

Assemblée nationale
XIV^e législature
Session extraordinaire de 2012-2013

Compte rendu
intégral

Première séance du jeudi 25 juillet 2013

Présidence de M. Denis Baupin

(...)

4. Soins sans consentement en psychiatrie

PRESENTATION

[M. Denys Robiliard, rapporteur de la commission des affaires sociales](#)

[Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé](#)

[Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales](#)

DISCUSSION GENERALE

[M. Édouard Fritch](#)

[M. Jean-Louis Roumegas](#)

[Mme Jeanine Dubié](#)

[Mme Jacqueline Fraysse](#)

[M. Gérard Sebaoun](#)

[M. Bernard Accoyer](#)

[Mme Kheira Bouziane](#)

[M. Jérôme Guedj](#)

[M. Denys Robiliard, rapporteur](#)

[Mme Marisol Touraine, ministre](#)

DISCUSSION, APRES ENGAGEMENT DE LA PROCEDURE ACCELEREE, D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la discussion, après engagement de la procédure accélérée, de la proposition de loi de M. Bruno Le Roux relative aux soins sans consentement en psychiatrie (n^{os} 1223, 1284).

PRESENTATION

M. le président. La parole est à M. Denys Robiliard, rapporteur de la commission des affaires sociales.

M. Denys Robiliard, *rapporteur de la commission des affaires sociales.* Monsieur le président, madame la ministre des affaires sociales et de la santé, madame la présidente de la commission des affaires sociales, mesdames, messieurs, il me revient donc, en qualité de rapporteur de la proposition de loi tendant à modifier la loi du 5 juillet 2011, de prendre la parole en premier.

Dans son rapport de mars 1837, Vivien, député de Saint-Quentin extra-muros, ancien préfet de police, écrivait sur la future loi de 1838 : « Nous n'avons pas voulu faire une loi judiciaire de procédure, une loi de chicane, nous avons considéré d'abord l'intérêt du malade. » Depuis la Chambre des Pairs, Portalis lui répondait, le 8 février 1838 : « Nous ne faisons pas une loi pour la guérison des personnes atteintes d'aliénation mentale, nous faisons une loi d'administration de police et de sûreté. »

La loi du 5 juillet 2011 a laissé, dans le monde de la psychiatrie notamment, une image de loi de police centrée sur le concept de dangerosité. Faisant suite au discours d'Antony du Président Sarkozy, elle a multiplié les avis pour les sorties d'hospitalisation des patients ayant passé un an ou plus en unité pour malades difficiles – les UMD – et des irresponsables pénaux et a étendu la contrainte hors les murs de l'hôpital à travers la notion de programme de soins. Vivien aurait sans doute vu dans cette notion l'intérêt du malade à travers la recherche de la continuité des soins.

Cette constance des regards et des postures intéresserait sans doute les structuralistes. Toutefois, ni Vivien ni Portalis n'auraient imaginé le contrôle judiciaire systématique des décisions d'hospitalisation sous contrainte institué par la loi du 5 juillet 2011, et ce pour satisfaire la Constitution telle qu'interprétée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 26 novembre 2010. Cette loi du 5 juillet a en effet été mise en œuvre dans des délais extrêmement brefs pour contenter le Conseil constitutionnel. En effet, adoptée le 5 juillet, elle est entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Nous devons à cet égard nous féliciter de la qualité et de l'intensité de la mobilisation des professionnels qui sont parvenus à la mettre en œuvre sans trop de difficultés, en dépit du très court laps de temps dont ils ont bénéficié en plein été.

C'est à nouveau le Conseil constitutionnel qui nous conduit à légiférer aujourd'hui. Comme vous le savez, par sa décision du 20 avril 2012 rendue sur une question prioritaire de constitutionnalité déposée par le CRPA, le Conseil constitutionnel a invalidé une partie des dispositions relatives aux UMD et aux irresponsables pénaux. Les garanties assurant le statut des patients, telles qu'elles figuraient dans la loi, n'étaient pas, de son point de vue, satisfaisantes.

Nous avons légiféré avec un parti pris : il n'existe pas de contradiction entre les intérêts du malade – en premier lieu, celui d'être soigné – et ceux de la société. Forts de cette conviction, nous avons d'abord examiné le régime de l'hospitalisation sous contrainte et, ensuite, les modalités de son contrôle judiciaire.

Concernant, en premier lieu, les modifications proposées au régime des soins sans consentement, il convient d'acter l'analyse du Conseil constitutionnel, lequel considère que les soins sans consentement ne sont pas susceptibles de contraintes, sauf dans le seul cas de l'hospitalisation complète. L'article 1^{er} reprend cette analyse et précise les modalités selon lesquelles nous entendons modifier la loi du 5 juillet 2011.

Nous avons eu le choix de légiférer ou non sur les UMD et les responsables pénaux. Si nous avons décidé de ne pas légiférer, le régime de droit commun se serait appliqué sans qu'il n'y ait de conditions particulières tant pour les malades en UMD que pour les irresponsables pénaux. Tel n'a pas été notre choix. S'il nous a semblé que ces unités n'avaient pas à relever de la loi, nous avons, en revanche, pensé qu'il était nécessaire de maintenir un statut spécifique pour les irresponsables pénaux.

Pourquoi supprimer le régime légal des UMD ? Une telle structure est certes sécurisée, mais elle est une unité où sont prodigués des soins intensifs. L'encadrement y est particulièrement important, puisque le personnel médical et paramédical est trois à quatre fois plus nombreux que dans les services habituels de psychiatrie. Un dispositif soignant ne saurait, de mon point de vue, être un critère de discrimination à la sortie d'une hospitalisation sous contrainte. C'est la raison pour laquelle nous proposons la suppression du régime légal des UMD, sachant que celles-ci sont bien entendu maintenues et que les soins y seront toujours apportés avec efficacité. Il est, en effet, assez remarquable de constater que le lien humain permet de soigner, comme en témoigne le parcours des patients en UMD.

Nous avons souhaité par ailleurs maintenir, pour les irresponsables pénaux, un régime similaire, les garanties relevant cependant désormais du domaine de la loi et non, comme à l'heure actuelle, du domaine réglementaire. Cette mesure ne concernera toutefois que les infractions les plus graves commises par des irresponsables pénaux.

C'est pourquoi la proposition de loi propose de maintenir le régime actuel en renforçant les garanties légales mais en les limitant aux auteurs d'infractions encourant une peine de plus de cinq ans pour les atteintes à la personne et de plus de dix ans pour les atteintes aux biens.

Pour le régime de l'hospitalisation, il faut rétablir le régime des courtes sorties non accompagnées. Un tel régime n'existant plus, cela oblige à établir un programme de soins pour une très brève période et à réinitialiser tout le processus avec toute sa lourdeur.

Enfin, nous explicitons les modalités d'hospitalisation des détenus malades mentaux compte tenu de problèmes d'interprétation.

Seconde partie, les modifications proposées au contrôle judiciaire. Soyons clairs, nous travaillons sur une loi qui n'a pas encore deux ans d'application puisqu'elle n'est entrée en vigueur que le 1^{er} août 2011. M. Lefrand et M. Blisko ont fait un rapport sur les difficultés d'application, M. Lefrand ayant été le rapporteur de la loi du 5 juillet 2011. Dans la seule première année d'application, il y a eu 62 823 saisines. Le contentieux est très inégalement réparti puisque, à elles seules, vingt-huit juridictions totalisent plus de la moitié des décisions rendues.

Le rapport Blisko faisait différentes propositions, qui ont été reprises pour l'essentiel par la mission « santé mentale et avenir de la psychiatrie » et qui portent sur le lieu et la forme de l'audience, mais il y a d'abord la question du délai du contrôle judiciaire. Nous sommes aujourd'hui à quinze jours. Les certificats médicaux et le premier avis sur la poursuite de l'hospitalisation interviennent dans les soixante-douze heures de l'admission en soins. Il nous semblait possible de réduire ce délai – nous pourrions en débattre.

Compte tenu du temps qui m'est imparti, je ne vais pas dresser la liste des documents de contrôle, mais il nous paraît possible de supprimer au moins le certificat dit du huitième jour, parfaitement redondant avec les certificats précédents.

Sur le lieu du contrôle, tous les avis sont cohérents et concordent, c'est à l'hôpital que le contrôle est le plus facile et le plus opportun pour les patients. Le principe doit donc être que l'audience se tient à l'hôpital et, si une mutualisation ne doit pas être impossible, elle doit cependant rester exceptionnelle. C'est bien au lieu d'hospitalisation du patient que doit s'exercer le contrôle, dans des conditions garantissant évidemment la justice.

S'agissant de la publicité, la mission dont je suis le rapporteur préconisait que les audiences aient lieu en chambre du conseil, mais il est apparu dans les discussions préalables à l'établissement de la proposition de loi que la publicité était importante non seulement parce qu'il s'agissait de libertés individuelles mais également parce qu'il fallait affirmer l'indépendance de la justice quand elle siège dans une enceinte hospitalière. Nous proposons donc que la publicité soit maintenue mais que la chambre du conseil soit de droit sur simple demande du patient ou de son avocat.

Enfin, l'assistance systématique d'un avocat est nécessaire. Il nous paraît singulier de considérer qu'une personne faisant l'objet d'un contrôle judiciaire parce que son état mental ne lui permet pas de consentir aux soins qui lui sont nécessaires pourrait être présumée comme ayant l'état mental permettant de choisir de recourir ou non à un avocat.

Ainsi que vous le savez, madame la ministre, cette proposition de loi est le fruit d'une collaboration intense avec le Gouvernement. Elle ne prétend pas à l'exhaustivité. La réflexion de la mission dont je suis le rapporteur continue, et nous aurons ensemble à retravailler sur les dispositions relatives à la santé mentale que chacun attend dans la future grande loi de santé publique. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC, écologiste et GDR.*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales et de la santé.* Monsieur le président, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs, je tiens, puisque nous engageons un débat qui a une grande importance, même si l'ambition de ce texte est limitée, à saluer l'excellent travail mené à l'initiative de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Vous avez créé il y a environ huit mois une mission d'information « santé mentale et avenir de la psychiatrie ». L'engagement des parlementaires ayant travaillé au sein de cette mission nous permet aujourd'hui d'avancer de manière concrète.

Je veux tout particulièrement relever le travail remarquable accompli par le rapporteur de cette mission, rapporteur de cette proposition de loi, Denys Robiliard, et l'engagement de son président, Jean-Pierre Barbier. C'est ce qui nous permet, je le répète, d'avancer concrètement sur un sujet qui concerne évidemment au premier chef les malades et leurs familles mais également l'ensemble de notre société.

La mission a décidé dans un premier temps de concentrer ses travaux sur la question spécifique des soins sans consentement, à la suite des décisions rendues par le Conseil constitutionnel sur deux dispositions de la loi du 5 juillet 2011. Vous auriez pu en rester là. Néanmoins, vous avez souhaité aller au-delà d'une simple mise en conformité, afin de faire progresser encore les conditions dans lesquelles s'exercent les soins sans consentement. Vous l'avez souligné, monsieur le rapporteur, le travail avec le Gouvernement a été intense, direct, et le Gouvernement soutient pleinement la démarche qui a été la vôtre. Il ne s'agit pas, je l'ai dit, d'une simple loi de mise en conformité même si des dispositions de mise en conformité ont évidemment leur place dans le texte. Il ne s'agit pas non plus d'une refonte totale des lois s'appliquant à la santé mentale. J'ai eu l'occasion de m'exprimer sur ce point à plusieurs reprises, la santé mentale fera l'objet d'une attention particulière dans la loi qui mettra en œuvre la stratégie nationale de santé. Il s'agit donc d'un point d'étape, qui marque l'importance que, comme le Gouvernement, vous accordez à la santé mentale.

Un rapport d'étape, présenté devant la commission le 29 mai dernier, a dressé un état des lieux et établi une liste de préconisations. C'est à partir de ce travail que nous pouvons avancer.

Dans notre société, la maladie mentale est trop souvent appréhendée comme une inquiétante étrangeté, pour reprendre l'expression de Freud, inquiétante car elle reste trop souvent méconnue, étrangeté, car la différence de l'autre constitue encore une grande barrière à l'échange.

Il est vrai que les troubles psychiques recouvrent des réalités complexes et diverses. Celles et ceux qui en souffrent doivent d'abord être considérés comme des personnes malades. Chaque mot a son importance : des « personnes », car nous avons parfois tendance dans notre société à considérer que les malades souffrant de troubles mentaux ne sont plus des personnes à part entière ; des « malades », car ces personnes doivent être traitées comme telles et non comme des facteurs de trouble à l'ordre public.

Notre devoir est de prendre en compte leur vulnérabilité, en gardant toujours à l'esprit un constat : les personnes souffrant de troubles mentaux sont d'abord des victimes de violences, bien plus fréquemment qu'elles n'en sont les auteurs. Cette vulnérabilité est d'abord celle de la souffrance physique, psychique. La maladie mentale évolue tout au long de la vie. Elle est entrecoupée d'épisodes de crises et de périodes d'amélioration. Il y a également la vulnérabilité sociale. On ne dira jamais assez que tout est rendu plus difficile pour ces personnes malades. Les entraves du quotidien sont innombrables pour suivre un cursus scolaire, pour trouver un emploi ou un logement. Il y a, enfin, le courage des familles et des proches qui les accompagnent et les soutiennent chaque jour, et doivent eux aussi être accompagnés et soutenus.

Les soins dits sans consentement constituent, il faut le rappeler, une minorité des soins en psychiatrie. Ils n'ont pas pour objet de forcer ou de contraindre ceux qui ne le souhaitent pas à se soigner. Ils visent à prendre en compte une spécificité de la maladie mentale, qui ne permet pas toujours au patient d'adhérer d'emblée à la démarche de soins. Pourtant, le malade peut représenter un danger, pour lui sûrement, pour les autres parfois. Nous avons donc la responsabilité de trouver un juste équilibre entre les libertés individuelles, qui ne peuvent être déniées à la personne malade, les soins et l'ordre public.

La loi du 5 juillet 2011 est marquée par une inspiration sécuritaire. L'instauration d'une sorte de casier psychiatrique ou le renforcement des conditions de levée des mesures pour les malades hospitalisés en unités pour malades difficiles illustrent bien cette dérive. Personne, dans cet hémicycle, ne peut avoir oublié que cette loi a été décidée dans l'urgence, en réaction à une série de faits divers. La mobilisation du milieu de la psychiatrie était d'ailleurs à la hauteur du refus d'une démarche de stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

La loi de 2011 est aussi une loi complexe. Pour les professionnels, il n'a pas toujours été facile de mettre en œuvre ces nouvelles dispositions –et je pense non seulement aux professionnels de santé, mais aussi aux magistrats. Dans le même temps, elle comporte des avancées indéniables qu'il nous appartient de consolider.

Cette proposition de loi se fonde ainsi sur une philosophie, une approche nouvelle, qui place clairement le patient au cœur de la démarche. La révision des deux dispositions jugées contraires à la Constitution illustre bien ce parti pris.

Le texte prévoit ainsi de limiter l'application du régime plus strict de levée des soins sans consentement : celui-ci ne s'appliquera qu'aux irresponsables pénaux encourant un certain niveau de peine. En cas d'atteinte aux personnes, il concernera ceux qui ont fait l'objet d'une procédure pénale ayant entraîné une peine d'au moins cinq ans. Ce texte intégrera notamment l'ensemble des agressions sexuelles. S'agissant des atteintes aux biens, le régime plus strict concernera les personnes condamnées à au moins dix ans. Seuls les cas les plus graves, comme les destructions par incendie, relèveront de ce régime.

Ensuite, le texte que nous étudions propose de replacer les patients hospitalisés en unités pour malades difficiles, les UMD, dans le droit commun. Il s'agit à l'évidence d'une évolution profonde. En effet, la loi portée par le précédent Gouvernement faisait l'amalgame entre les malades difficiles et les malades dangereux. Il ne s'agit pas de nier qu'il peut exister des problèmes d'ordre public, mais la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques relève d'abord et avant tout d'un processus thérapeutique. Il était donc inconcevable de justifier des conditions de levée plus strictes pour des malades nécessitant avant tout des soins plus intensifs.

Mesdames, messieurs, il nous faut néanmoins aller au-delà, et c'est ce que vous avez souhaité, de la mise en conformité de la loi au regard de la décision du Conseil constitutionnel.

J'entends régulièrement les demandes des professionnels de santé, des soignants, des psychiatres, des directeurs d'établissement, mais j'entends aussi celles des associations, des patients et de leurs familles. La majorité d'entre eux met en évidence la nécessité de reconnaître de façon plus forte la place qui doit revenir aux patients, même lorsque ceux-ci souffrent de troubles mentaux. C'est toute l'ambition de la proposition de loi, qui vise à adapter la procédure judiciaire et le traitement aux spécificités de la maladie mentale.

Nous devons en effet améliorer la procédure judiciaire et, tout d'abord, faire en sorte qu'il soit tenu compte, dans le choix du lieu de l'audience, des besoins des malades. Le malade hospitalisé en psychiatrie n'est pas un justiciable comme les autres ; c'est pourquoi l'audience du juge des libertés et de la détention doit être adaptée à ses spécificités. Le tribunal n'est pas un lieu adapté aux personnes qui s'y rendent dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie. L'audience doit donc pouvoir se tenir dans l'établissement de santé, tout en respectant les principes de la procédure judiciaire, et ce sera le cas.

