-François Le
Grand
Jean-Pierre Leleux
Claude Léonard
Philippe Leroy
Valérie Létard
Christiane Longère
Jean-Louis Lorrain
Simon Loueckhote
Roland du Luart
Michel Magras
Lucienne Malovry
Philippe Marini
Pierre Martin
Jean Louis Masson
Hervé Maury
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Lucette Michaux-
Chevy
Alain Milon
Aymeri de
Montesquiou
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Mireille Oudit
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Philippe Paul
Anne-Marie Payet
Jackie Pierre
Jean-Jacques Pignard
François Pillet
Xavier Pintat
Louis Pintore
Rémy Pintonneau
Christian Poncelet
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Catherine Procaccia

Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugey

Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk

Jean-Marie
Vanlerenberghe
Alain Vasselle
René Vestri
Jean-Pierre Vial
André Villiers
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

Abstentions :

Jean-Jacques Hyest, Jean-René Lecerf, Daniel Marsin.

N'a pas pris part au vote :

Muguette Dini.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance avaient été de :

Nombre de votants	337
Nombre des suffrages exprimés	334
Majorité absolue des suffrages exprimés ..	168
Pour l'adoption	151
Contre	183

Mais après vérification, ces nombres ont été rectifiés conformément à la liste ci-dessus.

SCRUTIN n° 206

sur l'amendement n°44, présenté par M. Guy Fischer et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche, tendant à supprimer l'article 1er du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Nombre de votants	338
Suffrages exprimés	337
Pour	151
Contre	186

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :

Pour : 24

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :

Pour : 13

Contre : 4 MM. Gilbert Barbier, Jean-Marie Bockel, Denis Detcheverry, Aymeri de Montesquiou

Abstention : 1 M. Daniel Marsin

GRUPE SOCIALISTE (115) :

Pour : 114

N'a pas pris part au vote : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance

GRUPE UNION CENTRISTE (29) :

Contre : 28

N'a pas pris part au vote : 1 Mme Muguette Dini

GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (148) :

Contre : 147

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :

Contre : 7

Ont voté pour :

Nicolas Alfonsi
Jacqueline Alquier
Michèle André
Serge Andreoni
Bernard Angels
Jean-Etienne
 Antoinette
Alain Anziani
Éliane Assassi
David Assouline
Bertrand Auban
François Autain
Robert Badinter
Jean-Michel Baylet
Marie-France Beaufils
Jean-Pierre Bel
Claude Bérit-Débat
Jacques Berthou
Jean Besson
Michel Billout
Marie-Christine
 Blandin
Maryvonne Blondin
Yannick Bodin
Nicole Bonnefoy
Nicole Borvo Cohen-
 Seat
Yannick Botrel
Didier Boulaud
Alima Boumediene-
 Thiery
Martial Bourquin
Bernadette Bourzai
Michel Boutant
Nicole Bricq
Jean-Pierre Caffet
Claire-Lise Campion
Jean-Louis Carrère
Françoise Cartron
Bernard Cazeau
Monique Cerisier-ben
 Guiga
Yves Chastan
Jean-Pierre
 Chevènement
Yvon Collin
Gérard Collomb
Pierre-Yves Collombat
Roland Courteau
Jean-Claude Danglot
Yves Daudigny
Yves Dauge
Marc Daunis
Annie David

Jean-Pierre Demerliat
Michelle Demessine
Christiane Demontès
Jean Desessard
Évelyne Didier
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Anne-Marie Escoffier
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Charles Gautier
Samia Ghali
Jacques Gillot
Serge Godard
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-
 Maurin
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau
Robert Hue
Annie Jarraud-
 Vergnolle
Claude Jeannerot
Ronan Kerdraon
Bariza Khiari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Marie-Agnès Labarre
Philippe Labeyrie
Françoise Laborde
Serge Lagauche
Serge Larcher
Françoise Laurent
 Perrigot
Gérard Le Cam
Jacky Le Menn
Raymonde Le Texier
Alain Le Vern
Claudine Lepage
Claude Lise
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Mahéas
François Marc
Jean-Pierre Masseret

Marc Massion
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Louis Mermaz
Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Robert Navarro
Renée Nicoux
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras
Jean-Pierre Plancade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-
 Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Soutour
Catherine Tasca
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiva
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Jean-Paul Alduy
Jean-Paul Amoudry
Pierre André
Jean Arthuis
Denis Badré

Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belot

Pierre Bernard-
 Reymond
Laurent Bêteille
Joël Billard
Claude Biwer
Jean Bizet

Jacques Blanc	Jean François-Poncet	Roland du Luart
Paul Blanc	Christophe-André Frassa	Michel Magras
Jean-Marie Bockel	Yann Gaillard	Lucienne Malovry
Pierre Bordier	René Garrec	Philippe Marini
Didier Borotra	Joëlle Garriaud-Maylam	Pierre Martin
Joël Bourdin	Jean-Claude Gaudin	Jean Louis Masson
Brigitte Bout	Gisèle Gautier	Hervé Maurey
Jean Boyer	Jacques Gautier	Jean-François Mayet
Dominique Braye	Patrice Gérard	Colette Mélot
Marie-Thérèse Bruguière	Bruno Gilles	Jean-Claude Merceron
François-Noël Buffet	Adrien Giraud	Lucette Michaux-Chevy
Christian Cambon	Colette Giudicelli	Alain Milon
Jean-Pierre Cantegrit	Nathalie Goulet	Aymeri de Montesquiou
Jean-Claude Carle	Jacqueline Gourault	Albéric de Montgolfier
Auguste Cazalet	Alain Gourmac	Catherine Morin-Desailly
Gérard César	Adrien Gouteyron	Philippe Nachbar
Alain Chatillon	Sylvie Goy-Chavent	Louis Nègre
Jean-Pierre Chauveau	Francis Grignon	Mireille Oudit
Marcel-Pierre Cléach	Charles Guené	Jacqueline Panis
Christian Cointat	Michel Guerry	Monique Papon
Gérard Cornu	Françoise Henneron	Charles Pasqua
Raymond Couderc	Pierre Hérisson	Philippe Paul
Jean-Patrick Courtois	Marie-Thérèse Hermange	Anne-Marie Payet
Roselle Cros	Michel Houel	Jackie Pierre
Philippe Dallier	Alain Houpert	Jean-Jacques Pignard
Philippe Darniche	Jean-François Humbert	François Pillet
Serge Dassault	Christiane Hummel	Xavier Pintat
Isabelle Debré	Benoît Huré	Louis Pinton
Robert del Picchia	Jean-Jacques Hyst	Rémy Pointereau
Christian Demuyneck	Soibahadine Ibrahim Ramadani	Christian Poncelet
Marcel Deneux	Pierre Jarlier	Ladislas Poniatowski
Gérard Dériot	Jean-Jacques Jégou	Hugues Portelli
Catherine Deroche	Sophie Joissains	Yves Pozzo di Borgo
Marie-Hélène Des Esgaulx	Jean-Marc Juilhard	Catherine Procaccia
Sylvie Desmarescaux	Christiane Kammermann	Jean-Pierre Raffarin
Denis Detcheverry	Fabienne Keller	André Reichardt
Yves Détraigne	Joseph Kergueris	Bruno Retailleau
Éric Doligé	Marc Laménie	Charles Revet
Philippe Dominati	Élisabeth Lamure	Josselin de Rohan
Michel Doublet	André Lardeux	Roger Romani
Daniel Dubois	Robert Laufoaulu	Janine Rozier
Alain Dufaut	Daniel Laurent	Bernard Saugey
André Dulait	Jean-René Lecerf	Bruno Sido
Catherine Dumas	Dominique Leclerc	Esther Sittler
Ambroise Dupont	Antoine Lefèvre	Daniel Soulage
Bernadette Dupont	Jacques Legendre	André Trillard
Jean-Léonce Dupont	Dominique de Legge	Catherine Troendle
Louis Duvernois	Jean-François Le Grand	François Trucy
Jean-Paul Emorine	Jean-Pierre Leleux	Alex Türk
Hubert Falco	Claude Léonard	Jean-Marie Vanlerenberghe
Jean Faure	Philippe Leroy	Alain Vasselle
Françoise Férat	Valérie Létard	René Vestri
André Ferrand	Christiane Longère	Jean-Pierre Vial
Louis-Constant Fleming	Jean-Louis Lorrain	André Villiers
Gaston Flosse	Simon Loueckhote	Jean-Paul Virapoullé
Alain Fouché		François Zocchetto
Jean-Pierre Fourcade		
Bernard Fournier		
Jean-Paul Fournier		

Abstention :

Daniel Marsin.

N'a pas pris part au vote :

Muguette Dini.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

SCRUTIN n° 207

sur l'amendement n° 45 rectifié, présenté par M. Guy Fischer et les membres du groupe communiste, républicain, citoyen et des sénateurs du parti de gauche et l'amendement n° 87, présenté par M. Jacky Le Men et les membres du groupe socialiste, apparentés et rattachés, à l'article 1er du projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Nombre de votants 338

