

C.R.P.A. : Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie ¹.

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 | Ref. n° : W751208044

Président : André Bitton.

14, rue des Tapisseries, 75017, Paris | Tel : 01 47 63 05 62.

Courriel : crpa@crpa.asso.fr / Site : <http://crpa.asso.fr>

André Bitton.

Paris, le 30 janvier 2014.

Intervention à une journée de formation du Syndicat des avocats de France, le samedi 1^{er} février 2014, au Palais de justice de Créteil (Val-de-Marne), sur la défense des personnes hospitalisées sans consentement : l'évolution de la loi et des pratiques professionnelles de l'avocat.

- **La loi du 27 septembre 2013 : Quelles avancées ? Entre contrainte aux soins et droits de l'homme.**

I°) Introduction :

La loi du 27 septembre 2013 est issue d'une décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, sur une QPC du Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)². Cela alors même que la loi du 5 juillet 2011 qu'elle réforme partiellement est, elle aussi, issue pour partie d'une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 également prise sur une QPC³. Nous sommes donc là, devant un cas de figure réitéré, où le Gouvernement et la majorité parlementaire n'ont bougé, en ce qui concerne les droits fondamentaux des personnes contraintes aux soins et internées en milieu psychiatrique, que sous la contrainte de jurisprudences des hautes cours.

Le Législateur de la loi du 5 juillet 2011 avait, pour une bonne part, légiféré **et** sous la contrainte d'une décision des juges constitutionnels, **et** sans y consentir vraiment ... Le Législateur de la loi du 27 septembre 2013, a légiféré également sous la contrainte d'une décision de la Haute cour constitutionnelle, cette fois en y mettant plus de bonne volonté. Une mission d'information sur la santé mentale et sur l'avenir de la psychiatrie a été mise sur pieds à cette occasion, qui a développé ses travaux de janvier à décembre 2013, sous la direction de son rapporteur, le député PS M. Denys Robiliard, avocat de profession, et ancien Président d'Amnesty International France⁴.

II°) Un système, et son inertie :

¹ Le CRPA est membre du Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie (E.N.U.S.P.), voir sur l'Internet : <http://www.enusp.org/index.php/fr/>

² Décision du Conseil constitutionnel n°2012-235, du 20 avril 2012, Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie. Cf. <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/220>

³ Cf. Décision du Conseil constitutionnel n°2010-71 du 26 novembre 2010, Mme Danielle S. et Groupe Information Asiles (GIA).

⁴ Cf. Rapport d'information n°1085, « Hospitalisations psychiatriques : le contrôle de la contrainte ». Assemblée nationale, commission des affaires sociales, juin 2013, MM. Jean-Pierre Barbier, président, et Denys Robiliard, rapporteur. Rapport d'information n°1662 : « Santé mentale : quand la démocratie soigne », décembre 2013. Assemblée nationale, commission des affaires sociales, mêmes auteurs.

On a pu dire, valablement, que la France - son Gouvernement, sa majorité parlementaire, son Etat, son administration – ne se décident de nos jours, à bouger et à réformer sur le terrain de l'hospitalisation et des soins psychiatriques sans consentement, que sous le forceps de jurisprudences constitutionnelles, traduisant d'ailleurs en droit français, l'état de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

Il ne faut pas se tromper sur un tel constat, il s'agit **d'un constat d'échec, d'un aveu de défaut d'humanité à l'endroit de la population malade mentale ou estimée telle, d'un aveu d'illégalités entretenues, et de technocratie qu'on aimerait voir perdurer dans un certain silence**. C'est ce silence qui s'est rompu, qui a pris fin, de nos jours, ce dont aussi bien la loi du 27 septembre 2013 atteste.

On – l'Etat français, le Gouvernement, les corporations psychiatriques, leurs représentants, l'UNAFAM (Union nationale des familles de malades mentaux), les représentants d'usagers tenus par les pouvoirs précédemment cités ... On préfère un système psychiatrique tel qu'en l'espèce, qui est pour le moins inhumain, même s'il est extrêmement coûteux pour les fonds publics, du moment que cette trappe de la psychiatisation des populations, et en l'occurrence et surtout des laissés pour compte de notre société, joue, et que la population concernée⁵, soit placée sans droits, réduite au silence, dans la terreur des ré-internements psychiatriques, dans le chantage à la restauration ou à la hausse des traitements neuroleptiques, et qu'on fasse appel à tel membre de votre famille, agent zélé de la répression psychiatrique qui sera toujours intéressé à ce qu'on vous fasse taire ... Et autres.