Adapter la procédure judiciaire, c'est également rendre pleinement effectif le droit à être défendu. Ce texte propose donc de rendre obligatoire la présence de l'avocat. C'est un point important sur lequel vous avez insisté, monsieur le rapporteur.

Enfin, adapter la procédure judiciaire, c'est garantir au patient qu'il sera protégé par le secret médical. La personne souffrant de troubles psychiques ou son avocat pourront désormais demander que l'audience ne soit pas rendue publique.

Par ailleurs, j'ai bien noté, monsieur le rapporteur, la demande que vous avez formulée dans votre proposition de loi de ramener le délai d'intervention du juge de quinze à dix jours. Il est bien entendu inacceptable que des personnes soient maintenues à l'hôpital, alors que leur état ne le justifie pas ou plus. Néanmoins, le juge a besoin d'un délai pour statuer et organiser l'audience dans des conditions satisfaisantes. Le recueil des avis médicaux, l'évaluation du mode de prise en charge par les professionnels de santé, ou encore l'organisation de la saisine du juge, tout cela aussi demande du temps. Et les agences régionales de santé, qui sont impliquées, ne seraient pas toujours en mesure de répondre dans des délais excessivement courts.

Il nous faut donc trouver un compromis. J'entends votre demande et je souhaiterais que vous entendiez celle du Gouvernement que le délai auquel nous aboutirons permette à la procédure de se dérouler dans de bonnes conditions qui apportent des garanties au patient lui-même. C'est la raison pour laquelle je présenterai un amendement ramenant ce délai à douze jours, un délai inférieur à celui qui existe aujourd'hui mais qui nous semble plus compatible avec les contraintes qui s'imposent à l'administration.

Le second chantier, c'est celui de l'adaptation de la procédure de soins. Je pense d'abord aux sorties de courte durée. Lorsque l'état de santé des malades le permet, ces sorties progressives sont essentielles pour leur permettre de se réinsérer ; elles sont un élément à part entière du traitement. Les sorties d'essai ont été supprimées par la loi du 5 juillet 2011. Sans réinstaurer des sorties qui pouvaient durer plusieurs mois, et dont on voit bien que leur principe même présente des difficultés, la loi doit permettre à une personne hospitalisée sans son consentement de pouvoir sortir à l'essai pendant une période courte, par exemple un week-end ; et cela doit pouvoir se faire sans qu'il soit nécessaire d'établir un programme de soins, qui n'a pas de sens dans ce cadre et génère des procédures administratives inutiles.

Ensuite, la loi doit permettre de rendre moins complexe la procédure actuelle, notamment le nombre de certificats médicaux exigés. Leur multiplicité n'est pas nécessairement gage de sécurité pour le malade. Le contrôleur général des lieux de privation de libertés, Jean-Marie Delarue, a fortement insisté sur la nécessité d'apporter des réponses dans ce domaine. Je sais que votre mission d'information l'a auditionné. Je souhaite que nous avancions, comme cela est proposé.

Enfin, cette proposition de loi permet de renforcer les droits. Elle précise, tout d'abord, la notion de soins sans consentement. Trop souvent, l'amalgame est fait, je l'ai dit, avec les soins sous contrainte. Ainsi, la loi précisera qu'un patient faisant l'objet d'un programme de soins ne peut être contraint, sauf à être réhospitalisé, ce qui est la logique même de cette procédure. Le texte rappelle aussi un principe fondamental : les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins avec leur consentement. Cela peut sembler une évidence à beaucoup de personnes, mais cela ne l'est pas suffisamment pour que nous n'ayons pas besoin d'apporter cette précision, qui avait été omise dans le texte de juillet 2011.

Mesdames et messieurs les députés, nous avons la responsabilité de faire progresser encore les conditions dans lesquelles s'exercent les soins sans consentement, en replaçant le patient au cœur de cette procédure. Responsables, nous le sommes devant les 50 000 personnes qui sont directement concernées, devant leurs proches et leurs familles. Nous le sommes également vis-à-vis de l'ensemble de nos concitoyens. Je vous appelle ainsi à soutenir cette proposition de loi. Votre soutien et votre implication en tant que parlementaires seront indispensables à la mise en œuvre de ces dispositions. *(Applaudissements sur les bancs des groupes SRC.)*

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

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, nous avons examiné, il y a plus de deux ans, un projet de loi qui portait sur les soins psychiatriques sans consentement. Ce texte avait suscité beaucoup de débats, car il était loin d'être la réforme globale attendue en matière de santé mentale, et avait été porté par une vision plus sécuritaire que sanitaire du sujet.

Tout le monde se souvient du discours de Nicolas Sarkozy, alors Président de la République, en décembre 2008, lors de la visite d'un hôpital psychiatrique à Antony. Ce discours, prononcé peu de temps après un fait divers dramatique survenu dans l'Isère, avait motivé l'écriture de la loi du 5 juillet 2011. Nombre de nos concitoyens souffrent d'une pathologie mentale, et bien des études montrent que l'on ne trouve pas plus de personnes dangereuses dans cette catégorie de la population ; elles sont même plutôt victimes que coupables, car leur état les rend vulnérables. Mais les préjugés et les peurs sont tenaces, et ce texte adopté en 2011 n'a pas contribué à les combattre.

Revenons à la proposition de loi examinée aujourd'hui et dont le dépôt a été rendu nécessaire par la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, qui a censuré certaines dispositions, comme l'a rappelé le rapporteur. En estimant que la loi ne pouvait poser, pour les personnes relevant de ces deux catégories, des règles plus rigoureuses que celles prévues pour des personnes en situation comparable, le juge constitutionnel a joué pleinement son rôle de défenseur des libertés publiques. En différant l'effet de sa décision au 1^{er} octobre 2013, il a offert au législateur une opportunité d'intervenir afin d'éviter tout vide juridique, ce qui serait catastrophique. Voilà la raison d'être de cette proposition de loi et de son calendrier d'adoption contraint.

Comme l'a bien expliqué le rapporteur, que je félicite à mon tour pour la qualité de son travail et pour son investissement sur le sujet, plusieurs dispositions de cette proposition de loi reprennent des recommandations figurant dans le rapport d'étape de la mission d'information « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », présidée par notre collègue Jean-Pierre Barbier. Les recommandations de ce rapport, adopté en commission en mai, ont fait l'objet d'un large consensus parmi les personnes auditionnées ainsi que les membres de la mission. Je n'entrerai pas dans le détail du dispositif mais ferai deux remarques.

Tout d'abord, d'une manière générale, les dispositions proposées tendent à améliorer le contrôle et les conditions d'intervention du juge des libertés et de la détention. Il s'agit de mettre en œuvre pour les personnes admises en soins sans consentement une justice plus rapide mais également plus adaptée à leur condition de patients. Cette évolution est significative et marque une différence profonde avec la philosophie qui animait le texte adopté par la majorité précédente.

La proposition de loi vise à mieux protéger les droits de la personne et le « bien-être » du patient, qui, rappelons-le, se trouve, lors d'une hospitalisation sans consentement, dans un état de souffrance psychique et physique important. À cet égard, je veux saluer l'avancée que constitue la tenue systématique des audiences à l'hôpital, car le transport des patients au tribunal, l'attente et le stress engendré par ce processus me sont toujours apparus comme une aberration.

Ma seconde remarque porte sur la détermination du délai dans lequel le juge doit intervenir pour contrôler une mesure d'admission en soins sans consentement. Par une décision importante du 26 novembre 2010, suite à une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel avait déclaré contraires à la Constitution les dispositions du code de la santé publique permettant de maintenir une personne en hospitalisation contrainte au-delà de quinze jours sans l'intervention du juge judiciaire, considérant que la préservation de la liberté individuelle nécessitait une intervention rapide. Une lettre rectificative avait donc modifié le projet de loi initial adopté en juillet 2011 : le législateur a fixé un délai de quinze jours à compter de l'admission en soins pour procéder au contrôle de la mesure.

Toutefois, certaines personnes jugent ce délai excessif, et le texte adopté par notre commission propose donc de le porter à dix jours. Je m'arrête un instant sur ce délai. La personne qui se trouve contrainte à des soins doit voir son cas examiné par un juge le plus vite possible, mais deux éléments sont à prendre en compte. Tout d'abord, la personne placée en soins sans son consentement l'a été, dans la presque totalité des cas, suite à une crise ; il convient de lui laisser le temps nécessaire pour récupérer et pouvoir valablement être entendue par un juge, une audience trop précoce ayant toutes les chances de lui être défavorable et d'amener le juge à confirmer son placement en soins. Sur un plan pratique, ensuite, il faut aussi veiller à ce que le délai arrêté soit compatible avec les possibilités de l'institution judiciaire. Ce délai doit permettre à la justice de travailler dans de bonnes conditions. Alourdir les charges d'une institution sans lui donner les moyens d'y faire face est une pratique malheureusement fréquente mais qui, à mon sens, n'est pas de bonne politique.

Nous allons donc être amenés à examiner cette question importante du délai lors de cette séance, et je ne doute pas que nous trouverons un compromis, car notre devoir est de voter une loi applicable et respectueuse des droits de chacun.

Je conclurai en disant que je souhaite ardemment – mais votre intervention, madame la ministre, m’a déjà rassurée – que les questions liées à la santé mentale fassent l’objet d’un volet important dans la stratégie nationale de santé ; je sais que vous y êtes très attachée. Je conclurai en citant le psychiatre Lucien Bonnafé, décédé en 2003, même s’il parle de fous, ce qui n’est pas un terme que j’aime, lui préférant l’expression « personnes atteintes de troubles psychiques » : « On juge du degré de civilisation d’une société à la manière dont elle traite ses fous. » Je crois qu’avec cette proposition de loi, nous élevons le degré de civilisation de notre société. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC, écologiste, GDR et RRDP.*)

DISCUSSION GENERALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Édouard Fritch.

M. Édouard Fritch. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, la proposition de loi qui nous est soumise aujourd’hui, et qui est un point d’étape, comme l’a rappelé Mme la ministre, participe de ces textes très techniques dont la rédaction est délicate car elle doit parvenir à réaliser la synthèse de principes généraux de haut rang, du droit international et du droit constitutionnel, principes parfois contradictoires. Il s’agit en effet de conjuguer des principes directeurs de santé publique, de liberté individuelle, mais aussi de sécurité et de tranquillité publique. Y a-t-il synthèse plus délicate ? Et n’est-il pas regrettable que la discussion d’un texte aussi important pour plusieurs milliers de patients soit programmée à une période de l’année où les rangs de cet hémicycle sont fatalement plus clairsemés ?

M. Gérard Sebaoun. Fatalement ?

M. Édouard Fritch. En tout état de cause, il était nécessaire, comme l’ont rappelé les précédents orateurs, d’amender la législation actuelle du fait de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012. Tel est l’objet de la proposition de loi.

Nous ne sommes pas, à ce stade, persuadés que la rédaction retenue soit la plus adaptée, en particulier pour les garanties à apporter aux programmes de soins ambulatoires sans consentement, les modalités d’admission en unités pour malades difficiles, ainsi que leur contrôle juridictionnel. Les explications du Gouvernement à cet égard seront les bienvenues.

Néanmoins, notre groupe, constamment soucieux de séparer le bon grain de l’ivraie, salue l’évolution d’autres aspects de la législation que l’on doit, une fois n’est pas coutume, à l’écoute des usagers, des professionnels de la psychiatrie et des fédérations hospitalières concernées par cette responsabilité de service public très particulière.

Nous apprécions ainsi la tenue des audiences dans les établissements de santé et la gradation améliorée du régime des sorties.

Des interrogations demeurent cependant, mais nous espérons que les débats permettront d’y répondre.

Notre première question concerne la référence explicite au ministère d’avocat. Nous ne sommes pas opposés à cette mention, mais elle nous paraît superfétatoire. Le principe des droits de la défense est en effet soigneusement défendu en droit français et européen. La mention au ministère d’avocat va de soi dans le cadre d’une procédure de soins en psychiatrie sans consentement, comme dans tous les autres domaines de la vie où des décisions peuvent faire grief.

Ne prenez-vous pas le risque de créer un précédent législatif ? Qu’en ira-t-il demain d’autres domaines où le ministère d’avocat n’aura pas été prévu par la loi alors qu’il s’impose de droit ?

Nous nous posons par ailleurs la question de ces situations où une personne peut être confinée, sans son consentement, dans une chambre d’hospitalisation ou un établissement social et médico-social, en dehors de tout régime légal spécifique de protection du droit des personnes.

Une personne âgée désorientée peut ainsi être admise en maison de retraite ou dans une unité de soins de longue durée sans y avoir véritablement consenti, en dehors de tout cadre légal et sans qu'il soit prévu le moindre contrôle.

Le même problème se pose pour le confinement, dans une chambre ou une unité, de personnes handicapées, notamment celles présentant des troubles des fonctions intellectuelles, cognitives ou psychiques. Selon l'avis rendu par la commission nationale consultative des droits de l'homme le 27 juin dernier, ces secteurs devraient également relever du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Qu'en pense le Gouvernement ?

Par ailleurs, et de la manière la plus anarchique qui soit, de plus en plus de dispositifs de géolocalisation sont proposés en vente libre sur internet alors qu'ils peuvent porter gravement atteinte au droit et à la dignité des personnes vulnérables. Certains pendentifs ou ceintures comportent ainsi des serrures pour contraindre leur utilisateur. La charte de bonnes pratiques pour les dispositifs de géolocalisation est une excellente initiative de la ministre déléguée aux personnes âgées, d'autant plus qu'elle associe le milieu industriel et la communauté médico-sociale des usagers et des professionnels responsables. Mais qu'en est-il du secteur sanitaire des unités de soins de longue durée, de la psychiatrie ou encore du secteur du handicap ?

Vous comprenez le sens de notre interrogation. Nous réfléchissons pour la psychiatrie dans un périmètre législatif étroit qui date de la loi de 1838, amendée en 1990 puis en 2011, mais les mêmes questions se posent pour le jardin voisin, celui du secteur social et médico-social, en établissement ou à domicile, qui touche le droit des personnes vulnérables.

Il serait nécessaire de se pencher sur la situation de ces personnes déficientes intellectuellement, désorientées ou confuses pour lesquelles se pose la question de la qualité et de la constance du consentement, en particulier dans le secteur sanitaire, social et médico-social. C'est d'ailleurs une recommandation de la conférence nationale de santé, énoncée avec raison dans un avis unanime le 18 juin. Qu'en pense le Gouvernement ?

Ma troisième question concerne les admissions en unités pour malades difficiles – UMD. Notre pays ne compte que onze structures de ce type pour près de 450 lits, ce qui signifie que le transfert dans une UMD est synonyme de déplacement dans une autre région, parfois lointaine. Un patient suivi à Sainte-Anne, à Paris, peut ainsi être admis à Aix. À cet égard, le cadre juridique issu de la proposition de loi n'est-il pas insuffisant par rapport aux enjeux de liberté individuelle ?

Enfin, parce que nous sommes aussi attachés aux libertés individuelles qu'à l'ordre et à la tranquillité publics, nous nous interrogeons sur le peu d'attention porté aux conditions de réintégration des patients qui n'observent plus leur traitement et leur programme de soins mais qui ne sont plus hospitalisés à temps plein.

Les soignants diligentés auprès d'eux pour rétablir l'indispensable observance des soins ne peuvent pas intervenir à domicile. Comment leur garantir le concours indispensable de la gendarmerie ou des pompiers dans ces situations sans doute rares mais à hauts risques, où aucune perte de temps n'est admise ?

Un décret d'application de la loi de juillet 2011 devait apporter des réponses, mais il n'est malheureusement pas encore paru. Cette proposition de loi ne fait plus référence à ce décret, mais ce n'est pas en brisant le thermomètre que l'on fait baisser la fièvre ! Que comptez-vous faire ?

En conclusion, parce que cette proposition de loi répond à une nécessité, le groupe UDI la votera, mais nous vous saurions gré de bien vouloir répondre aux questions qu'il laisse néanmoins en suspend.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roume gas.

[M. Jean-Louis Roumegas](#). Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je salue à mon tour, au nom des écologistes, les travaux de la mission parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, qui permettent de combler les lacunes en matière de droits des personnes soumises à des soins psychiatriques, depuis le vote de la loi du 5 juillet 2011. Cette loi, fille d'un fait divers dramatique, n'avait été analysée qu'au travers du prisme sécuritaire du précédent gouvernement. C'était l'époque où chaque fait divers donnait naissance à un projet de loi. Les décisions du Conseil constitutionnel témoignent d'ailleurs de la précipitation avec laquelle elle fut élaborée.

N'oublions pas que les personnes souffrantes sont avant tout des malades et bien plus souvent des victimes que des délinquants. Les professionnels classent les patients hospitalisés en psychiatrie en plusieurs groupes : 70 % relèvent de l'hospitalisation libre, 25 % le sont à la demande d'un tiers et seulement 5 % sont hospitalisés sans consentement. Ils sont loin de tous représenter un danger pour la société ! Il apparaît nécessaire de rééquilibrer un paradigme qui ne recueille pas l'assentiment des professionnels de la psychiatrie, stigmatise de surcroît la maladie mentale et donne aux hôpitaux une couleur carcérale qui n'est pas de mise.