Suffrages exprimés 337

Pour 151

Contre 186

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE COMMUNISTE, RÉPUBLICAIN, CITOYEN ET DES SÉNATEURS DU PARTI DE GAUCHE (24) :***Pour* : 24**GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (18) :***Pour* : 13*Contre* : 4 MM. Gilbert Barbier, Jean-Marie Bockel, Denis Detcheverry, Aymeri de Montesquiou*Abstention* : 1 M. Daniel Marsin**GRUPE SOCIALISTE (115) :***Pour* : 114*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Bernard Frimat - qui présidait la séance**GRUPE UNION CENTRISTE (29) :***Contre* : 28*N'a pas pris part au vote* : 1 Mme Muguette Dini**GRUPE DE L'UNION POUR UN MOUVEMENT POPULAIRE (148) :***Contre* : 147*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Gérard Larcher - Président du Sénat**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (7) :***Contre* : 7**Ont voté pour :**

Nicolas Alfonsi	Michel Billout	Françoise Cartron
Jacqueline Alquier	Marie-Christine Blandin	Bernard Cazeau
Michèle André	Maryvonne Blondin	Monique Cerisier-ben Guiga
Serge Andreoni	Yannick Bodin	Yves Chastan
Bernard Angels	Nicole Bonnefoy	Jean-Pierre Chevènement
Jean-Etienne Antoinette	Nicole Borvo Cohen-Seat	Yvon Collin
Alain Anziani	Yannick Botrel	Gérard Collomb
Éliane Assassi	Didier Boulaud	Pierre-Yves Collombat
David Assouline	Alima Boumediene-Thiery	Roland Courteau
Bertrand Auban	Martial Bourquin	Jean-Claude Danglot
François Autain	Bernadette Bourzai	Yves Daudigny
Robert Badinter	Michel Boutant	Yves Dauge
Jean-Michel Baylet	Nicole Bricq	Marc Daunis
Marie-France Beauflis	Jean-Pierre Caffet	Annie David
Jean-Pierre Bel	Claire-Lise Campion	Jean-Pierre Demerliat
Claude Bérít-Débat	Jean-Louis Carrère	Michelle Demessine
Jacques Berthou		Christiane Demontès
Jean Besson		

Jean Desessard
Évelyne Didier
Claude Domeizel
Josette Durrieu
Anne-Marie Escoffier
Alain Fauconnier
Jean-Luc Fichet
Guy Fischer
François Fortassin
Thierry Foucaud
Jean-Claude Frécon
Charles Gautier
Samia Ghali
Jacques Gillot
Serge Godard
Jean-Pierre Godefroy
Brigitte Gonthier-
Maurin
Jean-Noël Guérini
Didier Guillaume
Claude Haut
Edmond Hervé
Odette Herviaux
Gélita Hoarau
Robert Hue
Annie Jarraud-
Vergnolle
Claude Jeannerot
Ronan Kerdraon
Bariza Khari
Virginie Klès
Yves Krattinger
Marie-Agnès Labarre
Philippe Labeyrie
Françoise Laborde

Serge Lagauche
Serge Larcher
Françoise Laurent
Perrigot
Gérard Le Cam
Jacky Le Menn
Raymonde Le Texier
Alain Le Vern
Claudine Lepage
Claude Lise
Jean-Jacques Lozach
Roger Madec
Philippe Madrelle
Jacques Mahéas
François Marc
Jean-Pierre Masseret
Marc Massion
Josiane Mathon-Poinat
Pierre Mauroy
Rachel Mazuir
Louis Mermaz
Jacques Mézard
Jean-Pierre Michel
Jean Milhau
Gérard Miquel
Jean-Jacques Mirassou
Robert Navarro
Renée Nicoux
Isabelle Pasquet
Jean-Marc Pastor
Georges Patient
François Patriat
Daniel Percheron
Jean-Claude Peyronnet
Bernard Piras

Ont voté contre :

Philippe Adnot
Jean-Paul Alduy
Jean-Paul Amoudry
Pierre André
Jean Arthuis
Denis Badré
Gérard Bailly
Gilbert Barbier
René Beaumont
Michel Bécot
Claude Belot
Pierre Bernard-
Reymond
Laurent Bétéille
Joël Billard
Claude Biwer
Jean Bizet
Jacques Blanc
Paul Blanc
Jean-Marie Bockel
Pierre Bordier
Didier Borotra

Joël Bourdin
Brigitte Bout
Jean Boyer
Dominique Braye
Marie-Thérèse
Bruguière
François-Noël Buffet
Christian Cambon
Jean-Pierre Cantegrit
Jean-Claude Carle
Auguste Cazalet
Gérard César
Alain Chatillon
Jean-Pierre Chauveau
Marcel-Pierre Cléach
Christian Cointat
Gérard Cornu
Raymond Couderc
Jean-Patrick Courtois
Roselle Cros
Philippe Dallier
Philippe Darniche