Ce système dans lequel les patients sont recrutés et intéressés par des pensions d'invalidité aux motifs psychiatriques interposées, distribuées, parfois, avec une déconcertante facilité quand on connaît les difficultés que peuvent rencontrer les gens qui veulent se faire reconnaître handicapés sur le champ somatique ou sur une maladie professionnelle. Ce système dans lequel les gens sont entretenus comme malades chroniques, souvent à vie (les psychoses sont réputées incurables, les traitements étant à prendre à vie ...), dans des files actives improbables, mais garanties par les autorités étatiques, les lobbies médicaux, institutionnels, familiaux, encouragées, du moment que les personnes concernées ne pointent pas à Pôle Emploi, et qu'elles restent soustraites des statistiques officielles du chômage réel du pays.

La France, au plan psychiatrique, est un pays qui ne comptabilise même pas de façon objective et publique, combien elle pratique d'hospitalisations sans consentement annuellement, combien de personnes au juste sont traitées annuellement sous contrainte en soins psychiatriques. Les statistiques en la matière ne sont même pas fiables. Elles sont parcellaires, et restent dans l'ensemble non recoupées à ce jour sauf quelques exceptions⁶. Pratiquement personne ne sait actuellement, en France, objectivement, selon des données statistiques recoupées et validées scientifiquement, si on incarcère plus qu'on interne et traite sous contrainte, ou si, à l'inverse, on soigne sous contrainte en psychiatrie plus qu'on incarcère ... C'est tout dire.

⁵ La file active dans la psychiatrie publique est d'environ 2 millions de personnes. La psychiatrie d'exercice privé prend en charge de son côté, environ 2 millions de personnes. Selon cette estimation, la file active totale des personnes suivies en psychiatrie tant publique que privée, serait de 4 millions de personnes.

⁶ Au jour de la rédaction de cette intervention, une étude de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), datée de décembre 2013, vient d'être publiée, qui rend publiques des statistiques recoupées et vérifiées sur l'hospitalisation sans consentement en 2010. Cette étude devant servir de base pour des compilations ultérieures.

Par contre il est notoire que la France est le premier consommateur occidental de traitements psychotropes et donc de traitements psychiatriques, toutes catégories confondues.

Par contre la France est un pays sous la coupe réglée des firmes pharmaceutiques vendant ces mêmes traitements psychotropes.

Par contre, en France, les experts psychiatres près les juridictions sont, dans leur ensemble, acritiques quant aux effets indésirables des traitements psychotropes et aux combinaisons iatrogènes de ces mêmes traitements entre eux et avec d'autres types de médicaments. Les experts psychiatres sont, en général, acquis aux lobbies favorables à une distribution de masse des médicaments psychiatriques, et n'ont, le plus souvent, aucune indépendance, sur les questions des dommages issus des prescriptions de traitements psychiatriques, comme bien entendu sur les questions de l'internement abusif. Ces mêmes experts psychiatres, le plus souvent, estiment que de tels cas de figure n'existent pas ou de façon tellement marginale, qu'il n'y a pas de quoi déjuger tel confrère hospitalier ... La jurisprudence sur le terrain des accidents de médicaments psychiatriques et sur l'aléa thérapeutique en matière de traitements psychiatriques, est actuellement inexistante ou négative. Ce point peut paraître étranger à la question de la législation en matière d'hospitalisations sans consentement. En fait il est central, puisqu'à la faveur de la législation du 5 juillet 2011, confirmée par la loi du 27 septembre 2013, nous sommes passés d'un cadre législatif portant sur **l'hospitalisation sans consentement**, à un cadre législatif qui porte sur les **soins sous contrainte**.

III°) Un changement de paradigme :

Au plan législatif, nous sommes passés de l'internement psychiatrique (loi du 30 juin 1838), à l'hospitalisation sans consentement (loi du 27 juin 1990), aux soins sous contrainte (lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013), et donc d'une législation sur l'enfermement des malades mentaux, à une législation sur la contrainte aux soins en psychiatrie.

Nous sommes donc désormais placés dans le cadre d'une politique psychiatrique où la question des traitements psychiatriques, et de leurs effets, prend une importance centrale, accompagnant en parallèle celle de la question de l'enfermement et des pratiques de contention physiques ou chimiques.