L'actuel régime dérogatoire applicable à la sortie des personnes ayant séjourné en unité pour malades difficiles – UMD – requiert notamment l'accord du représentant de l'État. Or, les soignants ont l'ultime ambition, dans le cadre d'un régime de soins sans consentement, de créer une relation de confiance avec le patient pour l'amener à accepter l'idée qu'il est effectivement malade, qu'il a besoin d'un traitement et d'un suivi. Ainsi, non seulement le régime actuel ne se justifie pas au regard des impératifs de sécurité et d'ordre public, selon les conclusions de la mission parlementaire, mais il fragilise la relation de confiance entre le soignant et le patient en créant de surcroît une confusion des genres, puisque le représentant de l'État n'est pas un médecin.

Alors même que la commission de suivi médical et le préfet ont pu se prononcer en faveur de leur sortie, il arrive que des patients restent en UMD, parfois pendant deux ans, en raison du flou qui entoure l'application du texte. Je vous renvoie à l'avis rendu par le contrôleur général des lieux de privation de liberté le 17 janvier 2013.

Le retour dans le droit commun des patients admis en UMD s'impose donc, dans la mesure où il n'y a pas lieu de leur imposer un régime dérogatoire particulier.

Je salue également le choix de légiférer pour répondre aux exigences du Conseil constitutionnel plutôt que de s'en tenir au régime général des soins psychiatriques sans consentement, ce qui permettra de répondre, le cas échéant, aux problèmes de sécurité et d'ordre public posés par les patients jugés pénalement irresponsables.

Les sorties courtes seront facilitées, ce qui est une bonne chose d'un point de vue thérapeutique tant les liens familiaux ou sociaux sont fondamentaux pour la santé du patient.

Quant au délai accordé au juge pour statuer, il sera réduit de quinze à dix jours, ce qui correspond mieux au temps nécessaire pour apprécier la légitimité d'une hospitalisation sans consentement. Le juge exercerait ensuite son contrôle tous les six mois. Nous aurions préféré que le premier contrôle ait lieu au bout de quatre mois, aussi avons-nous déposé un amendement en ce sens.

Nous nous félicitons par ailleurs que le recours à la visioconférence ait été limité, car cette solution virtuelle pourrait aggraver le trouble de patients pour qui il est déjà difficile de communiquer. Nous avons par conséquent déposé un amendement visant à ce que le juge motive sa décision de recourir à la visioconférence pour en préserver le caractère exceptionnel.

Un mot sur la possibilité accordée aux parlementaires de visiter les établissements pénitentiaires. Ce droit existe déjà mais nous souhaitons qu'il soit étendu aux établissements de soin car c'est un moyen essentiel de contrôler les lieux de privation de liberté.

Je prends enfin acte de votre volonté de ne pas réduire la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » à la problématique des soins sans consentement en psychiatrie. Je forme le vœu qu'elle se penche sur une redéfinition des missions de la psychiatrie publique et sur les moyens nécessaires à leur réalisation, afin que la santé mentale figure en bonne place dans la prochaine grande loi de santé publique annoncée pour 2014.

Nous veillerons à ce que l'accent soit mis sur la prévention, grâce à l'instauration de conseils locaux de santé mentale, d'équipes mobiles chargées du suivi des patients mais aussi au renforcement de la formation des infirmières et des infirmiers pour lesquels la formation spécifique en psychiatrie n'existe plus depuis 1992. (*Applaudissements sur les bancs des groupes écologiste et SRC.*)

M. le président. La parole est à Mme Jeanine Dubié.

Mme Jeanine Dubié. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, il nous revient aujourd'hui de nous prononcer sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie, qui s'inscrit dans un contexte particulier, puisqu'elle vise à répondre aux exigences posées par le Conseil constitutionnel dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité.

Le Conseil a en effet jugé, le 20 avril 2012, que certaines dispositions de la loi actuelle n'étaient pas conformes à la Constitution, en ce qu'elles portaient notamment atteinte aux droits de la personne.

Ces dispositions, qui concernent le régime dérogatoire applicable à la sortie des personnes ayant séjourné en unités pour malades difficiles ou déclarées pénalement irresponsables, seront donc abrogées au 1^{er} octobre 2013.

Le Conseil n'a pas remis en cause le principe d'un régime plus strict, considérant que les garanties qui entouraient ce régime étaient de nature législative et non réglementaire.

Le groupe radical, républicain, démocrate et progressiste note dès lors avec satisfaction qu'un régime juridique spécifique est maintenu pour les personnes pénalement irresponsables, lesquelles ne sortiront de l'hôpital qu'après une étude approfondie de leur situation psychiatrique.

De surcroît, le fait que des dispositions soient limitées aux crimes et aux faits d'une certaine gravité nous semble correct.

Par conséquent, les droits des patients, qui relevaient jusqu'alors du domaine réglementaire, ainsi que la suppression du statut légal des unités pour malades difficiles permettant aux médecins de décider de l'état des patients et de leur admission dans lesdits services de soins particuliers, figureront dans la loi que nous nous apprêtons à voter.

Par ailleurs, il convient de relever que le texte améliore le régime juridique applicable aux soins sans consentement en précisant le régime de la prise en charge des personnes et en mettant en place un dispositif de sortie non accompagnée de courte durée, ainsi que la possibilité pour un détenu d'être hospitalisé en unité hospitalière spécialement aménagée sous le régime de l'hospitalisation libre.

Ces sorties non accompagnées de quarante-huit heures, toujours mises en place en prenant bien soin d'obtenir l'accord des soignants, et qui avaient été supprimées du texte en 2011, seront réintroduites dans la loi.

En outre, le fait que des auditions devant le juge des libertés et de la détention puissent se tenir dans une salle d'audience au sein de l'établissement de santé en présence d'un avocat satisfait également notre groupe. Pour nous, radicaux de gauche, cela correspond aux besoins des patients.

Enfin, la réduction des délais contribuera à l'amélioration du système judiciaire actuel. Cependant, nous nous interrogeons, madame la ministre, sur la capacité dudit système judiciaire à mettre en œuvre un service public de la justice efficient.

Telles sont les lignes directrices de cette proposition de loi qui nous est aujourd'hui présentée et que le groupe RRDP soutiendra. Elle tend à réformer la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Pour les radicaux de gauche, il est essentiel que ce vide juridique soit rapidement comblé. Ce sera le cas le 1^{er} octobre 2013.

Les modifications apportées par ce texte permettront de réorienter la loi vers le malade. Celui-ci était perçu depuis la loi de 2011 comme potentiellement dangereux pour la société. Or la psychiatrie se doit, sur le plan de l'éthique, de préserver la singularité et l'originalité des personnes qui se confient à elles ou lui sont confiées ; elle ne doit se concevoir qu'en relation avec les personnes en souffrance, leurs familles et amis, ainsi qu'avec les acteurs du champ médico-social et social.

Faut-il rappeler que les soins psychiques s'appuient sur la confiance, non sur la défiance, et nécessitent du temps afin que la relation soit au cœur du processus de soin ?

En tant que législateur, il est de notre devoir de démystifier le terme « schizophrène ». Ce mot, utilisé à tort et à travers et qui a perdu son sens premier de diagnostic, évoque une menace, qui accable les malades et leurs familles, et qui effraie jusqu'à leur voisinage et au-delà. Il faut faire la distinction entre un criminel ayant des troubles psychiatriques et un citoyen qui n'est pas une menace pour la société, mais qui est en souffrance psychique, dans un rapport intime à sa propre personne, à sa propre identité.

Toutes les modifications apportées par cette proposition de loi vont dans le bon sens en objectivant les troubles psychiatriques, tout en respectant les droits de chacun. Elle rétablit sur ce sujet, certes, complexe, des pratiques dignes d'une démocratie.

C'est pour cette raison que le groupe radical, républicain, démocrate et progressiste votera ce texte.
(Applaudissements sur les bancs des groupes RRDP et SRC.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, nous voici donc appelés à débattre une nouvelle fois des soins psychiatriques sans consentement. C'est un sujet important et complexe, et je regrette que nous ayons à le traiter dans l'urgence, sur l'injonction du Conseil constitutionnel. Je regrette également que le texte proposé se limite aux soins sans consentement, alors que, de toute évidence, les problématiques sont liées et justifient une loi-cadre sur l'organisation des soins en psychiatrie, une loi nécessaire et attendue tant par les soignants que par les usagers et leurs associations.

C'est le Conseil constitutionnel, en effet, qui, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, a déclaré contraire à la Constitution une partie de la loi du 5 juillet 2011, jugeant les conditions de mainlevée d'une décision de soins psychiatriques sans consentement pour les personnes déclarées pénalement irresponsables ou ayant séjourné dans une unité pour malades difficiles trop rigoureuses par rapport à celles qui sont appliquées aux autres malades faisant l'objet de soins sans consentement.

La nécessité, aujourd'hui, de revenir sur une loi votée il y a deux ans à peine souligne ses imperfections. Car l'héritage de l'ancien gouvernement, ce n'est pas seulement une dette publique massive, c'est aussi un corpus de lois sécuritaires, votées dans la précipitation et sous le coup de l'émotion née, pour ne pas dire cultivée, après des faits divers tragiques. Des lois votées pour de mauvaises raisons, insuffisamment travaillées et imposées brutalement contre le professionnalisme des acteurs, véritablement mis en cause alors qu'ils sont confrontés à des problèmes extrêmement difficiles, et contre les principes constitutionnels.

Que dire du texte qui nous est proposé ?

Il est dommage, je le répète, qu'il soit examiné dans des délais courts, le Conseil constitutionnel ayant fixé au 1^{er} octobre 2013 la date limite pour mettre la loi sur les soins psychiatriques sans consentement en conformité avec la Constitution. Mais ce n'est qu'une étape, du moins je l'espère.

Il faut cependant saluer le fait que ce texte est issu d'une mission d'information conduite par nos collègues Jean-Pierre Barbier et Denys Robiliard, auxquels je tiens à rendre hommage pour le sérieux de leur travail et l'esprit constructif et ouvert dans lequel ils l'ont mené.

Ce texte tend tout d'abord à tirer les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel concernant les UMD en supprimant toute mention légale de ces unités. Il s'attache par ailleurs à modifier d'autres dispositions de la loi de 2011 sur lesquelles les auditions et les visites effectuées ont attiré notre attention.

Ainsi, il aménage le régime spécifique des irresponsables pénaux, notamment en prenant en compte le degré de gravité des faits commis. Il réintroduit les sorties thérapeutiques de courte durée et prévoit des sorties non accompagnées de quarante-huit heures. Il réduit le délai d'intervention du juge et prévoit que les audiences du JLD se tiendront à l'hôpital, sauf cas de force majeure. Enfin, il facilite l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes incarcérées. Disons-le d'emblée, il s'agit d'un texte qui va dans le bon sens, même si nous avons quelques regrets, sur lesquels je reviendrai.

Pourquoi est-ce un bon texte ?

Tout d'abord, parce qu'il rompt avec la vision sécuritaire qui présidait à la loi de juillet 2011 et qu'a censurée le Conseil constitutionnel. Ainsi, pour ne prendre que ces exemples, le délai d'intervention du juge des libertés et de la détention est ramené de quinze à dix jours, et la notion de soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire est clarifiée. Lors de l'examen du projet de loi présenté par la précédente majorité, nous avons dénoncé l'absurdité de cette notion, en soulignant à la fois que la contrainte ne peut être appliquée en ambulatoire et que l'assentiment au traitement est étroitement lié à la relation de confiance qu'un psychiatre cherche à établir avec son patient.

Le Conseil constitutionnel considère pour sa part qu'aucune mesure de contrainte à l'égard d'une personne soumise à un programme de soins psychiatriques en ambulatoire ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète. La proposition de loi reprend cette notion, certes complexe, mais essentielle, de soins sans consentement, mais aussi – et le plus souvent possible – sans contrainte.

Un autre apport de ce texte mérite d'être souligné : il inscrit dans la loi que toute personne incarcérée doit recevoir des soins psychiatriques si elle le demande. Cette mesure est importante et de bon sens, puisque, selon les études, près de huit hommes incarcérés sur dix présenteraient une pathologie psychiatrique. Elle exigera, bien sûr, pour être effective, que les moyens nécessaires soient consacrés à son application.

Néanmoins, je voudrais formuler quelques regrets.

D'abord, je déplore que le délai d'intervention du JLD soit ramené de quinze à seulement dix jours. Mme la ministre s'inquiète de ce raccourcissement de délai – nous en reparlerons. Pour notre part, nous avons pensé qu'un délai de cinq jours serait suffisant. Je regrette d'autant plus que cette solution n'ait pas été retenue que ce point avait fait consensus au sein de la mission et que les raisons invoquées ne me paraissent pas acceptables.

Dans l'exposé des motifs de la proposition de loi, il est indiqué que « les discussions menées tant avec le ministère de la santé et des affaires sociales qu'avec le ministère de l'intérieur et celui de la justice ont fait apparaître que ce délai » – de 5 jours – « serait très insuffisant au regard des contraintes administratives et judiciaires. » S'il convient en effet de tenir compte de ces contraintes, il faut faire attention au poids qu'elles représentent face à l'enjeu.

En définitive, c'est le manque de moyens accordés à la justice qui conduit à risquer de prolonger inutilement l'hospitalisation sans consentement. Un mauvais esprit pourrait conclure que, pour ne pas encombrer les services de la justice, on décide d'encombrer les hôpitaux... Outre qu'il s'agit d'une atteinte à la liberté des personnes – ce qui n'est pas un détail, chacun, ici, en convient –, je me permets de rappeler que les journées d'hospitalisation ont, elles aussi, un coût, ce qui souligne la limite de ce genre de raisonnement.

Je regrette également que le préfet garde une place importante dans le processus d'hospitalisation sans consentement. Dans son excellent rapport, notre collègue Denys Robiliard atténue le rôle du préfet en le qualifiant de « subsidiaire », sans négliger cependant les difficultés et les dangers que recèle la référence à l'ordre public. Il rappelle ainsi le témoignage édifiant d'un psychiatre entendu pendant les auditions, qui évoque « la psychiatrisation de personnes qui ont refusé un contrôle d'alcoolémie en se querellant verbalement avec les forces de police un vendredi soir et qui aboutissent pendant soixante-douze heures en psychiatrie, alors qu'il n'y a aucun trouble psychiatrique, sans aucun recours, sans visite, sans communication et sans le bénéfice d'un avocat. »

J'ai bien compris que ce sont surtout les maires des petites communes qui tiennent au maintien des services de la préfecture dans le dispositif pour des raisons de commodité, mais aussi sans doute par habitude. Celui-ci pourrait donc être modifié sans dommage.

Cette disposition est d'autant plus regrettable que l'intervention du préfet explique pour partie le phénomène de « tourniquet » décrit dans le rapport : « Alors que d'autres malades attendent d'être pris en charge, des lits sont occupés en raison de la tendance des préfets à retarder la mainlevée des mesures d'hospitalisation sans consentement. Dès lors, afin de libérer des places, les établissements sont contraints de faire sortir d'autres patients trop tôt, ceux-ci risquant donc de devoir retourner en établissement à brève échéance. »

Ce même rapport soulève d'autres questions très importantes auxquelles cette proposition de loi ne répond pas, concernant notamment l'hospitalisation en psychiatrie des mineurs – mais j'ai noté qu'un amendement avait été déposé sur ce sujet et je m'en félicite – ou le fonctionnement des secteurs psychiatriques qui sont en grande difficulté et qu'il convient à la fois de réhabiliter et de développer.

Madame la ministre, vous évoquez souvent, et à juste titre, le parcours de soins : celui du malade mental est à reconstruire entièrement, tant pour permettre un diagnostic précoce et des traitements adaptés qu'un suivi rigoureux. Ces lacunes rendent plus que jamais nécessaire la loi de santé mentale que j'appelle de mes vœux. Pouvez-vous, madame la ministre, prendre des engagements sur cette question qui nous préoccupe ?

Enfin, je me permets de rappeler que l'avenir de la psychiatrie ne peut être dissocié de celui des hôpitaux publics. Lors des auditions, nous avons entendu qu'il fallait, selon les régions, de six à neuf mois pour obtenir un rendez-vous dans un centre médico-psycho-pédagogique avec un pédopsychiatre public, ce qui n'est pas tolérable. A ce titre, la poursuite de la politique d'austérité budgétaire annoncée par le Gouvernement me fait craindre le pire – mais je veux encore espérer.

En conclusion, ce texte rompt avec la démarche sécuritaire qui inspirait la loi précédente – je le répète, car c'est essentiel – et il marque, malgré ses limites, d'indiscutables progrès dont je me félicite. C'est pourquoi les députés du groupe GDR le voteront sans hésiter. (*Applaudissements sur les bancs des groupes GDR et SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mes chers collègues, je veux d'abord à mon tour saluer la qualité du travail de notre rapporteur, Denys Robiliard, et sa grande maîtrise d'un sujet complexe. Dans le cadre des auditions de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie dont il est également rapporteur, il a rapidement perçu la nécessité de revenir sur plusieurs dispositions de la loi du 5 juillet 2011. La décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 selon laquelle l'hospitalisation en UMD était imposée sans garanties légales suffisantes l'imposait. Le régime d'exception pour la mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte de personnes séjournant ou ayant séjourné en UMD ne se justifiait pas. Les références spécifiques à l'UMD ont donc logiquement disparu du texte que nous examinons, ce qui nous ramène à la situation antérieure, c'est-à-dire au droit commun.

