



**UNION SYNDICALE DES MAGISTRATS**

33, rue du Four 75006 PARIS

Tél. : 01 43 54 21 26

Fax : 01 43 29 96 20

E-mail : [contact@union-syndicale-magistrats.org](mailto:contact@union-syndicale-magistrats.org)

Site: [www.union-syndicale-magistrats.org](http://www.union-syndicale-magistrats.org)

Paris le 6 juillet 2013

**PROPOSITION DE LOI n°1223  
RELATIVE AUX SOINS SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE  
OBSERVATIONS DE L'USM**

*L'Union Syndicale des Magistrats est le syndicat le plus représentatif des magistrats de l'ordre judiciaire (68,4% des voix aux élections professionnelles de 2013).*

*Elle s'interdit tout engagement politique et a pour objet d'assurer l'indépendance de la fonction judiciaire, garantie essentielle des droits et libertés du citoyen, de défendre les intérêts moraux et matériels des magistrats de l'ordre judiciaire et de contribuer au progrès du droit et des institutions judiciaires, afin de promouvoir une justice accessible, efficace et humaine.*

L'USM a pris connaissance avec intérêt du rapport et des 17 recommandations de la mission parlementaire « *Hospitalisations psychiatriques : le contrôle de la contrainte* », déposés le 29 mai 2013, ainsi que de la présente proposition de loi après que ce rapport a fait l'objet « *d'échanges approfondis avec les ministères concernés* ».

Alors que plusieurs des recommandations méritaient encore la poursuite de la réflexion, et que la mission parlementaire concluait à l'absence de nécessité de légiférer avant le 1<sup>er</sup> octobre 2013 pour tenir compte de la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012, l'USM s'étonne du dépôt de la présente proposition de loi et de la date prévue pour son entrée en vigueur, sans aucun temps d'adaptation et de préparation pour les services concernés.

Il convient à ce titre de rappeler le traumatisme causé dans les établissements psychiatriques et les juridictions lors de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, non pas tant par une opposition de principe des professionnels à cette réforme, mais à raison de l'impréparation à laquelle ils ont dû faire face ensemble.

### Les conditions de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011

L'USM rappelle que la loi du 5 juillet 2011 a été rendue indispensable par la décision du conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 imposant un contrôle judiciaire des hospitalisations sous contrainte au plus tard à 15 jours puis à intervalles réguliers, avant le 1<sup>er</sup> août 2011.

Aucune concertation n'a eu lieu en amont, pas plus qu'une rencontre entre les divers professionnels de deux ministères concernés, permettant de lever certaines suspicions.

Au Parlement, la procédure accélérée a été décidée et au Sénat, le rapporteur a dû démissionner la veille de l'examen en séance publique.

Votée le 5 juillet 2011 pour une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> août, en pleine période de vacances dans les juridictions, elle n'a vu la publication de ses décrets d'application que les 18 et 28 juillet 2011, ainsi que d'une circulaire d'application du 21 juillet 2011 ...

C'est donc dans la plus grande impréparation que ce texte est entré en vigueur, sans moyens complémentaires, grâce à l'implication des personnels de santé et des services judiciaires, au grand soulagement du garde des Sceaux de l'époque, persuadée que se produirait une catastrophe dès les premières semaines.

Les moyens promis ne sont pas plus arrivés dans les mois suivants, le gouvernement en ayant conclu qu'il existait encore « du gras » dans les juridictions. Ils ne sont pas plus arrivés en vue du regroupement des contentieux civil et administratif au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Sur ce dernier point, l'augmentation de l'activité n'est pas quantifiable, le contrôle de légalité ne donnant que très rarement lieu à une requête spécifique ; il s'ensuit néanmoins un allongement de la durée des audiences et du temps de rédaction des décisions, les barreaux s'organisant peu à peu pour axer leur intervention sur la légalité des actes (par exemple à Paris).

### L'absence d'urgence à réformer la loi de 2011

A ce jour, si l'USM comprend que des améliorations du texte puissent être envisagées, rien n'oblige à réformer à nouveau dans la précipitation :

- La mission parlementaire a précisé que la décision du Conseil Constitutionnel n'imposait pas de nouvelle loi et confirme que la proposition de loi résulte donc d'un choix du parlement ;
- Il est nécessaire de permettre un réel débat parlementaire, après consultation des professionnels ;
- Il est en outre indispensable de prévoir un délai suffisant pour une entrée en vigueur dans de bonnes conditions, après publication des décrets et circulaires d'application, voire après l'arrivée de moyens complémentaires, a fortiori pour un texte ne relevant pas de l'initiative du gouvernement.

Si l'urgence était à ce point avérée, on pourrait alors légitimement s'inquiéter du fait qu'après la décision du 20 avril 2012, le gouvernement n'ait pas estimé nécessaire d'agir et que le parlement lui-même, malgré la mission en cours dès la fin d'année 2012, n'ait déposé la présente proposition de loi que le 3 juillet 2013....

Il serait incompréhensible que faute d'anticipation par les pouvoirs exécutif et législatif, l'autorité judiciaire et les services de santé soient une nouvelle fois obligés de s'adapter en urgence, alors que le manque de moyens rend déjà périlleuse l'activité normale.

Si le législateur devait néanmoins estimer indispensable de légiférer dans les suites de la décision du Conseil Constitutionnel, une entrée en vigueur différée d'autres dispositions serait nécessaire.

Cette concertation et un travail parlementaire de qualité sont absolument indispensables. Il est en effet surprenant de lire en page 6 de l'exposé des motifs que « *la présente proposition de loi s'attache à la fois à apporter les améliorations d'ordre législatif requises par la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012 et à modifier les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 sur certains aspects ayant fait l'objet d'un large assentiment parmi les personnes auditionnées par la mission et parmi ses membres* ».

Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et l'Union Syndicale des Magistrats, portent depuis 2010 des positions communes sur la judiciarisation des soins sans consentement. Ils approuvent certaines dispositions de la proposition de loi. Ils déplorent toutefois certains manques criants et regrettent que, malgré les termes de l'exposé des motifs, certaines dispositions soient en totale contradiction avec les positions de ces deux syndicats, pourtant ultra majoritaires dans les deux professions. Leur avis ne peut donc être ignoré au seul motif que des organisations minoritaires porteraient un discours différent (nos observations développées devant la mission parlementaire : [http://www.union-syndicale-magistrats.org/web/upload\\_fich/reserves/rapports/2013/soins21fev13.pdf](http://www.union-syndicale-magistrats.org/web/upload_fich/reserves/rapports/2013/soins21fev13.pdf)).

## **1 – Le délai du contrôle judiciaire de la mesure d'hospitalisation sous contrainte**

### *L'incidence des modifications proposées pour le juge judiciaire*

L'article 5 de la proposition de loi vient modifier les dispositions de l'article L3211-12-1 du CSP sur la question des délais de saisine et de réponse de l'autorité judiciaire.

Le délai de saisine était jusque-là prévu dans le règlement (article R 3211-27 du CSP). L'USM est favorable à ce que les délais soient fixés par la loi.

Elle est surtout favorable à ce que les conditions de l'intervention judiciaire permettent un contrôle effectif de l'atteinte aux libertés que constitue l'hospitalisation sous contrainte.

Actuellement, le juge doit être saisi au plus tard le 12<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation ; ce délai de saisine serait réduit de moitié, passant à 6 jours (rendant donc inutile l'établissement des certificats médicaux jusque-là établis au plus tard le 8<sup>ème</sup> jour).

Le juge devrait par contre répondre au plus tard le 10<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation, au lieu du 15<sup>ème</sup> jour.

Certes, le greffier et le juge disposeront d'une journée de plus pour statuer (4 jours au lieu de 3) ce qui est toutefois bien négligeable au regard des nouvelles contraintes imposées sur le

lieu de l'audience dont personne ne semble vouloir entendre qu'elles sont impossibles à respecter.

Ainsi qu'elle l'a rappelé dans ses précédents écrits, de très nombreuses juridictions ont dû délaissier d'autres contentieux, à délais moins contraints, pour faire face à la judiciarisation des soins sans consentement. Malgré les demandes réitérées de l'USM et d'autres organisations syndicales, la Direction des Services Judiciaires n'a jamais accepté d'aborder ces questions dans ses bilans d'application de la loi.

Il convient de rappeler que dans ces délais est comptabilisé le jour de la saisine, quelle que soit l'heure de celle-ci, et que si le délai expire un jour férié ou fermé, le délai n'est pas reporté d'une journée. Il s'agit donc de délais très contraints.

Pour le contrôle subséquent, tous les 6 mois, la saisine doit intervenir au plus tard le 8<sup>ème</sup> jour précédant l'expiration du délai, sans modification alors pourtant qu'une prolongation au-delà de 6 mois peut clairement être anticipée, au moins de deux semaines, ainsi que nous l'avons toujours proposé. Une telle modification permettrait, sur ces contrôles à 6 mois, de récupérer quelque peu de souplesse dans l'organisation des audiences, compensant (dans une très faible mesure) toutes les autres nouvelles contraintes.

Ce raccourcissement est envisagé car les médecins ont indiqué pouvoir apprécier de la nécessité du maintien de l'hospitalisation à 72h. L'exposé des motifs indique en effet *« après deux ans de mise en œuvre, il était possible de ramener ce délai à 5 jours compte tenu du fait que les psychiatres auditionnés avaient unanimement assuré qu'en 72 heures ils étaient en mesure de poser un diagnostic et de déterminer si le patient devrait ou pas voir son hospitalisation maintenue. Les discussions menées tant avec le ministère de la santé et des affaires sociales qu'avec le ministère de la justice ont fait apparaître que ce délai serait cependant très insuffisant au regard des contraintes administratives et judiciaires »*.

L'USM renvoie au bilan d'application de la loi qu'elle avait établi en début d'année 2012 ([http://www.union-syndicale-magistrats.org/web/upload\\_fich/publication/rapports/2012/bilan\\_soins\\_sans\\_consentement2012.pdf](http://www.union-syndicale-magistrats.org/web/upload_fich/publication/rapports/2012/bilan_soins_sans_consentement2012.pdf)). Dans bien des lieux, les services se sont organisés pour rationaliser les transports (que ce soit les transports du juge ou ceux des patients) à raison d'une audience par semaine et par établissement. Le raccourcissement des délais ne permettra pas plus de prévisibilité.

Et quand bien même cela n'aggraverait pas la situation en termes de délais d'organisation d'audiences, il est incontestable que le volume d'hospitalisations soumises au juge sera en très forte augmentation.

Une telle réforme ne peut s'envisager sans une sérieuse étude d'impact tant sur l'augmentation du contentieux induite mais également sur les contraintes accrues pour l'autorité judiciaire et le temps supplémentaire consacré au déplacement dans les structures hospitalières.

Les juges ont eu à statuer, en 2012, au plan national, dans le cadre de 36 051 contrôles systématiques de mesures d'hospitalisation sous contrainte. Il ressort des mêmes sources qu'à 5 jours (soit à une journée de la période butoir de saisine du juge) ce sont 61 688 hospitalisations qui sont en cours (soit + 41.56 %), et à 10 jours (soit au moment où le juge

aurait au plus tard à statuer) ce sont 44 394 mesures en cours (+ 8 343 mesures soit +18.79 % par rapport au nombre actuel de décisions).

Si l'on reprend les critères (sous évalués selon nous) qui avaient été retenus dans l'étude d'impact en 2011, pour ces 8 343 requêtes supplémentaires à examiner représentent :

- 8 343 heures de magistrats du siège
- 8 343 heures de magistrats du parquet
- 2 085 heures de fonctionnaires du parquet
- 11 680 heures de fonctionnaires du siège

soit 10 ETPT de magistrats et 9 de fonctionnaires. Cela paraît peu à l'échelle nationale, mais vient s'ajouter à toutes les charges supplémentaires ajoutées année après année sans création de poste au motif que l'impact national serait insignifiant... Et aux 90 postes de magistrats et 80 postes de fonctionnaires jamais recrutés pour l'entrée en vigueur de la loi de 2011.