Mais aussi ce qu'amène au principal la loi du 27 septembre 2013, de par son point de départ qu'a été la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 sur une question prioritaire de constitutionnalité de notre association, c'est surtout qu'on y parle encore droits de l'homme pour les personnes visées par la contrainte psychiatrique. Ce que l'on avait également fait dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, par le biais des deux décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 et du 9 juin 2011 sur QPC, qui ont impacté cette loi.

Sans ce biais des questions prioritaires de constitutionnalité, cette question – centrale en psychiatrie, puisqu'on y porte atteinte aux libertés les plus essentielles de la personne humaine – des droits fondamentaux des personnes objets de soins psychiatriques, n'aurait été qu'un élément rhétorique, un accessoire de décor, certes obligé, mais sans plus. Pressions de l'UNAFAM (Union nationale des familles de malades mentaux), de l'administration centrale,

des professionnels partisans de la contrainte aux soins tous crins, des associations d'usagers acquises aux thèses des familles et des institutions psychiatriques, des firmes pharmaceutiques évidemment, et quelques autres lobbies, obligent.

IV°) Apports et points problématiques de la loi du 27 septembre 2013 :

Si la suppression de la visioconférence dans les contrôles opérés par les juges des libertés et de la détention, des hospitalisations sans consentement, est une très bonne mesure, ainsi que l'introduction d'une représentation obligatoire par avocat lors de ces contrôles. S'il est vrai qu'il s'agit bien, là, d'avancées de la loi du 27 septembre 2013, nous nous sommes posés des questions sur le passage de la date butoir, pour les contrôles de plein droit des juges des libertés et de la détention, de 15 jours, à dater de l'admission de la personne sous hospitalisation sous contrainte à temps complet, à 12 jours. Réduction de délai accompagnée d'une suppression du certificat médical de huitaine et d'une simplification de l'avis médical d'envoi au juge. Cet avis qui était auparavant conjoint (de deux psychiatres, dont un extérieur à la prise en charge), est devenu un avis simple d'un psychiatre partie prenante de cette prise en charge.

Le CRPA, par mon intermédiaire, a fait valoir notre position de principe pour le maintien d'une certaine complexité procédurale, par un texte de synthèse, produit lors d'une audition par le député M. Denys Robiliard, dans le cadre de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le 9 juillet 2013⁷.

Nous avons défendu dans cette note de synthèse que la simplification procédurale en jeu n'était admissible que si l'on passait d'un contrôle obligatoire des hospitalisations sans consentement avant le 15^{ème} jour, à un contrôle avant le 10^{ème} jour, avec une transmission de la procédure au greffe du juge des libertés et de la détention, au moins trois jours avant l'audience. Cette audience étant conçue comme devant se situer au 7^{ème}, 8^{ème} ou 9^{ème} jour à dater de l'admission de la personne en soins sous contrainte à temps complet. Le recul à 12 jours de cette date butoir ne nous semble pas être une bonne chose. **Sauf à passer à un délai de 10 jours, il aurait mieux valu en rester à un contrôle de quinzaine.** Ce rapprochement de l'échéance du contrôle judiciaire n'aura finalement été qu'un moyen de donner satisfaction aux corporations hospitalières, qui réclamaient une simplification de la procédure de contrôle.

De la même manière, si dans la suite logique de la décision sur QPC du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, qui avait abrogé deux articles de la loi du 5 juillet 2011 ayant trait au régime dérogatoire applicable pour la levée des mesures de contrainte à l'endroit des personnes médico-légales ou internées en Unités pour malades difficiles, ce régime dérogatoire a été en large partie, démantelé par la loi du 27 septembre 2013, il n'en reste pas moins une zone d'ombre qui est aussi une zone de non-droit. Je veux parler des Unités pour malades difficiles.

En ce qui concerne les UMD, le rapport d'étape du député M. Denys Robiliard, rendu public le 29 mai 2013, dans ses 17 préconisations, stipulait qu'il fallait « ...1°) Introduire dans l'article L 3222-3 du code de la santé publique⁸ les critères et la procédure d'admission en

⁷ Cf. sur le site internet du CRPA, cette note de synthèse : <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/361>

⁸ L'article L 3222-3 du code de la santé publique dit ce qui suit : Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre 1^{er} du

unité pour malades difficiles. 2°) Maintenir un régime particulier pour la levée des mesures de soins sans consentement dont font l'objet les irresponsables pénaux ayant commis **un crime**. »⁹

A la faveur d'arbitrages gouvernementaux en vue du dépôt par le groupe socialiste et apparentés de l'Assemblée nationale de la proposition de loi du député M. Denys Robiliard, et afin qu'elle soit soutenue par le Gouvernement, cette préconisation a été effacée au profit d'une abrogation pure et simple de l'article L 3222-3 du code de la santé publique, qui légifèrait sur les unités pour malades difficiles, depuis la loi du 5 juillet 2011. Avant cette législation d'exception qu'est la loi du 5 juillet 2011, les unités pour malades difficiles n'étaient régies que par décret, voire même par un simple arrêté de 1986 portant règlement intérieur type des Unités pour malades difficiles.