Je rappelle s'il en était besoin que nous ne proposons pas la fermeture des dix unités pour malades difficiles de France et leurs quelque 600 lits, mais bien la fin de leur statut juridique particulier. Je sais que sur ce point central du texte, comme cela nous a été dit en commission, nos collègues de l'UMP ont un avis radicalement différent et je ne doute pas que le président Accoyer, qui doit intervenir après moi, nous le dira.

Pour ne pas être redondant avec l'exposé du rapporteur, je ne ferai qu'énumérer les améliorations législatives proposées par le texte. La clarification de la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est l'objet de l'article 1^{er} et le rétablissement des sorties d'essai non accompagnées celui de l'article 2. L'article 5 réduit le délai de saisine du JLD au sixième jour d'hospitalisation et fixe le délai de sa réponse à dix jours – ou douze, comme le propose Mme la ministre –, contre quinze aujourd'hui. Cette modification rend inutile l'établissement du certificat médical du huitième jour. L'audience publique à l'hôpital, dans une salle spécialement attribuée, devient la norme, sauf cas exceptionnel, et les débats peuvent se poursuivre en chambre du conseil si le juge ou la personne en soins psychiatriques le demande. La présence de l'avocat à l'audience devient obligatoire. Nous reviendrons certainement, lors de la discussion des articles et des amendements, sur les points que je viens d'évoquer.

Pour nous, je le dis sans esprit polémique, la loi du 5 juillet 2011 peut être qualifiée de loi d'opportunité. Plusieurs intervenants ont rappelé sa genèse. La tonalité sécuritaire du discours du Président de la République Nicolas Sarkozy à l'hôpital Érasme d'Antony en décembre 2008, caractérisé par le mélange des genres, a fort légitimement suscité des réactions indignées et la réprobation des professionnels. Deux extraits le feront bien comprendre : « Les faits divers doivent nous interroger tous sur les lacunes de notre système d'organisation et de fonctionnement de la prise en charge des malades à l'hôpital psychiatrique », phrase qui dénote un véritable mélange des genres ; « Un hôpital ne sera jamais une prison, des malades en prison, c'est un scandale, mais des gens dangereux dans la rue, c'est un scandale aussi et il va falloir faire évoluer une partie de l'hôpital psychiatrique pour tenir compte de cette trilogie : la prison, la rue, l'hôpital, et trouver le bon équilibre et le bon compromis ». On comprend l'indignation des professionnels.

Je reconnais que la loi comportait une pépite, consécutive à la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 : le contrôle systématique du juge sur l'hospitalisation sans consentement. Malgré toutes les critiques formulées par le monde psychiatrique et le monde judiciaire, le rapport parlementaire des députés Blisko et Lefrand a attesté de la mobilisation exemplaire des professionnels. Je vous livre pour finir, madame la ministre et monsieur le rapporteur, trois interrogations. La première porte sur l'alinéa 8 de l'article 1^{er} relatif à la capacité réelle d'un patient à exprimer clairement son avis et à comprendre l'information délivrée par le psychiatre. La deuxième porte sur les conditions d'accès du patient à son dossier médical, car la procédure actuelle ne semble pas adaptée à la situation d'un patient à l'audience. La troisième enfin porte sur l'effectivité de l'article du code de la santé publique disposant que l'ARS organise, en relation avec l'ensemble des acteurs, le transport des urgences psychiatriques, qui demeure à ce jour très problématique. Deux de mes collègues et moi-même avons par ailleurs déposé un amendement d'appel concernant la protection des mineurs hospitalisés dans des unités pour adultes.

En conclusion, j'invite bien entendu l'ensemble de mes collègues à voter la proposition de loi, qui améliore vraiment le texte de 2011. Cela sera, j'en suis sûr, la position unanime du groupe SRC. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et écologiste.*)

[M. Jérôme Guedj](#). Très bien !

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

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre, mes chers collègues, la loi de 2011 relative aux droits et à la protection des patients faisant l'objet de soins psychiatriques a apporté un réel progrès de la réponse au difficile et douloureux problème de la prise en charge des malades psychiatriques. Élaborée après une longue préparation transpartisane et une vaste concertation, elle a en particulier fait évoluer les pratiques pour les soins sans consentement. Au prix, certes, d'inévitables lourdeurs administratives, ses dispositions ont apporté des améliorations globales parfois très importantes de l'efficacité des soins pour les patients, pour les soulager dans leurs souffrances comme pour leur permettre une meilleure réinsertion dans leur vie personnelle, sociale et même professionnelle. L'ampleur des avancées avait conduit le législateur de 2011 à prévoir l'évaluation de leur mise en œuvre afin d'améliorer les dispositions du texte. Tel était le souhait des deux auteurs du rapport sur l'application de la loi, Guy Lefrand et Serge Blisko. Mais le 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel, à la suite d'une question prioritaire de constitutionnalité, a censuré deux articles de la loi de 2011. Il est important de préciser que la censure ne visait pas à annuler les dispositions relatives aux soins sans consentement et au suivi renforcé mais à leur apporter des précisions de niveau législatif.

Nous voici, madame la ministre, au dernier jour de la session extraordinaire, en plein mois de juillet, obligés d'examiner en urgence un texte touchant à l'encadrement juridique des soins sans consentement, sujet éminemment complexe car il est au croisement des libertés individuelles, de la protection des personnes et de la sécurité publique. L'équilibre en la matière est délicat. On ne peut donc que regretter que le Gouvernement n'ait pas jugé utile de déposer à temps un texte que nous aurions pu discuter dans les délais raisonnables d'une procédure normale. Pour la loi de 2011, le législateur avait disposé de huit mois seulement entre la question prioritaire de constitutionnalité du 26 novembre 2010 et la date d'effet de la censure, fixée au 1^{er} août 2011. Le président de l'Assemblée nationale que j'étais alors et le président du Sénat, Gérard Larcher, avaient indiqué au Gouvernement que les conférences des présidents de nos deux assemblées s'opposeraient à la mise en œuvre de la procédure accélérée sur des textes touchant aux droits fondamentaux et éminemment complexes.

Il en est résulté que, dans le délai de huit mois fixé par le Conseil constitutionnel, l'élaboration de la loi a bénéficié de cinq lectures au Parlement, trois à l'Assemblée nationale en mars, mai et juin 2011 et deux au Sénat en mai et juin 2011, ce qui a été source d'un travail parlementaire approfondi. La décision du Conseil constitutionnel censurant deux articles de la loi de 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques date du 20 avril 2012, et l'entrée en vigueur de cette censure est prévue au 1^{er} octobre 2013, soit un délai d'un an et demi, largement suffisant pour travailler sérieusement sur un texte nécessairement complexe portant sur un sujet difficile. Mais le Gouvernement a choisi de donner la priorité à la modification des modes de scrutin. Il a choisi la politique plutôt que la santé mentale. Opportunément, un important travail de suivi de l'application de la loi de 2011 avait été réalisé, préparant le terrain, ainsi qu'une mission d'information que la commission des affaires sociales avait créée.

On peut se réjouir d'ailleurs que les préconisations formulées sur l'application de la loi de 2011 par Guy Lefrand et Serge Blisko soient reprises dans plusieurs articles du texte. La lecture de leur rapport et les observations qu'ils y font montrent, s'il en était besoin, combien il convient d'être prudent lorsque l'on touche à l'encadrement juridique des soins psychiatriques sans consentement. La proposition de loi comporte donc des ajustements intéressants de la loi de 2011, fruits du suivi de l'application de ladite loi, en particulier la généralisation de la tenue des audiences dans une salle dédiée au sein des hôpitaux. Cette question avait d'ailleurs fait débat lors de la discussion de la loi de 2011, mais on redoutait alors une censure du Conseil constitutionnel. En effet, en pratique, les réticences de la hiérarchie judiciaire ainsi que des questions d'organisation ont eu raison de la volonté du législateur de permettre, autant que possible, la tenue des audiences dans les conditions les plus favorables pour le malade. Et la pratique a montré que l'écrasante majorité des audiences ont lieu dans les tribunaux, dans des conditions souvent inhumaines pour des malades par définition fragiles. Ce n'était clairement pas l'esprit de la loi. L'instauration du contrôle systématique par le juge des libertés de toute mesure d'hospitalisation sans consentement, demandée par le Conseil constitutionnel, constituait une importante avancée en matière de protection des droits des malades et du respect qui leur est dû.

Le juge intervient dans l'intérêt du patient pour contrôler la mesure de soins sous contrainte dont il fait l'objet. Il ne s'agissait en aucun cas de rendre l'expérience traumatisante pour des malades psychopathiques graves dont l'angoisse et parfois les délires sont une grande souffrance. Ils sont pourtant souvent transportés au tribunal, attendent à côté de gardés à vue menottes ou bien d'autres malades, parfois longuement. Évidemment, on ne peut que saluer la volonté d'avancer sur cette douloureuse question.

Vous avez ensuite décidé, monsieur le rapporteur, de toucher au délai d'intervention du juge pour le maintien de toute mesure d'hospitalisation sans consentement. Quand le rapport de la mission d'information annonçait qu'il convenait de réduire ce délai à cinq jours, vous avez finalement choisi le délai plus raisonnable de dix jours. Le délai de quinze jours avait été choisi en 2011 par prudence.

Le nouveau rôle donné au juge des libertés entraînait une augmentation importante du travail des magistrats qui aurait pu en pratique bloquer les procédures. Il faut ici saluer l'important travail conduit conjointement par le monde médical et le monde judiciaire qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble. En l'absence d'étude d'impact – le texte étant une proposition de loi et l'urgence ayant été déclarée –, si, à moyens constants, la Chancellerie considère qu'il est possible de réduire le délai de quinze à dix jours, nous n'y voyons pas d'inconvénient dans la mesure où cela constitue une adaptation de la loi de 2011 qui protégera mieux encore les patients. Vous proposez aussi, monsieur le rapporteur, la suppression du certificat médical du huitième jour, qui n'apparaissait pas indispensable, et la création de sorties thérapeutiques de courte durée réellement applicables, là encore recommandées par le rapport Lefrand. Si le texte s'arrêtait là, nous aurions pu soutenir sans problème ce qui constitue d'opportuns ajustements et de réelles améliorations de la loi de 2011.

[M. Jérôme Guedj](#). Ah !

[M. Bernard Accoyer](#). Mais, monsieur le rapporteur, vous avez décidé, en contradiction avec les préconisations de votre propre rapport d'information, de présenter un texte qui revient sur une des avancées majeures de la réforme de 2011. Cette dernière avait élargi les modalités de soins sans consentement.

Ainsi, à la seule notion d'hospitalisation sous contrainte, elle avait substitué une forme moins contraignante de prise en charge, celle du programme de soins. Face à cet élargissement, elle avait prévu une possibilité de suivi spécifique, y compris en ambulatoire, pour des patients considérés comme potentiellement dangereux. Cette possibilité répondait à un besoin pour certains patients dont la prise en charge s'effectue dans des unités pour malades difficiles, dans lesquelles les conditions de sécurité sont renforcées autour d'un personnel médical nombreux et dévoué.

Le Conseil constitutionnel – puisque c'est sur ce point que porte sa censure – n'a jamais considéré que le législateur ne pouvait pas prévoir, pour certaines catégories de patients particulièrement dangereux pour eux-mêmes et pour les autres, des mesures dérogatoires plus strictes entourant les mainlevées de soins sous contrainte, lorsqu'il s'agit de créer les meilleures conditions pour protéger les personnes de psychopathes graves qui pourraient présenter un danger pour la collectivité. Il a simplement précisé que si le législateur choisissait de le faire, il devait par ailleurs prévoir des garanties suffisantes pour ces malades. En cela, l'article L. 3222-3 du code de la santé publique, qui définissait les UMD, n'était donc pas assez précis.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la première préconisation de la mission d'information dont vous avez été le rapporteur, monsieur Robiliard, proposait d'« introduire dans l'article L. 3222-3 du code de la santé publique les critères et la procédure d'admission en unité pour malades difficiles ». Certes, nous avons compris en lisant la seconde de vos préconisations que vous vous focalisiez uniquement sur les malades déjà reconnus irresponsables pénalement, mais cela constituait au moins un point d'équilibre autour duquel nous aurions pu discuter.

Cependant, nous avons été surpris et nous sommes inquiets de découvrir que votre proposition de loi supprime purement et simplement l'article L. 3222-3 du code de la santé publique. Découlaient en effet de cet article plusieurs dispositions contenues dans la partie réglementaire du code relatives aux UMD. Que va-t-il en advenir ?

Vous supprimez donc ici la possibilité même de prévoir un suivi spécifique pour certains patients jugés potentiellement particulièrement dangereux pour eux-mêmes et pour les autres. Encore faut-il rappeler que cet encadrement dérogatoire ne concernait que les malades ayant séjourné continuellement depuis plus d'un an en unité pour malades difficiles.

Madame la ministre, mes chers collègues, est-il raisonnable de revenir sur l'équilibre d'un texte qui touche à des sujets aussi essentiels que les libertés individuelles, la protection des personnes et la sécurité publique au détour d'une simple proposition de loi, le dernier jour d'une session extraordinaire ? Nous aurions pu discuter ensemble, avec les professionnels, avec les associations de familles de malades et de handicapés psychiques,...

Mme Jacqueline Fraysse. Nous avons beaucoup discuté !

M. Bernard Accoyer. ...améliorer le dispositif, prévoir une meilleure graduation du suivi spécifique. Or vous le supprimez au profit d'une approche expéditive : cela ne constitue pas du bon travail législatif.

J'ajoute, monsieur le rapporteur, que non seulement vous supprimez la référence aux UMD, mais surtout vous réservez la procédure sécurisée à des malades passés à l'acte et, de surcroît, ayant commis des actes particulièrement graves. En effet, aux termes de la proposition de loi dont nous discutons, seuls seront concernés les malades ayant commis des violences sur les personnes passibles de cinq ans de prison ou des atteintes aux biens passibles de dix ans de prison, et ayant été déclarés irresponsables.

Ce choix particulièrement discutable emporte au moins deux graves conséquences. D'abord, le dispositif ne s'appliquera que très rarement puisque, fort heureusement pour les malades eux-mêmes et pour la société, de tels passages à l'acte sont fort rares. Mais surtout, vous videz de toute portée préventive l'accès au dispositif des UMD : vous en excluez le contingent ultra-majoritaire en nombre de malades, dont l'évaluation médicale établit la dangerosité pour eux et pour les autres. Au passage, vous excluez le facteur aggravant déclenchant considérable des addictions concomitantes à une psychopathie grave.

À titre d'exemple, des violences ayant entraîné une incapacité temporaire totale de travail supérieure à huit jours sont passibles de trois ans d'emprisonnement : elles échappent donc au champ de votre proposition de loi. Avec votre texte, ne relèveraient des UMD que des violences sur les personnes passibles de cinq ans d'emprisonnement avec circonstances aggravantes – par exemple, des violences sur des mineurs, sur des personnes vulnérables, sur des ascendants ou sur magistrat, ou avec l'usage d'une arme. De même, l'acquisition, la cession ou la détention d'une ou plusieurs armes de catégorie C en l'absence de déclaration prévue est punie de deux ans d'emprisonnement : de telles initiatives de la part de psychopathes dangereux échapperaient donc à votre dispositif.

La suppression de la définition légale des UMD est donc préoccupante ; elle exposera à la création d'UMD sauvages. Mieux vaudrait réfléchir à distinguer les unités de soins intensifs – les USIT – des UMD. Actuellement, les praticiens placés devant des malades à l'évidence cliniquement très dangereux disposent de commissions de suivi pour partager et confronter leurs décisions face à des difficultés et à des responsabilités majeures. Qu'en sera-t-il demain ? Supprimer le dispositif, c'est méconnaître une bonne part de la clinique, tout autant que les effets aggravants de certaines addictions concomitantes.

Tout cela, la loi de 2011 l'a pris en compte mais vous l'écartez, de même que vous écartez des soins renforcés le plus grand nombre de ceux qui pourraient bénéficier du dispositif des UMD. Je vous propose donc, faute du temps indispensable à un bon travail législatif et à une large concertation, de réintégrer par amendement ce dispositif de suivi spécifique tout en précisant les conditions d'admission ou de sortie dans ces unités, tel que le Conseil constitutionnel le recommande. Faute de quoi, nous ne pourrions que nous opposer à l'adoption de ce texte qui supprime plusieurs des avancées de la réforme de 2011 pour les droits et la sécurité des malades psychiatriques dangereux, pour eux-mêmes et pour les autres.

Surtout, madame la ministre, redoutant les effets préoccupants des dispositions de cette proposition de loi, je vous demande instamment de prévoir dès maintenant la mise en place d'une mission transpartisane largement ouverte...

[Mme Kheira Bouziane](#) et [Mme Jacqueline Fraysse](#). C'est déjà le cas !

[M. Gérard Sebaoun](#). La mission d'information est d'ailleurs présidée par l'un des vôtres !

[M. Bernard Accoyer](#). ...sur cette délicate question des soins sans consentement, pour améliorer, s'il le faut comme je le crois, le dispositif. Car le débat est plus compliqué que celui entre l'obsession sécuritaire et l'angélisme. Il est surtout essentiel pour la santé et la sécurité des malades et le respect que nous leur devons.

[M. le président](#). La parole est à Mme Kheira Bouziane.