C'est sans compter en outre sur tout le travail de greffe qui pourra être effectué pour les 28% de mesures ayant pu donner lieu à saisine au 6<sup>ème</sup> jour, avec mainlevée de la mesure par l'autorité médicale avant la date de l'audience.

Ces chiffres suffisent en outre à contester l'affirmation péremptoire reprise dans l'exposé des motifs selon laquelle entre la 72<sup>ème</sup> heure et le 8<sup>ème</sup> jour, la situation des patients évolue peu.

Enfin, ils permettent aussi de relativiser l'effet d'une intervention judiciaire plus en amont. Sans conteste, l'introduction de la judiciarisation a conduit les médecins à plus de vigilance dans le suivi des hospitalisations sous contrainte. Avant la réforme de 2011, le nombre d'hospitalisation atteignant une durée de 15 jours étaient estimé entre 62 000 et 68 000 ; aujourd'hui, ce chiffre est de 36 051, soit près de la moitié. Pour autant, on constate qu'il n'y a pas de stagnation du nombre d'hospitalisations mais bien une baisse conséquente :

- au 5<sup>ème</sup> jour : 61 688 hospitalisations en cours
- au 8<sup>ème</sup> jour : 49 829
- au 10<sup>ème</sup> jour : 44 394
- au 15<sup>ème</sup> jour : 36 051.

Cet auto contrôle par le corps médical est donc constant sur toute la durée et donne lieu à de très nombreuses levées d'hospitalisation hors de toute intervention judiciaire. La réduction du délai de réponse de l'autorité judiciaire ne permettra donc pas une augmentation conséquente du (déjà très faible) taux de mainlevées judiciaires, ces hospitalisations apparaissant le plus souvent justifiées notamment par l'état de crise.

### *L'allègement corrélatif des contraintes pour les hôpitaux et la question du certificat médical actualisé en cause d'appel*

L'USM avait plaidé devant la mission parlementaire pour un allègement de la procédure et du formalisme imposé aux médecins.

Le nombre de certificats requis en l'espace de quelques jours rendait en effet l'usage du copier-coller courant, vidait de fait d'intérêt la plupart de ces certificats médicaux, et limitait donc la possibilité d'appréciation par le juge judiciaire de l'opportunité du maintien de la mesure.

Moins de certificats médicaux, mais des certificats médicaux plus utiles, et plus de temps consacré aux soins, voilà ce que prônaient l'USM et le SPH.

Sur ce point, elles ont donc été écoutées (du moins concernant les certificats nécessaires dans la procédure judiciaire), ce qui vient alléger considérablement le travail des médecins.

Il y a donc deux niveaux d'incidence pour les services de santé de la réforme envisagée :

- Suppression du double certificat qui devait intervenir le 8<sup>ème</sup> jour ;
- Suppression à terme de la contrainte des transports de patients.

A l'inverse l'impact sur les services judiciaires est très lourd, sans qu'aucune modification concernant une actualisation obligatoire du certificat médical en cas d'appel.

Sur ce dernier point, l'USM maintient sa demande, qui avait d'ailleurs été reprise, au titre des préconisations, par la mission parlementaire.

En effet, actuellement, lorsque la décision contestée intervient à 15 jours, et que la cour d'appel statue à 12 jours, les derniers certificats en date remontent au 8<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation soit 19 jours avant la décision en appel. Les collègues en appel se plaignent souvent de ne pouvoir obtenir d'actualisation de la situation médicale du patient, les médecins le refusant s'agissant d'un certificat non obligatoire.

Désormais, le dernier certificat avant saisine de l'autorité judiciaire sera du 3<sup>ème</sup> jour suivant l'hospitalisation, alors que la cour pourra statuer au plus tard le 22<sup>ème</sup> jour. Certes, l'ancienneté du certificat médical sera identique (19 jours).

Pour autant, un patient hospitalisé en état de crise aura pu voir son état largement s'améliorer dans l'intervalle, bien plus entre le 3<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> jour, qu'après ce délai, comme le démontrent les chiffres ci-dessus évoqués. L'actualisation des éléments sera donc bien plus essentielle et, faute de prévoir ce certificat obligatoire, le juge se trouvera dans l'obligation d'ordonner une expertise, qui viendra amputer un peu plus le budget des frais de justice.

*Ces dispositions impactent très lourdement les services judiciaires sans permettre pour autant d'espérer une amélioration concrète du contrôle des libertés, bien au contraire...*

*Surtout, au-delà même de la charge de travail induite, c'est l'organisation même du contrôle des soins sans consentement qui est remise en cause alors qu'elle est déjà particulièrement précaire et que ce contrôle n'a pu se mettre en place, à moyens constants, qu'en raison de l'implication des personnels.*

*Ces dispositions seront d'autant moins tenables si obligation est faite au juge de statuer à l'hôpital.*

*Enfin, si aucun certificat médical actualisé n'est demandé en cause d'appel (ce qui constituera un impact bien léger pour l'établissement de soins comparé à l'allègement des contraintes) le juge devra plus fréquemment ordonner une expertise, financée, elle, par le budget des frais de justice.*

## **2 – Le lieu de l'audience**

La loi du 5 juillet 2011 avait posé pour principe que le juge statuait au tribunal, sauf possibilité (et non obligation) pour lui de statuer au sein de l'hôpital si une salle d'audience y avait été spécialement aménagée.

Un tiers des audiences se tiendrait actuellement dans les hôpitaux et les 2/3 au palais de justice, sans qu'il soit toutefois précisé quelle part de ces 2/3 d'audiences se déroulant au palais est liée à l'absence de salle spécialement aménagée.