Jean-Pierre Placade
Roland Povinelli
Gisèle Printz
Marcel Rainaud
Jack Ralite
Daniel Raoul
Paul Raoult
François Rebsamen
Daniel Reiner
Ivan Renar
Thierry Repentin
Roland Ries
Michèle San Vicente-
Baudrin
Patricia Schillinger
Mireille Schurch
Michel Sergent
René-Pierre Signé
Jean-Pierre Sueur
Simon Sutour
Catherine Tascia
Odette Terrade
Michel Teston
René Teulade
Jean-Marc Todeschini
Robert Tropeano
Richard Tuheiva
Raymond Vall
André Vantomme
François Vendasi
Bernard Vera
Jean-François Voguet
Dominique Voynet
Richard Yung

Louis Duvernois
Jean-Paul Emorine
Hubert Falco
Jean Faure
Françoise Férat
André Ferrand
Louis-Constant
Fleming
Gaston Flosse
Alain Fouché
Jean-Pierre Fourcade
Bernard Fournier
Jean-Paul Fournier
Jean François-Poncet
Christophe-André
Frassa
Yann Gaillard
René Garrec
Joëlle Garriaud-
Maylam
Jean-Claude Gaudin
Gisèle Gautier
Jacques Gautier
Patrice Gélard
Bruno Gilles
Adrien Giraud
Colette Giudicelli
Nathalie Goulet
Jacqueline Gourault
Alain Gournac
Adrien Gouteyron
Sylvie Goy-Chavent
Francis Grignon
Charles Guené
Michel Guerry
Françoise Henneron
Pierre Hérisson
Marie-Thérèse
Hermange
Michel Houel
Alain Houpert
Jean-François
Humbert
Christiane Hummel
Benoît Huré

Jean-Jacques Hyst
Soibahadine Ibrahim
Ramadani
Pierre Jarlier
Jean-Jacques Jégou
Sophie Joissains
Jean-Marc Juilhard
Christiane
Kammermann
Fabienne Keller
Joseph Kergueris
Marc Laménie
Élisabeth Lamure
André Lardeux
Robert Laufoaulu
Daniel Laurent
Jean-René Lecerf
Dominique Leclerc
Antoine Lefèvre
Jacques Legendre
Dominique de Legge
Jean-François Le
Grand
Jean-Pierre Leleux
Claude Léonard
Philippe Leroy
Valérie Létard
Christiane Longère
Jean-Louis Lorrain
Simon Loueckhote
Roland du Luart
Michel Magras
Lucienne Malovsky
Philippe Marini
Pierre Martin
Jean Louis Masson
Hervé Maurey
Jean-François Mayet
Colette Mélot
Jean-Claude Merceron
Lucette Michaux-
Chevry
Alain Milon
Aymeri de
Montesquiou

Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Nachbar
Louis Nègre
Mireille Oudit
Jacqueline Panis
Monique Papon
Charles Pasqua
Philippe Paul
Anne-Marie Payet
Jackie Pierre
Jean-Jacques Pignard
François Pillot
Xavier Pintat
Louis Pinton
Rémy Pointereau
Christiane Procaccia
Ladislav Poniatowski
Hugues Portelli
Yves Pozzo di Borgo
Catherine Procaccia
Jean-Pierre Raffarin
André Reichardt
Bruno Retailleau
Charles Revet
Josselin de Rohan
Roger Romani
Janine Rozier
Bernard Saugéy
Bruno Sido
Esther Sittler
Daniel Soulage
André Trillard
Catherine Troendle
François Trucy
Alex Türk
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Alain Vasselle
René Vestri
Jean-Pierre Vial
André Villiers
Jean-Paul Virapoullé
François Zocchetto

Abstention :

Daniel Marsin.

N'a pas pris part au vote :

Muguette Dini.

N'ont pas pris part au vote :

M. Gérard Larcher - Président du Sénat et M. Bernard Frimat - qui présidait la séance.

Les nombres annoncés en séance ont été reconnus, après vérification, conformes à la liste de scrutin ci-dessus.

ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
03	Compte rendu 1 an	181,60
33	Questions 1 an	133,80
83	Table compte rendu 1 an	36,70
	DÉBATS DU SÉNAT	
05	Compte rendu 1 an	162,70
35	Questions 1 an	95,40
85	Table compte rendu 1 an	32,50
95	Table questions 1 an	21,40
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE	
07	Série ordinaire 1 an	1 223,60
	DOCUMENTS DU SÉNAT	
09	Un an	1 025,80

En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande

Paiement à réception de facture

En cas de règlement par virement, indiquer obligatoirement le numéro de facture dans le libellé de votre virement.

Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination

(*) Arrêté du 26 octobre 2010 publié au *Journal officiel* du 28 octobre 2010

Direction, rédaction et administration : 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15
Standard : **01-40-58-75-00** – Accueil commercial : **01-40-15-70-10** – Télécopie abonnement : **01-40-15-72-75**

Prix du numéro : 3,10 €