[Mme Kheira Bouziane](#). Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le rapporteur, madame la présidente de la commission, mes chers collègues, beaucoup de choses ont déjà été dites ; vous me pardonneriez si j'en répète quelques-unes.

Je commence par saluer le travail accompli par la mission transpartisane...

[M. Christian Paul](#). Pluraliste !

[Mme Kheira Bouziane](#). ...qui existe déjà, mais aussi l'implication particulière de notre rapporteur et ses qualités remarquables qui ont servi cette proposition de loi. C'est d'ailleurs grâce à ce travail approfondi que celle-ci est aujourd'hui débattue dans notre hémicycle. Si un certain nombre d'entre nous estiment que le sujet ne les intéresse pas, c'est un autre problème.

[M. Bernard Accoyer](#). C'est pour qui, ça ?

[Mme Kheira Bouziane](#). La loi du 5 juillet 2011 a été élaborée à la suite de faits dramatiques. Elle a d'ailleurs, en son temps, été contestée par l'ensemble des professionnels de la santé et de la justice. Après deux ans d'application, elle devait être corrigée. Cette proposition de loi fait également écho à la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012.

Il faut le noter : l'encadrement légal des soins psychiatriques concerne dans notre pays plus de 60 000 personnes. Le nombre de placements sous contrainte a augmenté de plus de 40 % entre 2006 et 2011. Aussi devons-nous examiner en conscience les conditions qui garantissent les droits des personnes en rompant avec la politique sécuritaire qui stigmatise les malades psychiatriques qui peuvent être – il faut le reconnaître – exceptionnellement, voire rarement dangereux, et souvent victimes de violences et de maltraitements. Trouver un juste équilibre entre la prise en charge du patient et toutes les contraintes administratives auxquelles les acteurs sont confrontés est un enjeu primordial.

Tout d'abord, je me félicite de la suppression du régime spécial défini pour les UMD : il s'agit d'un point important. La réduction des délais, dont nous débattons tout à l'heure, constitue aussi une avancée pour ceux de nos concitoyens relevant du dispositif. Enfin, considéré comme inutile et source d'une plus grande bureaucratie, le certificat des huit jours a été supprimé : cela rendra plus fluides les actions en la matière.

Particulièrement attachée à la protection de la vie privée des patients et à la garantie d'un traitement digne, je me réjouis que l'audience au sein de l'hôpital devienne la norme. Cela a été dit : elle évite la confusion entre patient et délinquant.

Présumer qu'un patient hospitalisé sans son consentement est en mesure de décider ou non de recourir à un avocat était une erreur. Cette proposition de loi prévoit l'assistance obligatoire d'un avocat pour assurer au patient une meilleure protection : il s'agit d'une avancée réelle.

Alors, bien que ces mesures constituent un progrès de la prise en charge des patients, de nombreuses interrogations demeurent. Toutes ces mesures sont nécessaires ; il sera primordial d'assurer les moyens permettant de les rendre effectives.

Aussi, je souhaite insister particulièrement sur un point : l'assistance obligatoire d'un avocat, que je soutiens bien entendu. Cette mesure n'est pas sans conséquences financières. Si certains patients peuvent bénéficier de l'aide juridictionnelle, cela peut représenter pour d'autres une charge considérable.

[M. Bernard Accoyer](#). Il n'y a pas eu d'étude d'impact !

[Mme Kheira Bouziane](#). Chers collègues, cette dépense a un lien direct avec la santé de la personne.

[M. Bernard Accoyer](#). Cela n'a rien à voir !

[Mme Kheira Bouziane](#). Je souhaite donc qu'une réflexion soit conduite pour une prise en charge sociale – au sens large du terme – de cette assistance juridique, à l'instar de certaines catégories de personnes qui bénéficient aujourd'hui de dérogations pour obtenir l'aide juridictionnelle. On ne choisit pas d'être interné.

Une loi n'étant jamais parfaite, elle doit pouvoir faire l'objet de corrections au vu de son application : l'exercice auquel nous nous livrons aujourd'hui y contribue de façon significative.

En conclusion, même si les corrections apportées par la présente proposition de loi étaient nécessaires, les attentes des patients, de leur famille et de l'ensemble des professionnels concernés sont encore nombreuses. La question de la santé mentale devra trouver toute sa place dans une grande réforme de la santé, avec une loi sanitaire qui garantisse à la fois la qualité des soins et les libertés individuelles, une loi qui réponde aux attentes d'un pays comme la France en conformité avec les pratiques européennes et l'évolution de la médecine.

Pour toutes ces raisons, je vous invite, chers collègues, à adopter cette proposition de loi. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et GDR.*)

[M. le président](#). La parole est à M. Jérôme Guedj.

[M. Jérôme Guedj](#). Monsieur le président, madame la ministre, madame la présidente de la commission, monsieur le rapporteur, légiférer sur la maladie mentale est toujours un défi. Chacun se souvient de cette affirmation péremptoire de Jean-Jacques Rousseau, qui se trompait en écrivant dans le *Contrat social* : « La folie ne fait pas droit. » En effet, notre culture juridique fondée sur le libre-arbitre a souvent des difficultés à traiter avec justice ceux qui, en raison de la maladie mentale, peinent à être des sujets de droit.

Nous avons longtemps regardé les fous exclusivement comme des facteurs de trouble et comme une menace sociale : il suffit de se replonger dans *L'Histoire de la folie à l'âge classique* de Michel Foucault. Il aura fallu bien du temps pour passer de la loi de 1838 sur les aliénés à la loi Évin du 27 juin 1990 relative – chaque mot compte – « aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », qui avait pour fil conducteur la promotion des droits des malades hospitalisés, une meilleure garantie des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement, des actions pour favoriser la réadaptation, la guérison ou la réinsertion sociale et la mise en place d'un meilleur contrôle des conditions d'hospitalisation.

Pourtant, rien n'est jamais acquis. J'ai en tête les paroles de mon ami psychiatre du service public Michaël Guyader, qui me disait, au lendemain du discours prononcé à l'hôpital Érasme par Nicolas Sarkozy : « Nous avons eu tort d'imaginer le progrès des aliénistes comme définitif. Il nous faut à chaque instant être vigilant. Il est nécessaire de replacer la dimension médicale au cœur de notre approche de la maladie mentale car, sinon, nous versons dans ce que certains psychiatres ont appelé la "nuit sécuritaire". Nous devons aussi regarder les malades mentaux comme des sujets de droit à part entière. » C'est fort opportunément ce que les décisions du Conseil constitutionnel nous ont invités à faire.

C'est ce que nous faisons aujourd'hui, s'agissant des soins sans consentement, dans cette proposition de loi. Je me réjouis donc que l'on rétablisse des sorties de courte durée, que la loi de 2011 avait limitées à une durée maximale de douze heures. Contrairement à ce que le discours sécuritaire nous fait croire, les personnes hospitalisées sans leur consentement ne sont pas plus dangereuses que les autres.

Je me réjouis également que l'on renforce le contrôle du régime juridique des soins sans consentement, en réduisant – cela a été évoqué – de quinze à dix jours le délai de saisine du juge des libertés et que l'on impose l'assistance d'un avocat. En effet, les personnes les plus malades doivent pouvoir bénéficier de cette protection, car elles ne sont pas toujours en mesure de pouvoir la demander par elles-mêmes.

Que les audiences des personnes malades se tiennent à l'hôpital, voilà aussi une bonne mesure, un réel progrès : les contraindre à se rendre au tribunal était difficilement compréhensible pour des personnes malades qui n'avaient pas commis d'actes répréhensibles. Ceci entretenait une certaine confusion.

Comme vous l'avez rappelé, madame la ministre, cette loi est une première étape. Elle devra nous amener, dans la suite des travaux et des auditions menés par la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie – je veux saluer à mon tour le travail conduit par le président et par le rapporteur Denys Robiliard – à répondre à une demande forte : nous le savons, 20 % de la population est un jour ou l'autre, dans sa vie, concernée par la maladie mentale et deux millions de personnes sont des malades chroniques.

Il existe donc plusieurs piliers sur lesquels il nous faut travailler. Notre système de prise en charge de la santé mentale reste trop cloisonné. J'ai eu le bonheur de présider, pendant dix ans, un établissement de santé mentale : l'hôpital Barthélémy-Durand à Étampes. Même si nous étions dans un lieu d'invention du décroisonnement, nous mesurions chaque jour que l'hospitalisation reste trop importante, alors que les alternatives méritent d'être beaucoup plus développées. Il est temps que l'hôpital soit un partenaire et n'ait pas seulement des partenaires. Inspirons-nous de l'exemple de l'établissement public de santé mentale Lille Métropole, qui applique depuis des années les recommandations de l'OMS et qui a réussi à ouvrir complètement le service d'hospitalisation sur la ville. Renforçons également les liens avec le secteur social, médico-social et les médecins traitants : les associations de patients le réclament et elles ont raison. Il est urgent de mettre en place des parcours de vie pour les personnes malades qui suppriment les décroisonnements que j'ai évoqués, et que l'on parle de logement, de travail, d'isolement, d'insertion dans la cité, tous sujets sur lesquels les conseils locaux de santé mentale peuvent être de bons outils. Il nous faudra aussi parler des maladies somatiques dont souffrent les personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'espérance de vie des personnes hospitalisées en hôpitaux psychiatriques est sensiblement inférieure à celle de la population dans son ensemble.

Il faut aussi travailler sur les diagnostics, trop souvent posés tardivement, évaluer les pratiques psychiatriques, réfléchir à la santé mentale en prison, insuffisamment prise en compte, et développer la recherche : la France n'y consacre que 2 % de son budget relatif à la santé mentale, contre 7 % en Angleterre.

Enfin, il convient de travailler sur l'accès aux soins et l'organisation territoriale de l'offre, qui reste problématique, avec une répartition des médecins psychiatres très hétérogène sur l'ensemble du territoire et des écarts d'un à dix selon les départements, non seulement en ville mais aussi à l'hôpital.

Je ne doute pas, madame la ministre, que des réponses plus complètes seront apportées dans la future loi de santé publique. La mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, dont je suis membre, poursuit ses travaux en ce sens car, comme le disait Louis Pasteur, on peut « guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours ». Puisque la présidente Lemorton a eu la bonne idée de citer Lucien Bonnafé, un psychiatre qui a beaucoup marqué mon département de l'Essonne, je veux terminer en citant un autre psychiatre essentiel : Tony Lainé. Je souhaite que nous répondions à l'invitation qu'il lançait lorsqu'il disait qu'il ne fallait pas renoncer à notre profonde solidarité avec la folie qu'il y a dans l'autre. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

M. le président. La discussion générale est close.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, je vais m'efforcer de répondre à l'ensemble des orateurs qui sont intervenus dans la discussion générale. Je remercie tout d'abord mes collègues des félicitations qu'ils m'ont bien injustement adressées ; je ne les commenterai pas. Je veux ensuite répondre aux questions qu'ils m'ont posées, en me réjouissant évidemment de leur approbation et en remerciant tout particulièrement Mme Fraysse, M. Sebaoun et Mme Bouziane, pour l'assiduité remarquable dont ils font preuve dans le cadre de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Cette mission, créée en novembre 2012, a débuté ses travaux, monsieur le président Accoyer, en février 2013, et elle est présidée par notre collègue Jean-Pierre Barbier.

Le docteur Sebaoun s'interrogeait sur la capacité réelle d'un patient à comprendre le programme de soins qui lui est communiqué et à donner un avis. Si la question peut se poser, le patient est parfois parfaitement à même de comprendre et, quel que soit l'état de la personne, la recherche de l'alliance thérapeutique est essentielle. Qu'elle trouve de cette manière – peut-être n'est-ce pas la plus adroite – une traduction légale n'est pas inintéressant. Au demeurant, si elle figure d'ores et déjà dans la loi, c'est bien parce qu'il s'agit d'une exigence conventionnelle – je pense à la Cour européenne des droits de l'homme – et sans doute aussi constitutionnelle. C'est la raison pour laquelle cela demeurera dans la loi.

La question des transports, que vous avez évoquée à plusieurs reprises – j'y reviendrai dans ma réponse à M. Fritch –, me semble réglée aujourd'hui par la loi. Le problème est celui de l'effectivité de la loi et de la conclusion et de la mise en œuvre des conventions qui devraient être localement passées entre les hôpitaux, l'ARS et les collectivités locales. C'est un problème de moyens et non plus, me semble-t-il, de législation.

Je me réjouis évidemment des propos qu'a tenus notre collègue Jérôme Guedj. Par une belle citation, il a inscrit notre propos dans l'histoire de la pensée puisqu'il est remonté jusqu'à Rousseau. La question des malades mentaux relève bien, me semble-t-il, de l'essence du politique et de ce que nous devons faire en tant que législateurs. J'ajouterai que Mme Bouziane pose une vraie question en ce qui concerne l'aide juridictionnelle : si nous proposons que l'assistance soit de droit, son financement au titre de l'aide légale ne l'est pas. Toutefois, dans une très grande majorité des cas, les malades mentaux bénéficient de cette assistance, par application de l'article 19 de la loi de 1991. Compte tenu des délais de mise en œuvre de la loi, nous aurons évidemment la possibilité d'y revenir, si nous souhaitons corriger ce point, mais cela ne peut pas être fait aujourd'hui.

Monsieur Roumegas, vous partagez pour l'essentiel mes analyses. Vous avez également beaucoup parlé de dispositions qui ne sont pas dans la loi mais figureront dans une future loi sur la santé mentale. Je ne m'expliquerai donc pas à ce propos, si ce n'est pour vous dire que les travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie se poursuivent et que, dans ce cadre, nous pensons que deux aspects que vous avez largement abordés peuvent constituer des solutions. Il s'agit en premier lieu des conseils locaux de santé mentale, qui sont sans doute un outil très approprié en termes de déstigmatisation et d'accès des malades mentaux aux dispositifs de droit commun. Ce sera sans doute l'objet d'une des recommandations de la mission, mais j'anticipe sans doute un peu. Il s'agit en deuxième lieu de la question de la formation des infirmières et des infirmiers. On sait que le statut spécifique des infirmiers psychiatriques a été supprimé en 1992 : la dernière génération des infirmiers psychiatriques a achevé sa formation en 1993. Cela se ressent dans les services psychiatriques. Là encore, la question d'une spécialisation – sans qu'il soit question de revenir à l'ancienne formation – peut s'envisager. Cela fait partie des éléments auxquels réfléchit la mission et qui pourront faire l'objet d'un travail que le Parlement aura à accomplir avec le Gouvernement.

Je me félicite des propos de Mme Dubié. Nous sommes sur la même ligne et fondamentalement en accord : je ne commenterai donc pas de manière plus détaillée son intervention.

Madame Fraysse, vous me suivez sur l'essentiel et, sans en être trop étonné, je m'en réjouis. Vous trouvez toutefois que nous n'allons pas suffisamment loin, que nous aurions dû poser la question du rôle du préfet. Nous aurons à travailler sur ces questions, peut-être pas dans le cadre d'une loi de santé mentale, mais à l'occasion d'une grande loi de santé publique. Il nous reste beaucoup de propositions à faire. En ce qui concerne le rôle du préfet, les choses ne sont pas simples. D'une part, le préfet est intimement associé aux questions d'ordre public. D'autre part, si la décision ne relève pas du préfet, à qui appartient-elle ? La majorité des décisions prises en matière d'hospitalisation sous contrainte ne sont pas prises par le préfet : 75 % de ces hospitalisations constituent des décisions administratives émanant du directeur d'établissement et seules 25 % d'entre elles sont décidées par le préfet. Il faut toujours avoir cela à l'esprit pour apprécier la réalité des choses et réfléchir à ces questions. L'alternative serait que le juge prenne la décision, comme cela se passe dans un certain nombre de pays européens, mais, si tel est le cas, comment le fait-il ? Est-ce une décision administrative sans contradictoire préalable, alors que l'essence de la justice réside dans le contradictoire ? Quel est l'intérêt d'une décision administrative pour le patient ? Si elle est prise de surcroît *ab initio*, quels éléments nourriront le dossier ? Faut-il que le juge rencontre la personne ? Si tel est le cas, il la rencontrera, dans la majorité des cas, alors qu'elle se trouve en crise, ce qui n'est pas le meilleur moment pour tenir une audience judiciaire. Des questions extrêmement lourdes demeurent donc posées. J'observe d'ailleurs qu'en 2007, si ma mémoire est bonne, le rapport Strohl avait déjà préconisé ces mesures, qui n'ont pas été mises en œuvre.

Monsieur Fritch, vous avez posé d'intéressantes questions – je me réjouis d'ailleurs que le groupe UDI au grand complet puisse voter cette proposition de loi – tout en exprimant un certain nombre de positions sur lesquelles je ne vous suis pas. Vous estimez que les dispositions relatives au ministère d'avocat sont superfétatoires car elles s'imposent de droit. Je ne partage pas cette analyse : ce n'est pas parce que le ministère d'avocat est possible qu'il est obligatoire. Devant un tribunal correctionnel, sauf cas particulier, la personne n'est pas nécessairement assistée. La loi ne le prévoit d'ailleurs pas, contrairement à la cour d'assises, où il existe une obligation d'assistance : si le client ne souhaite pas que son avocat s'exprime, la tradition veut qu'il reste taisant, tout en restant au banc de la défense, à disposition de son client qui, à tout moment, peut se raviser. Celui-ci peut ainsi toujours compter sur un professionnel qui a étudié le dossier. On ne se trouve pas dans ce cas de figure. Si nous souhaitons que les patients soient systématiquement assistés devant le juge, il faut que nous le prévoyions. La loi du 5 juillet 2011 dispose que, si le patient, disposant d'un certificat médical, n'est pas présent devant le juge, il est obligatoirement représenté. Mais, hors ce cas, lorsque le patient est présent, il n'est pas nécessairement assisté : c'est à son choix. Il n'est donc pas superfétatoire que de le préciser.