Il convient en outre de préciser que dans un certain nombre de ressorts, des magistrats tiennent les audiences à l'hôpital, alors que les conditions exigées par la loi (et par le Conseil Constitutionnel) ne sont pas réunies, ce qui a une incidence sur l'image d'impartialité que peut avoir la justice dans ce contexte, et sur la représentation que peut en avoir un patient atteint de troubles psychiatriques.

Dans leur bilan d'application de la loi du 5 juillet 2011, les députés Guy LEFRAND et Serge BLISKO concluaient que pour le bien des patients, et même en l'absence de salle spécialement aménagée, l'audience devait impérativement se tenir à l'hôpital.

En ce sens, ces préconisations n'ont pas tant la décision du Conseil Constitutionnel relative aux audiences tenues en Centre de Rétention administrative qu'un principe de réalité, lié à la situation des juridictions.

La proposition de loi, tout en respectant en apparence les termes de la décision du Conseil Constitutionnel, renverse néanmoins le principe.

Dès lors qu'il existe une salle spécialement aménagée au sein de l'hôpital (ou d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du TGI), le juge doit s'y transporter avec son greffier pour y tenir l'audience. Ce n'est qu'à défaut d'une telle salle, que l'audience se tient au palais de justice.

*Cette salle d'audience spécialement aménagée doit permettre « dans les faits et dans le symbole, l'indépendance de la justice. Cela suppose donc à l'instar des audiences foraines tenues en matière de rétention des étrangers, une salle d'audience spécialement aménagée, assurant la clarté, la sécurité, et la sincérité des débats, ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge statuera d'ailleurs au siège du tribunal de grande instance ».*

C'est oublier la réalité des juridictions. 380 postes de magistrats vacants sur les 7740 localisés (soit près de 5% des effectifs de magistrats), près de 10% de postes de fonctionnaires vacants. Des petites juridictions lourdement impactées, du fait de la présence d'un gros établissement psychiatrique sur leur ressort, et qui, au lieu de voir leurs effectifs renforcés se sont vus supprimer des postes, qui seront sans aucun doute à nouveau impactés par la réforme de l'instruction s'ils sont infra pôles et par l'élargissement du contrôle des soins sans consentement...

A ce stade, même les JLD qui souhaiteraient pouvoir tenir les audiences à l'hôpital ne le peuvent pas, se trouvant dans l'impossibilité de se transporter en raison de leurs différents services cumulés (permanence JLD pénale et civile, autres fonctions spécialisées, permanence comparutions immédiates...).

Il est par ailleurs consternant dans ce contexte, que parmi les magistrats, l'organisation syndicale qui milite pour la tenue des audiences à l'hôpital (quels que soient les moyens), au

motif du bien du patient, soit justement celle qui dénonce régulièrement ces mêmes atteintes aux principes en matière de droit des étrangers. A croire que malgré leurs leçons d'humanité, certains justiciables mériteraient moins d'égard que d'autres.

Pour l'USM il n'y a pas lieu de distinguer entre les catégories de justiciables : tous ont droit de voir leur situation examinée dans des conditions garantissant l'indépendance et l'impartialité du juge judiciaire, et au-delà, l'apparence d'impartialité.

Il convient en effet de rappeler que le Conseil Constitutionnel n'a pas encore eu à se prononcer sur la constitutionnalité des dispositions de l'article L3211-12-2 du code de la santé publique relatives au lieu où doit se tenir l'audience.

Il a néanmoins rappelé dans sa décision 2011-625 DC du 10 mars 2011, concernant les dispositions de l'article 101 de la loi d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure (contrôle a priori), concernant les salles d'audience aménagées à proximité ou au sein des centres de rétention, qu'il ne suffit pas qu'un lieu ait été spécialement aménagé et permette, en théorie, la présence du public, encore faut-il que le public puisse librement accéder à cette salle d'audience. *« Considérant que les centres de rétention administrative sont des lieux de privation de liberté (...); que ces centres sont fermés au public; que dès lors en prévoyant que la salle d'audience dans laquelle siège le juge des libertés et de la détention peut être située « au sein » de ces centres, le législateur a adopté une mesure qui est manifestement inappropriée à la nécessité, qu'il a rappelée, de « statuer publiquement »; qu'il s'ensuit que, sans qu'il soit besoin d'examiner les griefs présentés par les requérants, l'article 101 de la loi déferée doit être déclarée contraire à la Constitution ».*

Or, s'il était possible de librement aller et venir dans les établissements psychiatriques, il ne serait sans doute pas nécessaire de prévoir des dispositions relatives aux hospitalisations sous contrainte..... Et force est de constater que très peu de salles spécialement aménagées par le ministère de la santé répondent aux exigences du Conseil Constitutionnel.

Si les patients atteints de troubles psychiatriques nécessitent une certaine adaptation de l'autorité judiciaire à leur état de santé, leur pathologie ne justifie pas qu'ils aient moins de droits que n'importe quel autre justiciable.

*Ces dispositions impactent de manière démesurée les services judiciaires qui à moyens constants de magistrats, de greffe mais également de matériel informatique portable, de véhicules de service,... ont absorbé au 1<sup>er</sup> aout 2011 le contrôle systématique à 15 jours puis tous les 6 mois des hospitalisations sous contrainte, puis au 1<sup>er</sup> janvier 2013 le contrôle de légalité jusque-là soumis au juge administratif.*

*Dès lors que les juridictions le plus souvent n'ont pu acheter un fax dédié au JLD civil, permettant d'assurer la confidentialité de documents couverts par le secret médical, qui font pourtant l'objet d'un cryptage dans les transmission entre hôpitaux et ARS, on imagine mal comment ils pourront assurer ces audiences à l'hôpital même a fortiori avec des délais de réponse ne permettant pas une rationalisation des audiences.*

Concernant la visio-conférence, dont tous s'accordent à dire qu'elle n'est pas adaptée aux patients atteints de certains troubles psychiatriques, la proposition de loi prévoit qu'il ne peut y être recouru qu' « en cas de nécessité ».