Or, comme je l'ai soutenu dans une intervention pour le compte du CRPA, le 9 septembre 2013 lors d'une audition par le sénateur M. Jacky Le Menn, rapporteur au Sénat pour la proposition de loi qui allait devenir la loi du 27 septembre 2013, **cette abrogation du statut légal des Unités pour malades difficiles emporte un risque d'inconstitutionnalité, ou à tout le moins d'illégalité**, pour violation de l'article 34 de la Constitution. Cela en ce que seules des dispositions législatives peuvent garantir les libertés individuelles, et en ce que les Unités pour malades difficiles, ne sauraient être considérées comme de simples sas de soins intensifs spécifiques, mais bien comme des établissements psychiatriques à part, de haute sécurité, nécessitant un cadre législatif distinct¹⁰.

Ce sont bien ces questions, ayant trait aux Unités pour malades difficiles, qui sont actuellement pendantes devant le Conseil constitutionnel, dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité posée par un ancien interné de l'UMD d'Albi (Tarn), et son père. Etant précisé que le CRPA est intervenant volontaire dans cette instance, en demande d'abrogation (constitutionnelle cette fois, et non législative) de l'ancien article L 3222-3 du code de la santé publique issu de la loi du 5 juillet 2011, qui donnait un début de définition législative des Unités pour malades difficiles¹¹.

L'avocat du CRPA dans cette affaire, étant Me Raphaël Mayet, ici présent, je vous signale, en conclusion, que l'audience du Conseil constitutionnel dans cette affaire, aura lieu mardi 4 février prochain à 9h30. Retransmission de cette audience sur le système vidéo du site internet du Conseil constitutionnel à partir de 14 h, le même jour. Le Haut Conseil va sans doute donner son délibéré le vendredi 14 février prochain. Il sera disponible sur le site internet du Conseil constitutionnel et publié le lendemain au journal officiel.

présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peuvent être prises en charge dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mise en œuvre que dans une unité spécifique. Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'Etat.

⁹ Rapport d'information n°1085, « Hospitalisations psychiatriques : le contrôle de la contrainte », juin 2013, page 63. Assemblée nationale, commission des affaires sociales, MM. Jean-Pierre Barbier et Denys Robiliard.

¹⁰ <http://psychiatrie.crpa.asso.fr/374>

¹¹ QPC n°2013-367, enregistrée au Conseil constitutionnel le 4 décembre 2013, sur décision de transfert de la Cour de cassation du même jour. Pourvoi n°S 13-17.984.

Un dernier mot sur les programmes de soins. Quand, en application du considérant 12 de la décision sur QPC du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012¹², le Législateur de la loi du 27 septembre 2013, édicte : « Article L 3211-2-1- III : **aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2°) du 1°) ...** », **c'est-à-dire sous la forme d'un programme de soins**, c'est bien là une marge de manœuvre, de négociation, qui est ici ouverte, entre le patient sous « soins obligatoires », selon le mot du Conseil constitutionnel, et l'équipe qui le prend en charge.

S'agit-il, sur ce point, d'une viabilisation des soins ambulatoires sous contrainte ?

L'avenir dira si ce dispositif finira par lever des contestations judiciaires en série de la part des personnes soumises à ces programmes de soins, ou si, de par la complexité de la procédure de ré-internement à temps complet, en cas de défaut de soumission du patient à ces soins obligatoires, ces programmes de soins resteront peu utilisés.

¹² Considérant n°12, de la décision QPC n°2012-235 du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 : « Considérant qu'il résulte de ces dispositions qu'en permettant que des personnes qui ne sont pas prises en charge en « hospitalisation complète » soient soumises à une obligation de soins psychiatriques pouvant comporter, le cas échéant, des séjours en établissement, les dispositions de l'article L. 3211-2-1 n'autorisent pas l'exécution d'une telle obligation sous la contrainte ; que ces personnes ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins ; qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne prise en charge dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 3211-2-1 ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète ; que, dans ces conditions, le grief tiré de la violation de la liberté individuelle manque en fait ... »