Vous posez également la question des transports, notamment dans les cas nécessitant une nouvelle hospitalisation après la rupture d'un programme de soins.

Tout d'abord, la façon dont le Conseil constitutionnel a analysé la loi du 5 juillet 2011 permet de clarifier la question. En effet, ce dernier a affirmé de façon catégorique, et il faudra à cet égard consulter les conventions qui auront été rédigées, que les programmes de soins ne pouvaient pas faire l'objet d'une coercition. Au vu de cette interprétation, que nous avons donc choisi d'incorporer à la proposition de loi, nous proposons d'en rester à ce stade.

S'il y a rupture de soins, le psychiatre avise : quelle est la gravité des faits ? Quelle est la situation du patient ? Faut-il, pour pouvoir recourir à la coercition, passer à l'hospitalisation complète ? Cette dernière solution est la seule à laquelle le praticien peut recourir, et c'est seulement s'il choisit de le faire qu'il sera alors possible de prendre en charge, au sens le plus fort du terme, c'est-à-dire d'aller chercher le patient et de le transporter.

Ces dispositions figuraient dans la loi du 5 juillet 2011 et sont donc inscrites dans le code de la santé publique. Il était toutefois prévu un décret qui n'a pas été pris. L'article L. 3222-1-2 de ce code prévoit des conventions de suivi des patients en programme de soins – pour ne pas être trop long, je vous épargnerai l'énumération des parties à la convention – et comporte un volet de réintégration. Je vous renvoie également à l'article L.3222-1-1 A sur l'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques, qui me paraît répondre à votre question.

Monsieur Accoyer, je n'oublie évidemment pas de vous répondre. Je me réjouis tout d'abord que vous souscriviez à une partie de la proposition de loi. Vous comprendrez néanmoins que je ne sois pas d'accord avec vous sur les autres éléments que vous avez développés.

Vous avez évoqué la question de la procédure parlementaire. Je sais bien qu'il est intéressant que les projets de loi comportent obligatoirement une étude d'impact et qu'ils soient adressés au préalable au Conseil d'État. Toutefois, je suis étonné que, chaque fois qu'une proposition de loi traite d'un sujet intéressant, important, touchant au cœur des libertés, on parte du principe que, émanant d'un parlementaire, elle serait nécessairement insuffisante par rapport à un projet. Sur le plan constitutionnel, la proposition est au même rang que le projet. Est-ce parce qu'une proposition est d'initiative parlementaire qu'elle est nécessairement de moindre rang, moins étayée, moins intéressante, moins travaillée qu'un projet ?

Au demeurant, j'avoue que, sur cette proposition – mais vous ne l'ignorez sans doute pas –, j'ai travaillé main dans la main avec le Gouvernement, en prenant mes responsabilités de parlementaire, en écoutant attentivement et en ayant des discussions parfois franches, comme on le dit en matière diplomatique. Par conséquent, que ce texte soit une proposition de loi ne me paraît pas condamnable et ne devrait pas à mon sens faire l'objet d'observations particulières si nous voulons donner au Parlement le rôle qui doit être le sien.

Vous mettez ensuite en cause le calendrier, faisant remarquer que, puisque nous sommes le 25 juillet et que c'est le dernier jour de la session, les bancs ne sont pas pleins. Seriez-vous comme ces écoliers qui estiment que le dernier jour d'école, on joue à la belote ?

[M. Bernard Accoyer](#). Et l'urgence, alors ?

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Je vais revenir sur le choix de la procédure accélérée. Le dernier jour de la session, nous siégeons : les parlementaires travaillent et les textes qu'ils adoptent sont de véritables lois dont le rang n'est pas inférieur à celui des textes adoptés l'avant-dernier jour de la session. Où fixer la limite, dans ce cas ? Si on ne peut légiférer le dernier jour de la session, alors l'avant-dernier jour et l'antépénultième pourraient également être considérés comme non propices à nos travaux et on ne s'en sortirait pas !

J'en viens à la procédure accélérée.

[M. Bernard Accoyer](#). Dix-huit mois !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Le Conseil constitutionnel a différé l'effet de sa décision au 1^{er} octobre 2013, ce qui correspond bien à un délai de dix-huit mois, monsieur Accoyer. Permettez-moi cependant de rappeler que le travail a commencé, s'agissant de la seule hospitalisation sous contrainte, non pas avec le dépôt de ma proposition de loi mais avec la création de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, en novembre 2012, soit sept mois après la décision du Conseil constitutionnel. Cette mission avait d'ailleurs un caractère transpartisan, monsieur Accoyer, c'est pourquoi je m'étonne de la demande que vous avez formulée à ce propos...

[M. Bernard Accoyer](#). Ce que j'ai dit était pour l'avenir ! Quant à la mission, elle a terminé son travail !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Je vous le concède, mais le fait de demander une mission transpartisane semble induire que celle dont je suis le rapporteur et dont M. Barbier est le président ne le serait pas. Je vous réponds donc qu'une mission a effectivement travaillé sur ce sujet et qu'elle a effectué une trentaine d'heures d'audition. Là encore, je ne vous suis pas.

[M. Bernard Accoyer](#). Et l'absence d'étude d'impact ?

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. La mission qui a été menée a peut-être permis de pallier l'absence d'étude d'impact...

[M. Bernard Accoyer](#). Pas pour les magistrats !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. ...car elle a fourni un vrai travail sur ce plan.

Concernant la procédure suivie pour l'élaboration de cette proposition, j'ai entendu avec surprise que vous considériez que nous n'aurions mené presque aucune audition.

Je vous renvoie à la liste des auditions auxquelles nous avons procédé – elles sont au nombre de vingt-sept, si ma mémoire est bonne –, qui figure à la page 141 du rapport : nous avons entendu les représentants des usagers et des familles, les syndicats des personnels soignants, les fédérations hospitalières, les établissements de santé, les magistrats, greffiers et avocats, et, enfin, les autorités administratives indépendantes qui nous paraissaient devoir être consultées sur le sujet, à savoir M. Delarue, contrôleur général des lieux de privation de liberté, le Défenseur des droits et, bien qu'elle ne soit pas une autorité administrative indépendante, la Commission nationale consultative des droits de l'homme. De véritables auditions ont donc eu lieu et il en est rendu compte dans mon rapport.

Avant d'en venir au fond, je souhaiterais faire une observation : monsieur Accoyer, vous affirmez que la proposition de loi, sur le statut des UMD, serait en contradiction avec les conclusions de la mission, mais ce n'est pas du tout le cas ! Je vous invite à comparer les recommandations de la mission au contenu du rapport.

Permettez-moi de citer un extrait de la page 19 du rapport d'information que j'ai déposé dans le cadre de la mission : « S'agissant des personnes séjournant en UMD, le maintien d'un régime distinct n'apparaît pas justifié. » Je cite ensuite les propos de Mme Questiaux. À la fin de cette même page figure le paragraphe suivant : « Dès lors, le maintien, à l'égard [des personnes ayant séjourné en UMD pendant un an ou plus], d'un régime renforcé pour la mainlevée des mesures de soins sous contrainte ne semble pas nécessaire, d'autant qu'il pèse à l'heure actuelle sur les personnes ayant séjourné en UMD au cours des dix dernières années, instituant de fait une sorte de " casier médical ". »

[M. Bernard Accoyer](#). Mais vous oubliez votre première proposition, dans laquelle vous dites exactement le contraire !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Non, c'est faux ! Certes, nous n'envisagions pas, lorsque j'ai déposé ma première proposition, de supprimer purement et simplement le statut légal de l'UMD.

[M. Bernard Accoyer](#). Merci de le reconnaître !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Je ne reconnais rien, monsieur Accoyer, je dis simplement que vous faites une interprétation clairement erronée des termes du rapport que je viens de vous citer.

[M. Bernard Accoyer](#). Mais cette interprétation est la vôtre ! Regardez donc à la page 63 !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Il ne faut pas confondre la partie et le tout. Peut-être y a-t-il eu une erreur d'interprétation de votre part, ce qui signifierait, mais cela serait étonnant, que vous n'auriez pas lu le rapport lui-même.

J'en viens maintenant au fond. Tout d'abord, concernant l'analyse de la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, vous revenez sur deux points : les UMD et les irresponsables pénaux.

En premier lieu, au sujet des irresponsables pénaux, le Conseil constitutionnel indique dans le considérant n° 28 de cette décision : « Considérant que la transmission au représentant de l'État par l'autorité judiciaire est possible quelles que soient la gravité et la nature de l'infraction commise en état de trouble mental ; que les dispositions contestées ne prévoient pas l'information préalable de la personne intéressée ; que, par suite, faute de dispositions particulières relatives à la prise en compte des infractions ou à une procédure adaptée, ces dispositions font découler de cette décision de transmission, sans garanties légales suffisantes, des règles plus rigoureuses [...] ; ».

Tel est ce qui fonde la déclaration d'inconstitutionnalité de la disposition.

Il est bien fait référence à plusieurs éléments : la gravité et la nature de l'infraction commise puis, concernant la procédure, le défaut d'information préalable de la personne et l'absence de procédure adaptée. On peut se demander si l'inconstitutionnalité découle de la réunion de ces trois éléments ou si chaque élément séparément constitue un motif suffisant. Pour être honnête, monsieur Accoyer, je ne pourrais pas vous répondre de manière assurée sur ce point.

Permettez-moi de vous exposer un exemple que j'ai rencontré non pas en tant que parlementaire mais dans le cadre de ma profession : une personne qui était montée sur une voiture parce qu'elle avait des bouffées délirantes, accomplissant ainsi un acte de dégradation volontaire qui n'était pas d'une gravité insigne, a été à l'époque hospitalisée d'office. Cette personne relèverait à présent du régime particulier, qui prévoit au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes et au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens. Les précautions que prend la loi se justifient vis-à-vis du peuple français.

En second lieu, s'agissant des UMD, elles constituent un dispositif thérapeutique, un dispositif de soins. Certes, elles répondent à une exigence de sécurité, et il suffit de visiter une UMD pour s'en apercevoir : c'est parfaitement sécurisé. Mais fondamentalement, les UMD permettent, grâce à un encadrement humain renforcé – le taux d'encadrement des UMD est beaucoup plus élevé que celui des unités de soins psychiatriques ordinaires –, d'améliorer la situation des patients. Il est d'ailleurs intéressant de constater dans ce cadre que l'humain est soignant et que, pour reprendre un vieux proverbe wolof, « l'homme est le remède de l'homme ». Voilà ce que sont les UMD.

Pourquoi faudrait-il que le passage en UMD, quelle qu'en soit la durée, se traduise par un régime dérogatoire s'agissant des conditions de levée de l'hospitalisation sans consentement ? Telle est ma réponse.

J'ai noté, monsieur Accoyer, que nous n'étions pas du tout d'accord – mais votre position est légitime – sur cette analyse. Mais puisque votre analyse est motivée par le critère de la dangerosité, je vous renverrai à la recommandation n° 1 de la commission d'audition sur la notion de dangerosité psychiatrique de la Haute autorité de santé – c'est le dernier extrait dont je vous ferai la lecture : « Il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu'elles en sont plus souvent les victimes principales. » (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC, écologiste et GDR.*)

[Mme Jacqueline Fraysse](#). Très bien !

[M. Christian Paul](#). Excellent rapporteur !

[M. le président](#). La parole est à Mme la ministre.

[Mme Marisol Touraine](#), *ministre*. Je serai extrêmement brève, puisque M. le rapporteur a répondu à l'ensemble des questions qui avaient été posées.

Je voudrais d'abord saluer la tonalité de la quasi totalité des interventions qui, à une exception près, se sont inscrites dans le prolongement des propos de Mme la présidente de la commission, Catherine Lemorton : ce texte vise bien, au fond, comme vous l'avez exprimé, et ainsi que le souhaite le Gouvernement, à rompre avec une approche sécuritaire. Mme Jeanine Dubié a insisté sur le fait qu'il était important de déstigmatiser les patients, et c'est bien l'enjeu de cette proposition de loi.

J'en viens aux points précis qui ont été évoqués et qui étaient plus spécifiquement adressés au Gouvernement.

Mme Lemorton, Mme Fraysse et M. Guedj ont mis l'accent sur la nécessité d'inscrire le travail engagé sur la santé mentale dans une approche plus large de santé publique. La réflexion sur la notion de parcours de soins doit évidemment pouvoir concerner aussi les patients atteints de troubles psychiques, puisque, l'un d'entre vous l'a indiqué – je crois que c'est Jérôme Guedj –, il y a de plus en plus de malades mentaux chroniques. Nous ne pouvons donc pas agir comme s'il y avait, d'un côté, les maladies chroniques et, de l'autre, la santé mentale : nous devons avoir une approche commune.

Faut-il une loi spécifique relative à la santé mentale ? C'est à cette question que je voulais répondre. De très nombreux interlocuteurs issus du milieu psychiatrique souhaitent que des principes de santé publique soient posés qui s'appliquent aussi à la santé mentale et dont on puisse déduire des règles plus précises adaptées aux spécificités de cette matière.

La loi de santé publique prévue pour l'année prochaine posera les principes de la stratégie nationale de santé. Elle visera notamment à déterminer une nouvelle approche de la prévention, afin que celle-ci ne soit plus opposée aux soins. Cette approche et ces principes généraux s'appliqueront à la santé mentale comme à l'ensemble de la santé publique.

Voilà qui participe aussi d'une approche de déstigmatisation, pour reprendre la formule utilisée par Mme Dubié.

Jean-Louis Roumegas a mis l'accent sur la nécessité de limiter la visioconférence de façon extrêmement stricte. C'est bien la volonté du Gouvernement. La visioconférence ne peut en aucun cas se substituer systématiquement à l'audience. Moins il y aura de visioconférences, mieux ce sera, quand bien même on ne peut les écarter totalement. Quoi qu'il en soit, il faut bien évidemment un avis médical.

M. Sebaoun a mis l'accent sur les difficultés que rencontrent les patients atteints de troubles psychiques dans l'accès à leur dossier médical, non pas que cet accès leur soit interdit, mais parce que ces troubles peuvent les gêner pour en prendre connaissance. Pour la même raison, ces patients peuvent avoir du mal à exprimer leur avis. J'ai confié à Mme Claire Compagnon une mission sur la place des représentants des usagers dans les établissements de santé. Je souhaite que, dans le cadre de cette mission, la situation de l'ensemble des personnes vulnérables soit particulièrement prise en considération. Au nombre de ces personnes vulnérables, il y a, bien évidemment, les patients atteints de troubles psychiques.

Monsieur Fritch, vous avez insisté sur un point très important, celui du maintien en UMD du fait du nombre insuffisant de places dans les établissements. Vous avez même dit que certains établissements, en dépit du fait que, d'un point de vue géographique, ils sont les établissements de référence pour les patients, refusent d'en prendre en charge certains au motif qu'ils ne souhaitent pas s'occuper de personnes venant de façon intermittente. J'ai donné une instruction aux agences régionales de santé pour que les établissements soient sensibilisés sur ce point. Les patients ne doivent pas se retrouver dans une situation où, en l'absence de place en établissement, ils sont contraints de rester en UMD.

Madame Bouziane, vous avez évoqué la question de l'assistance juridique. C'est là un principe important, qui ne doit pas, toutefois, dans sa mise en œuvre, se retourner contre les patients et aboutir à des restes à charge importants. Aujourd'hui, nous évaluons à 90 % la proportion de patients éligibles à l'aide juridictionnelle. C'est une première réponse car, pour toutes ces personnes, les frais d'avocats pourront être pris en charge par l'État.

Voilà les réponses que je voulais vous fournir avant que nous engagions le débat sur les articles de ce texte. *(Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)*

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

Ordre du jour de la prochaine séance

[M. le président](#). Prochaine séance, cet après-midi, à quinze heures.

Suite de la discussion de la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie ;

Discussion de la proposition de loi fixant le nombre et la répartition des sièges de conseiller de Paris.

La séance est levée.

(La séance est levée à treize heures cinq.)

Deuxième séance du jeudi 25 juillet 2013

SOMMAIRE

[Présidence de M. Marc Le Fur](#)

1. Soins sans consentement en psychiatrie

DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1er

Amendement n° 41 rectifié

M. Denys Robiliard, rapporteur de la commission des affaires sociales

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé

Article 2

M. Bernard Accoyer

Article 3

Amendements n^{os} 42 deuxième rectification , 1

Avant l'article 4

Amendement n° 43

Article 4

M. Bernard Accoyer

Amendement n° 5

Article 5

M. Gilles Lurton

M. Gérard Sebaoun

Amendements n^{os} 3 , 4 , 54 , 40 , 45

[Article 6](#)

[M. Gilles Lurton](#)
[M. Gérard Sebaoun](#)
[M. Bernard Accoyer](#)
[M. Gérard Sebaoun](#)
Amendements n^{os} [56](#) , [2](#)

[Article 6 bis](#)

[Article 7](#)

[Article 7 bis](#)

[Article 8](#)

Amendements n^{os} [6](#) , [49](#)

[Article 9](#)

Amendement n^o [7](#)

[Article 10](#)

Amendement n^o [46](#)

[Article 11](#)

Amendements n^{os} [58](#) , [44 rectifié](#) , [59](#)

[Article 12](#)

Amendement n^o [55](#)

[Article 13](#)

Amendement n^o [57](#)

[Titre](#)

Amendement n^o [48](#)

[EXPLICATIONS DE VOTE](#)

[Mme Annie Le Houerou](#)
[M. Bernard Accoyer](#)
[Mme Jacqueline Fraysse](#)
[M. Jean-Louis Roumegas](#)
[M. Édouard Fritch](#)

[VOTE SUR L'ENSEMBLE](#)

PRESIDENCE DE M. MARC LE FUR, VICE-PRESIDENT

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à quinze heures.)