Il convient néanmoins de rappeler que si le recours à la visio-conférence est très limité au plan national, sur certains ressorts il est quasi-systématique, faute pour l'autorité judiciaire de pouvoir se déplacer, faute de salle spécialement aménagée et faute pour l'hôpital de pouvoir transférer les patients.

Il est à craindre, au vu des nouvelles contraintes légales, que ces situations malheureusement se multiplient. A trop vouloir renforcer les droits sur le papier sans s'assurer des moyens mis à disposition pour leur respect, c'est au contraire un amoindrissement des droits qui risque de se produire.

### **3 – La publicité de l'audience**

Dans les juridictions il est assez rare que du public extérieur vienne assister à ce type d'audiences. Toutefois, il est assez fréquent, au vu de l'engorgement du JLD, qu'un patient ou sa famille assiste aux audiences qui précèdent l'examen de son dossier.

Lorsque l'audience a lieu à l'hôpital même, cette difficulté est encore accrue. Ainsi, il ne s'agit plus de regard d'un tiers à la cause, capable de s'assurer du respect par le juge des règles d'un procès équitable, mais de l'information, le cas échéant, de patients du même établissement sur les causes de l'hospitalisation d'un autre patient, les détails de sa maladie, etc...

L'USM entend les observations des patients, de leur famille, et des médecins sur le caractère perturbant de la publicité des débats pour les patients.

Viennent ainsi en concurrence deux principes fondamentaux.

- Soit on envisage, s'agissant de personnes malades, vulnérables à raison de leur pathologie mentale, et donc de personnes à protéger, des dispositifs de publicité restreinte voire de huis clos, comme c'est le cas en matière de jugement des mineurs (enfance en danger ou mineurs délinquants, y compris en cas de privation de liberté) ou encore de mesure de protection des majeurs ;
- Soit on considère le patient comme un citoyen/justiciable à part entière et l'audience doit donc être publique, respectant ainsi les règles fixées par la CEDH pour un procès équitable.

La loi du 5 juillet 2011 avait posé pour principe la publicité de l'audience.

La mission parlementaire avait formé une proposition inverse, sauf demande contraire de la personne faisant l'objet de soins ou de son avocat.

*« Les consultations préalables à l'établissement de la proposition de loi ont fait apparaître que s'agissant d'un contrôle établi dans l'intérêt de la protection de la liberté individuelle dont le juge est le gardien constitutionnel en application de l'article 66 de la Constitution, la publicité était nécessaire. Cette nécessité est renforcée quand les audiences se tiennent sous l'emprise de l'hôpital et non au palais de justice. Elle participe de la manifestation de l'indépendance de la justice ».*

La proposition de loi prévoit donc le principe de la publicité avec la possibilité d'y déroger notamment à la demande d'une des parties, sans qu'il soit expressément prévu de motivation

particulière, en dehors des cas prévus par la loi (« *s'il doit résulter de leur publicité une atteinte à l'intimité de la vie privée, si l'une des parties le demande ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice* »). En cas de demande d'une des parties, le juge doit y donner suite.

L'USM rappelle néanmoins que c'est justement lorsque les audiences se tiennent à l'hôpital que la présence du public est la plus souvent néfaste, s'agissant des voisins de chambrées des patients. L'exception risque donc, comme c'est le cas actuellement, d'être retenue dans la majeure partie des cas.

Pour autant les dispositions prévues sont conformes aux règles du procès équitable. Elles rendent d'autant plus cruciale la question des possibilités d'accès de tout tiers, librement, à la salle d'audience.

#### **4 – La présence de l'avocat**

L'USM a toujours indiqué que bien que s'agissant de personnes majeures, celles-ci, du seul fait de leur hospitalisation et de l'entrave qu'elle entraîne à leur liberté d'aller et venir, devaient être en mesure de faire choix d'un avocat et, qu'à défaut, il leur en soit désigné un d'office.

La loi du 5 juillet 2011 a prévu la possibilité pour le patient d'être assisté d'un avocat, et, le cas échéant, de bénéficier de l'aide juridictionnelle. Seul le patient ne pouvant assister à l'audience pour motif médical avait droit d'office à un avocat.

Bien que la personne soit hospitalisée parce qu'elle est présumée refuser des soins, la loi prévoyait qu'elle était néanmoins dans un « *état (lui) permettant de renoncer à l'assistance d'un avocat. Le maintien de cette situation n'étant pas souhaitable, la proposition de loi y remédie* » (cf exposé des motifs de la présente proposition de loi). L'article L3211-12-2 du CSP est ainsi modifié et prévoit que la personne « *doit être assistée d'un avocat ou représentée par celui-ci* ».

Tout comme le renforcement du formalisme et le raccourcissement des délais d'intervention de l'autorité judiciaire ne sont en rien une garantie d'un contrôle effectif, imposer la présence de l'avocat ne garantira en rien sa présence....

Si à l'issue de quelques mois d'application de la loi, le taux de présence des avocats, lorsque le patient souhaitait être assisté, était de 87%, 95% des conseils intervenaient au titre de l'aide juridictionnelle.

Toutefois, cette assistance était très variable d'un ressort à l'autre. Ainsi, la présence de l'avocat était quasi exclue dans les juridictions des DOM-COM.

Depuis, certains barreaux ont fait connaître leur hostilité de principe à cette présence au titre de l'aide juridictionnelle, comme par exemple à LILLE, où les avocats n'assistent plus les patients.

Enfin, alors que dans bon nombre de barreaux, l'avocat est également de permanence pénale, entraînant de longs délais d'attente, le transfert des audiences à l'hôpital ne fera qu'augmenter

la contrainte pour les avocats et, par suite, le risque que, dans les faits, la personne ne soit pas assistée.

*L'impact pour le budget du ministère de la justice est indéniable, même avec maintien du montant de l'UV :*

- *Augmentation du nombre de dossiers donnant lieu à saisine du fait de la réduction des délais ;*
- *Passage de 87 à 100 % de patients assistés d'un avocat.*

*Or, sans nul doute les barreaux n'accepteront pas la contrainte supplémentaire liée au déplacement à l'hôpital sans, en contrepartie, une augmentation de l'aide juridictionnelle, le CNB ayant fait valoir devant la mission parlementaire que si le montant actuel de l'indemnisation était de 92,72 euros, le coût réel de l'assistance était évalué à 525 euros en première instance et 475 euros en appel...*

*Ainsi, en cas d'assistance systématique au titre de l'AJ, à raison de 36 051 audiences par an dans le cadre du contrôle actuel à 15 jours, cela représenterait un coût de 3,343 millions d'euros et 4,116 millions dans le cas d'un contrôle à 10 jours (44 394 hospitalisations maintenues à 10 jours en 2012), soit 773 000 euros de plus à budgéter.*

*Si les demandes du CNB étaient suivies, pour les seules procédures devant le TGI le cout serait de 18,927 millions pour un contrôle à 15 jours, 23,307 millions à 10 jours.*

*Si les fonctionnaires et magistrats, quelle que soit leur charge, et dès lors qu'on ne procède à aucun recrutement, permettent d'absorber toutes les réformes, quel que soit leur impact, à coût quasi constant, l'indemnisation à prévoir au titre de l'assistance systématique, que nous estimons indispensable, a un coût conséquent qu'il est essentiel de prendre en considération sur la question des délais d'intervention de l'autorité judiciaire.*

## **5 – Les points soulevés par la décision du Conseil Constitutionnel du 20 avril 2012 concernant les personnes hospitalisées ou ayant été hospitalisées en UMD ou à la suite d'une décision constatant leur irresponsabilité pénale**

### **5.1 - Le régime spécifique de levée d'hospitalisation d'une personne ayant séjourné en UMD**

Dans la loi du 5 juillet 2011, est en effet prévu un régime spécifique pour lever une mesure d'hospitalisation sous contrainte d'une personne hospitalisée en UMD ou y ayant séjourné au cours des dix années précédentes.

Dans ce cadre, la mesure d'hospitalisation ne peut être levée qu'après :

- L'avis d'un collègue (un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un psychiatre n'y prenant pas part, un membre de l'équipe pluridisciplinaire assurant la prise en charge du patient)
- Deux avis concordants de deux experts psychiatres.

Le Conseil Constitutionnel, dans sa décision du 20 avril 2012, n'a pas dit que ces dispositions n'étaient pas conformes à la Constitution, mais que ce régime spécifique, lié à la dangerosité de l'intéressé, ne présentait pas les garanties suffisantes, s'agissant d'une décision médicale d'orientation vers une structure spécialisée, entraînant l'application d'un régime dérogatoire plus attentatoire aux libertés que le régime de droit commun.

L'USM s'était déclarée favorable à un alignement de la procédure de levée des hospitalisations sous contrainte de personnes ayant été placées en UMD sur le régime de droit commun, s'agissant d'une modalité de prise en charge médicale.

Ce qui compte en effet, c'est l'état du patient au moment où le juge doit statuer sur le bien-fondé de l'hospitalisation en cours. Cette orientation en UMD fait partie des éléments que les médecins, et le juge doivent bien évidemment prendre en compte.

Le cas échéant le juge doit pouvoir s'entourer d'avis complémentaires, l'USM ayant toujours été favorable au renforcement des moyens d'investigation du juge le cas échéant par le recours à une expertise collégiale, ce que les délais fixés par la loi ne permettent en l'état pas (la difficulté tient au fait que dans la plupart des cas, l'expert du département est un praticien de l'établissement où est hospitalisé le patient, le recours à un médecin d'un autre département étant rendu plus compliqué par la charge actuelle des experts, ne leur permettant pas toujours de se déplacer et de rendre un rapport dans des délais très contraints).

L'USM est donc favorable à l'article 4 de la proposition de loi sur ce point, qui fait disparaître toute référence à l'orientation en UMD dans les dispositions de l'article L3211-12 du CSP prévoyant l'avis du collège et de deux experts avant toute décision de levée de certaines hospitalisations.

*Ces dispositions n'ont pas d'impact direct sur les services judiciaires.*

## **5.2 - La suppression du statut légal des UMD**

La proposition de loi envisage de renvoyer à des dispositions réglementaires le statut des UMD, actuellement prévu par l'article L3222-3 du Code de la Santé Publique.

L'USM n'y a pas d'opposition de principe mais émet néanmoins une vive inquiétude.

Ces structures ont vocation à accueillir des patients particulièrement dangereux pour eux-mêmes et surtout pour autrui, et nécessitent donc un encadrement renforcé, par des personnels expérimentés, dans des locaux plus sécurisés.

Certes, le fait que ce statut spécifique relève à l'avenir du règlement plutôt que de la loi n'entraîne pas pour autant la disparition des UMD. Pour autant, s'agissant de structures coûteuses, il convient pour le moins de s'assurer que le ministère de la santé ne puisse pas les supprimer par simple décret, du jour au lendemain, pour des questions d'économies budgétaires.

Les patients hospitalisés en UMD ne relèvent en effet pas nécessairement d'autres structures, qu'elles soient les structures de soin de droit commun, inadaptées à ces personnes, ou qu'il s'agisse de structures fermées (UHSI, UHSA) lorsque le patient n'a fait l'objet d'aucune condamnation pénale.

L'USM insiste donc sur la nécessité du maintien de ces structures dans les faits, quel que soit leur régime juridique.

*Ces dispositions n'ont pas d'impact direct sur les services judiciaires.*

### **5.3 – Le régime de levée d'hospitalisation des personnes pénalement irresponsables**

La levée d'hospitalisation des personnes déclarées pénalement irresponsables relève, aux termes de la loi du 5 juillet 2011, du même dispositif que la levée des personnes ayant séjourné en UMD : avis du collègue et avis concordants de deux experts psychiatres.