Soins sans consentement en psychiatrie

SUITE DE LA DISCUSSION D'UNE PROPOSITION DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion, après engagement de la procédure accélérée, de la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie (n^{os} 1223, 1284).

DISCUSSION DES ARTICLES

M. le président. J'appelle maintenant, dans le texte de la commission, les articles de la proposition de loi.

Article 1^{er}

M. le président. La parole est à M. Denys Robiliard, rapporteur de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n^o 41 rectifié.

M. Denys Robiliard, rapporteur de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Avis favorable.

(L'amendement n^o 41 rectifié est adopté.)

(L'article 1^{er}, amendé, est adopté.)

Article 2

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

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, votre diligence remarquable, que je tiens à saluer, ne m'a pas permis de prendre la parole à l'article 1^{er}. Je voudrais tout de même souligner son importance. En effet, l'article 1^{er} passe un peu rapidement sur une avancée majeure de la loi de 2011, qui avait substitué à la notion d'hospitalisation sous contrainte celle de soins sans consentement. Cette loi avait ouvert la voie à des pratiques beaucoup plus conformes aux besoins des malades et permis d'apporter une réponse à leur souffrance, à leur maladie et à leur trouble.

Des avancées considérables avaient pu être observées grâce au dispositif qui consiste, d'une certaine façon, à contraindre un malade à suivre des soins sans pour autant le faire entrer dans le mécanisme d'une hospitalisation sans consentement. Prenons l'exemple d'un psychotique : lorsqu'il est en hospitalisation sous contrainte et qu'il suit son traitement, ses symptômes s'estompent, et même disparaissent. Son état est infiniment meilleur pour lui et pour ceux qui l'entourent. Mais lorsqu'il sort, si son traitement a des effets secondaires pénibles par exemple, et comme de surcroît il n'est pas conscient de son état pathologique, ou en tout cas de ce qu'il pourrait revenir, il arrête son traitement et rechute dans des souffrances et des comportements qui sont évidemment gênants pour lui, pour les autres et pour la société, parfois même dangereux.

Ce mécanisme de la contrainte des soins en ambulatoire a donc apporté, dans de nombreux cas, des avancées considérables, en particulier chez des malades psychotiques chroniques qui passaient constamment de l'hôpital aux soins ambulatoires. Comme ils ne respectaient plus les contraintes d'administration de neuroleptiques en soins ambulatoires, ils rechutaient, suscitant la plus vive inquiétude parmi leurs proches : c'était une souffrance indescriptible. Ce mécanisme a apporté, de l'avis de tous, un progrès considérable, qui est indiscutable et qui doit être souligné. Il faut donc, au sujet de l'article 1^{er} comme de l'article 2, souligner les avancées de la loi de 2011.

L'article 2, quant à lui, rétablit la possibilité des sorties de courte durée, que l'on appelait autrefois les « sorties d'essai ». Cet article présente donc beaucoup d'avantages, et il reprend même ce qu'avait proposé Guy Lefrand, rapporteur de la loi de 2011. En conséquence, nous le voterons.

(L'article 2 est adopté.)

Article 3

M. le président. La parole est à M. Denys Robiliard, pour soutenir l'amendement n° 42, deuxième rectification.

M. Denys Robiliard, *rapporteur.* Il s'agit d'adapter à la décision du Conseil constitutionnel les modalités de reprise en charge d'une personne qui est en rupture de soins.

(L'amendement n° 42, deuxième rectification, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 1.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à permettre aux parlementaires de visiter les lieux de privation de liberté en milieu psychiatrique, comme ils le font pour les établissements pénitentiaires, mais aussi les locaux de garde à vue ou les centres de rétention et les zones d'attente.

Cette disposition garantirait d'abord l'exercice du contrôle parlementaire, ce qui serait une bonne chose, puisqu'il s'agit bien d'un cas de privation de liberté et que le juge des libertés intervient en ce domaine. Ce serait également une expérience intéressante pour les parlementaires, à titre d'information sur des sujets sensibles. Et plus largement, on peut souhaiter que la psychiatrie ne soit pas un espace qui échappe au contrôle démocratique. Mais de cela, nous reparlerons évidemment à l'occasion de l'examen de la loi de santé publique.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur.* Favorable. J'insiste, dans vos propos, monsieur Roumegas, sur le fait que cette disposition n'est évidemment pas dirigée contre les établissements hospitaliers. Il s'agit, comme vous l'avez indiqué, d'un droit de regard, et ce doit aussi être l'occasion d'un dialogue entre les élus et les soignants. Vous avez fait référence, lors de votre intervention dans la discussion générale, aux conseils locaux de santé mentale, les CLSM. Je crois que nous sommes dans le même état d'esprit et que c'est par le dialogue que l'on parviendra à comprendre ce qui se passe et à lutter contre la stigmatisation.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Je donne un avis favorable à cet amendement, qui va dans le sens d'une plus grande transparence et d'une plus grande ouverture de ces lieux qui peuvent susciter des interrogations du fait même qu'ils ne peuvent pas être visités par les représentants de la nation.

(L'amendement n° 1 est adopté.)

(L'article 3, amendé, est adopté.)

Avant l'article 4

M. le président. La parole est à Mme Martine Pinville, pour soutenir l'amendement n° 43.

Mme Martine Pinville. Cet amendement vise à mieux protéger les droits des mineurs hospitalisés en soins psychiatriques à la demande de leurs parents. Il faut faire respecter les droits des mineurs de seize à dix-huit ans qui sont hospitalisés. Chaque année, environ 20 % des adolescents ont un problème de santé mentale, le plus souvent de dépression ou d'anxiété. Les expériences de violence, d'humiliation, de dévalorisation et de pauvreté accroissent ce risque. Le suicide est aussi l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes. Nous nous devons donc de protéger ces enfants et de leur donner des droits. Tel est le but de cet amendement.

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

M. Denys Robiliard, rapporteur. La commission a examiné cet amendement et l'a repoussé. En effet, même s'il est très clair qu'il s'agit d'une vraie question, je crois pour l'instant que nous n'avons pas trouvé la bonne solution.

Deux questions se posent. Il faut d'abord voir si le problème se pose uniquement en matière psychiatrique, auquel cas l'étendue de ce droit est à définir précisément. Par ailleurs, il y a mineur et mineur et la réponse ne peut pas être la même de zéro à dix-huit ans, elle dépend de l'âge. Sur ces deux points, il faut mener une réflexion approfondie. Honnêtement, nous avons identifié le problème, qui a été posé à la fois par M. Jean-Marie Delarue et par le Syndicat de la magistrature. Il faut à présent poursuivre notre réflexion, pour lui trouver une solution adaptée.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. J'ai compris de l'intervention liminaire de M. Sebaoun dans la discussion générale qu'il s'agissait là d'un amendement d'appel. Je vais donc vous indiquer les raisons pour lesquelles je souhaite que vous le retiriez, faute de quoi, dans l'état actuel du droit et de la situation à laquelle nous sommes confrontés, je serai obligée de lui donner un avis défavorable.

D'abord, rien ne permet de considérer qu'en matière de soins psychiatriques, il y aurait des règles particulières à définir pour les mineurs, par opposition à d'autres secteurs. Si nous commençons, à l'occasion de ce débat spécifique, à dire que les mineurs des seize à dix-huit ans constituent une catégorie à part, nous serons amenés, dans d'autres domaines qui ne relèvent pas nécessairement de la santé, à nous demander s'il serait justifié de distinguer une catégorie de jeunes. Il vaudrait mieux avoir une démarche globale et nous interroger sur les conditions générales dans lesquelles les mineurs de seize à dix-huit ans peuvent être pris en charge en tenant compte de l'expression de leur volonté et de leur liberté.

Par ailleurs, je veux tout de même rappeler qu'un mineur, fût-il mineur, ne peut évidemment pas être hospitalisé sans cause médicale. Les parents ne peuvent pas à eux seuls décider de l'hospitalisation de leur enfant au motif, par exemple, qu'il serait turbulent. Imaginons l'hypothèse où des parents débordés ou dépassés par un adolescent difficile auraient le sentiment, infondé, que son cas relève d'une hospitalisation : l'hospitalisation ne serait pas possible, dès lors qu'il n'y aurait pas d'avis médical allant dans ce sens. On ne peut quand même pas se baser sur l'hypothèse que des psychiatres professionnels se plieraient à la volonté des parents alors qu'il n'y aurait pas de raisons médicales menant à prononcer une hospitalisation. J'entends votre préoccupation, mais je vous demande de retirer cet amendement, afin que nous puissions avoir un débat plus large sur cette question.

M. le président. La parole est à Mme Martine Pinville.

Mme Martine Pinville. Merci madame la ministre. Nous entendons vos arguments et nous allons donc retirer cet amendement. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un vrai sujet sur lequel nous aurons à travailler.

(L'amendement n° 43 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je tiens à souligner l'importance de ce sujet. Nous retenons les arguments cohérents avancés par le rapporteur et la ministre : ils nous invitent à creuser la question, car il est vrai qu'il doit forcément y avoir une cause médicale, et heureusement. Il est aussi vrai que l'on ne peut pas traiter un jeune de seize ou dix-huit ans comme un enfant de cinq ans, la place des parents n'est pas la même. Je crois donc qu'il est nécessaire de progresser sur ce point. Dans la suite de la mission, peut-être aurons-nous l'occasion d'approfondir cette question.

Article 4

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, inscrit sur l'article.

M. Bernard Accoyer. Cet article rétablit l'article L. 3211-12 du code de la santé, qui a été annulé par le Conseil constitutionnel, en supprimant les conditions spécifiques de mainlevée des mesures de soin. Au lieu de les préciser, comme le Conseil constitutionnel invitait le Parlement à le faire, le rapporteur nous propose tout bonnement de les supprimer. Il s'agit notamment de l'avis de la commission du suivi médical ou de la sortie prononcée par le préfet après avis concordant de deux psychiatres.

Certes, le dispositif est lourd, mais les enjeux sont importants. Le plus préoccupant dans cet article est que le dispositif va rester uniquement valable pour les malades déclarés pénalement irresponsables pour des faits passibles de dix ans de prison pour les atteintes aux biens, et de cinq ans de prison pour les atteintes aux personnes. Un passage à l'acte est donc exigé. Cela va à l'encontre du fondement même des soins en matière psychiatrique, qui sont centrés sur la prévention des risques que le malade présente pour lui-même avant tout et qu'il peut également présenter pour des tiers.

Les passages à l'acte sont extrêmement rares, chacun le sait. Les malades psychiatriques ne sont pas des gens dangereux. Ils peuvent parfois l'être et c'est bien pour cela qu'il faut être attentif. Ils peuvent être dangereux pour eux-mêmes, et méritent d'être pris en charge à ce titre

Plusieurs dispositions avaient été prises pour encadrer de façon plus précise ces situations, notamment dans le décret d'application, mais le Conseil constitutionnel a considéré que cela relevait de la loi, et bien entendu, par principe, il a raison.

À cette demande du Conseil constitutionnel, la présente proposition de loi répond en balayant tout et en fermant la porte à la prévention, et donc aux soins, car les unités pour malades difficiles et les programmes de soins renforcés sont avant tout des outils thérapeutiques, de prévention et de traitement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, cette fois pour soutenir l'amendement n° 5.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Avis défavorable. Monsieur Accoyer, vous avez défendu cet amendement lors de votre intervention sur l'article 4. Ce qui est intéressant, c'est que nous faisons la même analyse de ce qu'est une UMD : c'est bien un dispositif de soins. Nous n'en tirons néanmoins pas la même conclusion : vous pensez que cela justifie, pour ceux qui y ont passé un an, un dispositif particulier de sortie de l'hospitalisation sous contrainte. J'estime pour ma part qu'il s'agit d'un dispositif thérapeutique et que nous n'avons pas à en tirer des conséquences du point de vue de la levée de l'hospitalisation, qu'elle soit d'office ou à la demande d'un tiers.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas du droit !

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Monsieur Accoyer, je ne vous ai pas interrompu, nos débats ont été de qualité jusqu'à présent, veillons à continuer ainsi.

Le Syndicat de la magistrature avait un raisonnement qui me paraissait impeccable de ce point de vue : il est favorable à un alignement de la procédure de levée des hospitalisations sous contrainte des personnes ayant été placées en UMD sur le régime du 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.

J'ajoute un point technique sur la question des irresponsables pénaux : votre amendement ne me paraît pas prendre en compte la décision du Conseil constitutionnel. Vous donnez des garanties supplémentaires s'agissant des UMD mais pas des irresponsables pénaux. Si, par impossible, nous adoptons votre amendement, il encourrait donc la même cause d'inconstitutionnalité que celle déjà jugée par le Conseil.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Même avis défavorable. Le fait d'être en séjour en UMD n'est pas un facteur pertinent pour apprécier la dangerosité d'un patient. C'est une unité de soins qui a une signification thérapeutique. Il ne faut pas mélanger les appréciations qui peuvent être portées sur une personne. Il est bien question ici de la nature des soins qu'il convient de lui apporter, et non de sa dangerosité. Il ne semble donc pas pertinent de prendre en compte le passage en UMD pour apprécier l'opportunité de laisser sortir un patient.

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

M. Bernard Accoyer. La divergence que j'ai avec la ministre et le rapporteur est qu'un nombre important de malades psychiatriques présentent une menace pour eux-mêmes, beaucoup plus souvent d'ailleurs que pour les tiers. Cette dangerosité, les cliniciens la repèrent. Elle peut justifier des soins renforcés, des protocoles propres qui s'inscrivent dans les mécanismes des unités pour malades difficiles.

C'est cela que vous occultez dans ce vaste mouvement de rejet des dispositions de la loi de 2011, qui s'inscrit dans cet accès maniaque qui vous fait abroger tout ce qui a été fait avant le changement de gouvernement. En l'occurrence, on ne peut pas s'accommoder de cette attitude manichéenne et dogmatique. Nous débattons des soins, de malades pour qui les décisions d'aujourd'hui vont avoir des conséquences énormes. C'est pourquoi, tout en sachant que des missions sont conduites et vont s'achever avec la présente proposition de loi, il est important dès maintenant de se préparer aux conséquences délétères des mesures que l'Assemblée adoptera peut-être tout à l'heure, contre notre avis.

(L'amendement n° 5 n'est pas adopté.)

(L'article 4 est adopté.)

Article 5

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Le texte qui nous est proposé s'attache à répondre à la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 qui a censuré deux dispositions du code de la santé publique sur le régime dérogatoire applicable à la sortie des personnes ayant séjourné en unité pour malades difficiles ou pénalement irresponsables.

La proposition de loi envisage plus largement un toilettage de la loi de 2011. Au volet judiciaire, l'article 5 prévoit de réduire de quinze à dix jours le délai dans lequel doit s'effectuer le contrôle obligatoire du juge de la liberté et de la détention pour toute mesure d'hospitalisation sans consentement.

Avancer le contrôle du juge au dixième jour entraînera une augmentation du nombre de saisines de 40 %, et de 20 % du nombre des audiences, accentuant considérablement les tâches de tous les intervenants. J'interviendrai à nouveau à ce sujet d'ici quelques instants à l'article 6, et je veux insister sur les conséquences de ces dispositions sur le travail des juges. Le contrôle des hospitalisations psychiatriques constitue une charge particulièrement lourde que les tribunaux ont le plus grand mal à assumer compte tenu des nombreuses vacances de poste de magistrats et de greffiers et de la réduction drastique de leur budget.

La simple proclamation de principes ne suffira pas et une loi votée sans moyens de l'appliquer ira, dans les faits, à l'opposé du renforcement des droits des patients.

Pour ma part, j'aurais souhaité disposer au moins d'une étude sur les conséquences de ces décisions sur le travail des juges

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Nous avons déjà parlé de cet article 5 lors de la discussion générale. Il a pour objet de permettre au juge d'intervenir plus précocement. Aujourd'hui, la loi prévoit un délai de quinze jours. L'ensemble des personnes que nous avons auditionnées, dont Mme Fraysse s'est faite l'interprète ce matin, souhaitent voir le juge intervenir plus précocement. La proposition de loi prévoit un délai de dix jours. Le Gouvernement va proposer par amendement de le porter à douze jours.

Cela me semble répondre à l'ensemble de ce que nous avons entendu lors des auditions, et c'est un premier progrès. Le second progrès concerne les certificats : nous présenterons un amendement proposant de supprimer le certificat conjoint et de le remplacer par un certificat unique, plus conforme à la pratique actuelle. Nous y reviendrons.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n^{os} 3, 4 et 54, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n^o 3.