Comme l'avait suggéré l'USM devant le Parlement en 2011, un « droit à l'oubli » a été instauré par la loi du 5 juillet 2011, et ce régime juridique renforcé n'est applicable que si la déclaration d'irresponsabilité est intervenue au cours des dix années précédant le levée d'hospitalisation envisagée.

Le Conseil Constitutionnel saisi sur QPC, dans sa décision du 20 avril 2012, a estimé que l'existence même de ce régime dérogatoire n'était pas inconstitutionnelle, mais qu'elle devait s'entourer de garanties légales contre le risque d'arbitraire.

Pour tenir compte de la décision du Conseil Constitutionnel, la proposition de loi :

- Transfère dans la loi la garantie des droits des irresponsables pénaux, qui relevait jusque-là du règlement (modification de l'article L3213-7 du CSP prévoyant une information de la personne sur l'avis d'irresponsabilité pénale et les suites que peut y réserver l'autorité préfectorale, ainsi que sur les conséquences sur les conditions de levée de la mesure) ;
- Propose que ce régime renforcé ne soit applicable qu'aux personnes ayant commis des faits pour lesquels les peines encourues sont d'au moins 5 ans d'emprisonnement s'agissant d'atteintes à la personne, et de dix ans d'emprisonnement s'agissant d'atteintes aux biens (article de la proposition de loi, modifiant l'article L3211-12 du CSP).

L'USM, lors de son audition par la mission parlementaire, s'était montrée favorable à un alignement sur le régime de droit commun, estimant là encore que ces éléments étaient nécessairement pris en considération dans l'avis des médecins et dans l'avis du JLD, mais qu'il convenait une fois encore de renforcer les possibilités d'investigation de celui-ci.

A défaut, elle avait suggéré que le régime de levée d'hospitalisation des personnes ayant fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale soit différencié suivant la peine encourue au titre de l'infraction suite à laquelle a été prononcée l'irresponsabilité de la personne et que la durée du 'droit à l'oubli' tienne en outre compte du délai de prescription de l'infraction au titre de laquelle la personne a été déclarée irresponsable.

Une déclaration d'irresponsabilité intervenue au titre de dégradations légères ne peut en effet entraîner la mise en œuvre d'un régime dérogatoire au même titre qu'une déclaration d'irresponsabilité pour meurtre.

L'USM maintient ses observations.

*Ces dispositions n'ont pas d'impact direct sur les services judiciaires.*

## **6 – Les sorties d’essai**

La loi de 1990 organisait pour les personnes hospitalisées sous contrainte, la possibilité de « sorties d’essai » qui permettaient au médecin, dans le cadre du processus de soins, d’autoriser des « sorties tests » favorables au travail de réadaptation ou de réinsertion sociale du patient, et permettant également d’apprécier ses capacités d’adaptation dans un cadre moins contraint et/ou sécurisant pour lui.

La loi du 5 juillet 2011 prévoit quant à elle la possibilité de sorties accompagnées d’une durée de 12 heures maximum.

Les sorties d’essai n’existent plus en tant que telles dans la loi et donnaient donc lieu, après le retour dans l’établissement de soins, à une reprise d’hospitalisation avec établissement de tous les certificats prévus par les textes et contrôle de l’autorité judiciaire dans les 15 jours.

De fait, les médecins n’y avaient plus que très peu recours à raison de ce formalisme accru.

Les sorties accompagnées sont quant à elles réduites, du fait du manque de personnels hospitaliers, l’autorité préfectorale se montrant en outre très scrupuleuse sur la nature du lien unissant le tiers et le patient. Ainsi il est actuellement rare que le patient puisse sortir de l’établissement et que l’équipe médicale puisse apprécier de sa capacité de sortie définitive.

La proposition de loi propose de les réintroduire, estimant qu’il s’agit d’un dispositif très utile pour apprécier de l’évolution du patient.

L’USM est tout à fait d’accord avec ce constat et s’est toujours montrée favorable au maintien de réelles sorties d’essai.

En ce sens l’article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi vient modifier les dispositions de l’article L 3211-2-1 du code de la santé publique pour prévoir que la personne prise en charge peut l’être soit sous forme d’une hospitalisation complète, *« soit sous une autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement psychiatrique, et, le cas échéant, des séjours à temps complet, ou non, effectués dans un établissement de ce type »*.

En outre, l’article L3211-11-1 du CSP est également modifié pour prévoir, outre les sorties accompagnées (par un personnel de l’établissement, un membre de la famille ou le tiers digne de confiance) pour une durée de 12 heures, une possibilité de sorties non accompagnées d’une durée maximale de 48 heures, ces deux types de sortie étant *« sans effet sur la forme de la prise en charge et sur la computation des délais »* pour le contrôle par l’autorité judiciaire.

La proposition de loi modifie en outre les conditions dans lesquelles l’autorité préfectorale peut s’opposer à une telle sortie (accompagnée ou non) pour un patient hospitalisé à son initiative. Alors que cette opposition pouvait intervenir sans aucune forme et jusqu’au moment-même de la sortie, la proposition de loi prévoit que la décision soit désormais motivée et intervienne au plus tard 12 heures avant l’heure prévue pour la sortie.

Rien n’est toutefois prévu en cas de désaccord entre les médecins et l’autorité préfectorale.

Pourtant, comme l'USM n'a de cesse de le répéter, l'hospitalisation sous contrainte ne doit répondre qu'à un impératif de soins. L'USM est d'ailleurs favorable à la suppression du régime spécifique d'hospitalisation « d'office » sur décision de l'autorité préfectorale. Au pire, si le préfet peut être à l'initiative de l'hospitalisation, comme peut l'être n'importe quel tiers, la levée de l'hospitalisation et l'évolution de la prise en charge ne doivent dépendre que d'un motif médical.

La sortie d'essai fait partie du processus de soins et démontre d'ailleurs la volonté du médecin, si la sortie d'essai se montre concluante, à court ou moyen terme, de lever l'hospitalisation. Elle est donc favorable au patient.

L'autorité judiciaire, lors du contrôle systématique suivant sera informée de l'existence de ces sorties d'essai et de la manière dont elles se sont déroulées et en tiendra compte dans sa décision, sans qu'il soit nécessaire de prévoir qu'elle statue après chacune de ces sorties, ce qui aurait pour effet pervers de dissuader les psychiatres d'envisager ces sorties « tests ».

Concernant le programme de soins, l'USM s'étonne de la disposition prévoyant expressément qu' « aucune mesure de contrainte liée à l'administration des soins ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge dans les conditions prévues au 2<sup>ème</sup> du I » (en ambulatoire ou dans le cadre de sorties d'essai) mais seulement dans le cadre de l'hospitalisation complète. Elle s'interroge sur ce que recouvre alors la notion de soins sans consentement en ambulatoire puisque si le patient peut librement refuser le traitement, c'est bien que le soin n'est pas sous contrainte....

Ces dispositions nous apparaissent dangereuses en termes de respect des libertés. En effet, si le fait de contraindre un patient à prendre son traitement lui permet de ne pas être hospitalisé, de mener une vie sociale, familiale... cette situation nous semble moins attentatoire à ses libertés que le fait d'être hospitalisé ET contraint de prendre son traitement. De plus, si le patient, même contraint, comprend que ses conditions de vie sont plus satisfaisantes hors de l'hôpital et avec traitement, cela permet à terme d'espérer qu'il consente aux soins.

Cela pose en outre plus largement la question du contrôle des soins sans consentement hors hospitalisation. Si le parallèle avec la sphère pénale n'est pas heureux, nul ne s'offusque de l'intervention du juge dans le cadre d'un contrôle judiciaire imposant obligations et interdictions, ou encore dans une mesure d'assignation à résidence pour un étranger en situation irrégulière. Bien que ne s'agissant pas d'une privation complète de liberté, il existe une entrave à la liberté d'aller et venir, et à certaines libertés individuelles qui justifient pleinement le contrôle du juge.

## **7 – Hospitalisation libre en orientation en UHSA**

Partant du constat que la loi du 5 juillet 2011 a été interprétée comme ne permettant pas la prise en charge en Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) des personnes détenues atteintes de troubles mentaux que sous le régime de l'hospitalisation sous contrainte, la proposition de loi vient au contraire affirmer qu'UHSA et hospitalisation libre ne sont pas incompatibles.

L'USM est d'accord sur le principe.

Néanmoins, il convient de rappeler que tout comme pour les patients libres, le nombre de lits en psychiatrie est particulièrement restreint en détention, que ce soit en SMPR, en UHSI ou en UHSA. Le nombre des UHSA est encore très limité, et l'orientation en UHSA ne peut résulter que de la seule volonté du patient, l'orientation dans certains UHSA correspondant en outre à certaines problématiques psychiatriques.

Le patient détenu peut donc demander à être orienté dans une telle structure, mais le fait de le demander ne peut constituer un droit acquis. Cette orientation doit correspondre à une orientation médicale.

La modification prévue à l'article 10 de la proposition de loi de l'article L3214-2 du CSP n'appelle pas d'observation en ce qu'elle prévoit qu'en cas de levée d'une hospitalisation sous contrainte d'une personne hospitalisée en UHSA, le patient peut demeurer dans cette structure s'il le souhaite. Sur ce point, s'agissant de la poursuite des soins engagés, l'USM y est favorable.

### **Conclusion**

Si certaines dispositions n'appellent pas d'opposition de l'USM, s'agissant pour certaines de reprises des propositions qu'elle avait pu former avec le SPH, d'autres au contraire apparaissent contraires à l'intérêt du patient en ce sens qu'elles ne conduiront qu'à l'exercice d'un contrôle purement formel.

Trop nombreuses malheureusement sont les juridictions où le contrôle se fait uniquement par voie de visio-conférence, voire, sans que le patient assiste à l'audience et sans qu'il ait rencontré son avocat.... Dans d'autres cas, les statistiques ne peuvent montrer les limites de ce contrôle, les audiences se tenant en présence du patient, et parfois même à l'hôpital, mais le temps consacré à chacune de ces audiences (dans certaines juridictions, en moyenne, une dizaine de minutes entre l'entrée du patient dans la salle et la notification de la décision) ne permet ni un contrôle réel, ni de donner le sentiment au patient que sa situation a été examinée dans des conditions normales.

Plus qu'un contrôle accru dans les textes mais vide de sens, l'USM préconise le maintien des dispositions actuelles dans l'attente d'un renforcement des moyens, notamment d'investigation, renforçant l'effectivité du contrôle.

Plutôt qu'une réforme partielle, l'USM appelle le parlement à une réflexion de grande ampleur, englobant en outre des problématiques non traitées par la présente proposition de loi et qui constitueraient pourtant une avancée plus notable.

La proposition de loi n'aborde nullement des questions pourtant essentielles que l'USM avait reprises dans sa note du 21 février 2013 développées lors de son audition par la mission parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie :

- La suppression de la notion de trouble à l'ordre public et de l'intervention du préfet, une hospitalisation ne pouvant résulter que d'une nécessité de soins ; la mission parlementaire n'avait pas exclu cette idée ;



- L'extension du contrôle aux soins ambulatoires sans consentement ;
- Le contrôle des hospitalisations des mineurs en psychiatrie (en l'état du droit, un mineur n'a pas à consentir à une hospitalisation, et celle-ci, demandée par ses parents, représentants légaux, est présumée volontaire), la mission parlementaire ayant considéré cette question comme importante

Enfin, l'USM demande au Parlement d'envisager en tout état de cause une entrée en vigueur de la présente loi permettant une adaptation des services.

Le bureau de l'Union Syndicale des Magistrats