Mme Jacqueline Fraysse. Comme j'ai eu l'occasion de le dire lors de la discussion générale, l'insuffisance des moyens accordés aux services de la justice pour statuer ne peut pas constituer à nos yeux un argument. La gravité d'une privation abusive de liberté des malades hospitalisés sans leur consentement, ajoutée au fait que, lors des auditions menées dans le cadre de la mission d'information, les psychiatres interrogés aient considéré que soixante-douze heures leur suffisaient pour établir un diagnostic concernant une personne souffrant de troubles mentaux, nous poussent donc à soutenir cet amendement. Il reprend les réflexions menées lors des travaux de la mission et propose donc d'abaisser le délai d'intervention du JLD à cinq jours.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roume gas, pour soutenir l'amendement n^o 4.

M. Jean-Louis Roume gas. Il a le même objet que celui de Mme Fraysse. C'est une mesure exceptionnelle : il s'agit du cas d'un internement sans consentement abusif. Autant nous pouvons comprendre les arguments administratifs sur les nécessités d'expertise et de contre-expertise, autant, face à ces cas d'abus ou d'erreurs, qui se sont malheureusement déjà produits, une privation de liberté de dix jours qui n'est pas décidée par un juge paraît déjà énorme.

D'un point de vue administratif et médical, des délais d'instruction semblent nécessaires, mais du point de vue des droits civiques, il faut aller le plus vite possible, étant entendu qu'il ne s'agit que de cas exceptionnels et abusifs.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 54.

Mme Marisol Touraine, ministre. À l'évidence, cette question des délais est importante. J'entends tout à fait la volonté exprimée sur plusieurs bancs de réduire le délai dont dispose le juge des libertés pour statuer. Il ne serait pas acceptable que des personnes se retrouvent privées de leur liberté pour des motifs médicaux qui ne seraient pas avérés et dûment contrôlés par le juge. Je le répète : une des avancées significatives réalisées par la loi de 2011 a été l'introduction du juge des libertés dans le processus – et je rappelle qu'il ne s'agissait pas d'une demande, à l'origine, du gouvernement de l'époque.

Pourtant, peut-on passer du délai de quinze jours en vigueur à un délai de cinq jours comme vous le proposez ou de dix jours comme le prévoit le texte ? Cette réduction paraît trop importante au regard des éléments dont nous disposons.

Les premiers éléments sont de nature administrative. Je ne veux pas m'étendre sur ce sujet, parce que ce ne sont pas les éléments principaux. Reste qu'ils comptent dans la réalité du suivi des patients. Nous devons faire en sorte que la loi soit applicable par les services de l'État et par les juridictions, qui sont aujourd'hui confrontées à des difficultés d'application.

Deuxième élément, à mes yeux essentiel : nous parlons de patients qui sont dans une situation d'instabilité. Il peut donc falloir du temps pour constater la réalité du trouble dont ils souffrent, pour s'assurer que l'hospitalisation n'a pas été elle-même le facteur de ce trouble, pour s'assurer de la nécessité du placement en établissement, ainsi que l'a souligné la présidente de la commission des affaires sociales au cours de la discussion générale. Puisque ce sont par définition des personnes en situation d'instabilité, il faut du temps, j'insiste, pour apprécier la réalité de cette instabilité et des soins nécessaires.

Pour toutes ces raisons, je souhaite que nous puissions aboutir à un compromis. Je comprends le signal que vous souhaitez donner, voire qu'on puisse estimer que le délai de quinze jours en vigueur est excessif – encore qu'il me paraisse pour ma part correspondre aux besoins. Bref, il me semble que douze jours, comme le propose l'amendement du Gouvernement, constituerait un compromis acceptable par tout le monde.

Je précise pour finir qu'il ne s'agit que d'un délai maximal, qui n'interdit pas aux médecins de décider plus tôt que leur patient peut retrouver la pleine et entière liberté de ses mouvements. Autrement dit, une fois que le patient a été admis dans un établissement, il n'est pas nécessaire d'attendre la décision du juge pour qu'il puisse sortir : nous ne parlons ici que de patients dont les médecins n'ont pas considéré, au moment où le juge se prononce, qu'ils pouvaient sortir. Aujourd'hui, moins de 50 % des patients font l'objet d'une décision du juge, et donc plus de 50 % peuvent sortir avant que le juge n'intervienne.

Pour l'ensemble de ces raisons, je vous demanderai de bien vouloir porter le délai en question à douze jours.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements en discussion commune ?

M. Denys Robiliard, rapporteur. Les amendements de Mme Fraysse et de M. Roumegas, qui nous ont été soumis dans le cadre de l'article 86 du règlement, ont été rejetés par la commission. L'amendement du Gouvernement, quant à lui, n'a pas été examiné par la commission au titre de l'article 88 du règlement. À titre personnel, j'y suis favorable, et pas simplement parce que je suis socialiste et membre de la majorité.

En politique, on a le droit de réfléchir, d'écouter et, me semble-t-il, d'être nuancé. D'où vient la proposition de la mission Santé mentale et avenir de la psychiatrie de ramener le délai à cinq jours ? Elle vient du fait qu'au cours de toutes les auditions auxquelles nous avons procédé, les psychiatres nous ont affirmé qu'au bout de soixante-douze heures, la période d'observation fixée par la loi, ils étaient en mesure de donner un avis sur la nécessité ou non d'un maintien de l'hospitalisation complète sous contrainte.

Dès lors, du point de vue des libertés, pourquoi différer l'intervention du juge ? Si une hospitalisation ne doit pas se poursuivre parce que la personne concernée n'a pas à être hospitalisée, il est souhaitable que la décision du juge soit prise le plus tôt possible.

L'examen du pré-rapport nous a déterminés à aller dans ce sens. Puis une discussion a eu lieu, au cours de laquelle on a attiré notre attention sur deux points. Le premier, ce sont des contraintes administratives certes, mais qui sont à prendre en considération. En effet, monsieur Roumegas, la mainlevée se décide au terme du débat judiciaire. Il n'y a peut-être que 5 % des dossiers qui font l'objet d'une mainlevée, et donc 95 % pour lesquels ce n'est pas le cas, mais on ne peut départager les deux qu'au terme du débat judiciaire. Il a lieu de toute façon. On ne peut donc établir la règle en se basant sur le fait qu'il y a peu de cas. Il faut tenir compte des contraintes inhérentes au débat judiciaire : temps de convocation, temps de communication du dossier, temps laissé à l'hôpital ou à l'ARS suivant qu'il s'agit d'une admission à la demande d'un tiers ou à la demande du préfet au titre de l'ordre public...

Deuxième élément sur lequel était revenue fort opportunément Mme la ministre : l'état de la personne. À quel moment est-il judicieux d'organiser une audience qui permette que le patient participe effectivement au débat judiciaire ? Je vous avoue qu'au cours des auditions auxquelles nous avons procédé, ce qui m'a le plus marqué a été d'entendre le Syndicat de la magistrature expliquer qu'il serait favorable à un délai de cinq jours mais qu'il ne verrait pas l'intérêt de ramener le délai de quinze à dix jours, cela risquant même de desservir les intéressés. J'ai été marqué également par l'intervention du contrôleur général des lieux de privation de liberté, M. Delarue, qui a souligné que le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 26 novembre 2010, avait trouvé un bon équilibre entre les nécessités de la liberté individuelle et la prise en considération de l'état du patient.

La proposition du Gouvernement qui ramène le délai à douze jours permet un équilibre entre les nécessités administratives, les nécessités judiciaires et les nécessités sanitaires. C'est pourquoi j'approuve, à titre personnel, son amendement et pourquoi je demande à Mme Fraysse et à M. Roumegas de retirer les leurs. Ensuite, nous aurions à nous prononcer sur le seul amendement du Gouvernement.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage l'invitation du rapporteur à réfléchir, ce à quoi je vais tâcher de m'employer le plus intelligemment possible. Je suis sensible à ses arguments. Certes, celui des moyens, qui s'opposerait à ce qu'on statue vite, ne me suffit pas du tout : il faut, face à des sujets de cette importance et de cette gravité, engager les moyens nécessaires pour statuer le plus vite possible, vous l'avez reconnu, madame la ministre. Mais en même temps je vous donne acte du fait que la loi doit être applicable.

M. Guy Geoffroy. Eh oui !

Mme Jacqueline Fraysse. Je vous invite donc à employer les moyens nécessaires pour qu'elle le soit et donc à créer les conditions pour qu'on aille le plus vite possible.

Quoi qu'il en soit, j'entends l'argument selon lequel l'état du patient doit permettre que la rencontre avec le juge soit utile, pour lui-même et en général.

Pour ces raisons, j'accepte de retirer mon amendement qui réduit en effet de beaucoup le délai, ce qui, involontairement, porterait préjudice au patient qui ne serait pas en état de rencontrer le juge utilement. En revanche, je vous dis d'emblée que je ne soutiendrai pas l'amendement du Gouvernement qui prolonge le délai de dix jours prévu par le texte, que je trouvais déjà long.

Je souhaite donc vivement que l'on s'en tienne au texte. Un délai de dix jours me paraît raisonnable en ce qu'il permet, après les auditions auxquelles nous avons procédé je crois pouvoir l'affirmer, que l'état du patient soit suffisamment stabilisé. Je ne voterai donc pas l'amendement du Gouvernement qui propose d'allonger le délai à douze jours.

(L'amendement n° 3 est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Comme Mme Fraysse, je retire mon amendement, sans comprendre les deux jours supplémentaires demandés par le Gouvernement. Je préférerais donc qu'on en reste au texte dans sa rédaction initiale. Ne serait-ce pas là un juste compromis ?

(L'amendement n° 4 est retiré.)

(L'amendement n° 54 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 40.

M. Jean-Louis Roumegas. Il est défendu.

(L'amendement n° 40, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun, pour soutenir l'amendement n° 45.

M. Gérard Sebaoun. Il s'agit de simplifier la procédure de production de certificats, et notamment le fameux certificat conjoint qui entraîne la saisine du juge. Il est apparu au cours des auditions auxquelles nous avons procédé que ce certificat conjoint était certes doublement signé mais en réalité essentiellement produit par un psychiatre, et qu'on trouvait un second psychiatre pour le contresigner. Dans l'exemple qui nous a été donné, au centre hospitalier Le Vinatier, un seul certificat avait suscité un avis divergent des deux psychiatres.

Aussi, compte tenu des contraintes de l'hôpital, compte tenu de la connaissance qu'a le psychiatre de son patient, il ne nous paraît pas utile de continuer ce qui n'est qu'une pratique de façade. Même si je comprends la nécessité d'une double lecture de la situation, il me semble légitime de remplacer cet avis conjoint par un avis simple. C'est du reste, il me semble, ce que proposait également Mme Boyer dans un de ses amendements.

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

M. Denys Robiliard, rapporteur. Favorable. Il convient de se montrer très nuancé sur ce sujet. Un avis conjoint était prévu parce que, au regard du juge, il est important qu'il n'y ait pas que le psychiatre traitant qui puisse se prononcer. Cela étant, de nombreux certificats médicaux ont déjà été signés quand on arrive à ce stade-là. Aussi le juge dispose-t-il d'assez de matière pour se prononcer.

Je suis très sensible à l'argument de M. Sebaoun : il ne faut pas que nous acceptions des leurres. Selon la statistique que nous a donné le centre hospitalier du Vinatier, sur 2 000 avis conjoints, seule une divergence s'était exprimée. Cette disposition légale, dont je comprends tout à fait pourquoi elle avait été instaurée, ne trouve donc pas à s'appliquer, du fait des pratiques médicales ou parce qu'elle n'était pas adaptée à la situation. Par conséquent, plutôt que d'avoir recours à un leurre, autant ne pas se payer de mots et supprimer cet avis conjoint, l'avis lui-même étant évidemment maintenu.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Sagesse. Je comprends bien la préoccupation exprimée par M. Sebaoun : il s'agit de simplifier les procédures, d'autant que l'on sait que, dans l'écrasante majorité des cas, le deuxième avis est strictement conforme au premier avis, ce qui est d'ailleurs rassurant.

Pour autant, le deuxième avis a un sens : il permet au juge de ne pas se prononcer sur le seul fondement de l'avis du médecin en charge du patient et lui évite de recourir à des experts, qui, peu nombreux, sont occupés à de multiples tâches.

Le Gouvernement comprend votre démarche comme il comprend le dispositif actuel. Il ne marque aucune opposition à votre amendement, monsieur Sebaoun.

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

M. Bernard Accoyer. Si nous divergeons sur l'appréciation globale portée sur la loi de 2011, je reconnais toutefois qu'elle comportait à l'évidence certaines dispositions qui se sont révélées particulièrement difficiles à appliquer, en particulier le nombre de certificats à produire aux différents stades de la procédure.

Aussi, nous voterons cet amendement qui supprime l'avis conjoint. Cela allégera la procédure et répondra au manque cruel de personnel, notamment de médecins psychiatres, qui ne fait que s'aggraver au fur et à mesure que le temps s'écoule.

(L'amendement n° 45 est adopté.)

(L'article 5, amendé, est adopté.)

Article 6

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Cet article instaure la possibilité de tenir audience à l'hôpital, dans une salle spécialement aménagée pour recevoir le public, plutôt qu'au palais de justice. Je tiens à dire ici que je suis favorable à cette mesure qui améliore considérablement la situation des patients. Mais encore faut-il qu'elle puisse être appliquée concrètement. En retenant le principe du déplacement des juges à l'hôpital alors même qu'ils rencontrent des difficultés pour accomplir leur mission compte tenu d'emplois du temps surchargés, vous prenez le risque de voir les retards s'aggraver dans tous les contentieux.

En commission, monsieur le rapporteur, la semaine dernière, vous m'avez répondu que la loi du 16 juin 2011, qui portait de deux à cinq jours le délai de saisine du juge en matière administrative, avait réduit d'autant la tâche de la justice et dégagé du temps pour le contrôle des hospitalisations sous contrainte. Vous connaissez comme moi la situation de nos tribunaux et les délais auxquels sont soumis les justiciables pour obtenir le rendu des jugements qui les concernent. Vous connaissez aussi le nombre de détenus en préventive qui attendent toujours leur jugement et restent en prison de façon parfois injustifiée, aggravant ainsi le déficit de places.

Je doute que les juges confrontés dans leur vie quotidienne à ces difficultés acceptent ce discours. Je crains qu'ils ne se heurtent à de graves pénuries de moyens pour accomplir cette nouvelle mission dans les hôpitaux.

Je suis surpris de la facilité avec laquelle, lorsque nous préparons une loi, nous nous concentrons sur le secteur concerné sans analyser les conséquences pour d'autres secteurs. J'aurais souhaité avoir l'avis de Mme la garde des sceaux à ce sujet.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. J'aurai une lecture beaucoup moins sombre que M. Lurton de l'article 6. Manifestement, le malade gagne aux nouvelles conditions pratiques de l'audience qu'il instaure. Certes, le juge devra se déplacer, ce qui implique une organisation différente à mettre en place. Mais le malade sera dans de meilleures conditions : l'audience sera publique, sauf si le juge ou le patient et son conseil en décident autrement ; l'avocat sera présent de façon automatique ; la visioconférence deviendra exceptionnelle. Tous ces éléments montrent que le respect du patient est au cœur de cet article. Il ne faut pas s'arrêter au fait que la magistrature devra réorganiser ce qu'elle a déjà réussi à organiser – nous sommes tous conscients des efforts qu'elle a consentis depuis la loi de 2011. Je suis bien évidemment très favorable à cet article.

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

M. Bernard Accoyer. Moi non plus, monsieur Sebaoun, je n'ai pas la même lecture que vous de l'article 6. Je crois que vous avez une vision un peu idéalisée de ce qui va se passer, compte tenu de la surcharge des juridictions et de la situation dans laquelle se trouvent de nombreux magistrats, qui finiront pas imposer le lieu où ils se prononceront.

N'y voyez pas de malveillance de ma part, monsieur le rapporteur, mais lorsque vous proposez que le patient soit assisté automatiquement d'un avocat, on peut une nouvelle fois se poser la question du conflit d'intérêts – si vous me permettez cette allusion, cher maître, puisque tout à l'heure vous avez évoqué votre passé professionnel. Depuis le temps que je siége dans cet hémicycle, j'ai vu s'imposer l'avocat dans d'innombrables circonstances. Bien sûr, c'est pour la cause de la défense des droits fondamentaux des citoyens et vous me permettrez simplement cette petite remarque qu'il n'y a pas d'étude d'impact pour évaluer le coût de cette mesure, ni bien entendu la moindre indication d'où proviendront les crédits pour l'aide judiciaire qui sera le plus souvent nécessaire.

Que les audiences aient lieu à l'hôpital, tout le monde est d'accord pour dire que c'est la solution idéale. Malheureusement, il est bien probable que ce n'est pas ce qui se passera.

Enfin, s'agissant de la vidéoconférence, il faut reconnaître que c'était un procédé compliqué.

Ne nous berçons pas d'illusions, il est certain que nous aurons à redélibérer et à revoir les dispositions contenues dans cet article car il y a bien peu de chances que les choses se déroulent comme vous l'imaginez.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Au nom de mon groupe, je tiens à dire à M. Accoyer que je trouve particulièrement déplacée l'allusion qu'il a faite à la profession de Denys Robiliard, qui tout au long de discussion de cette proposition de loi a montré une remarquable connaissance du sujet.

Mme Jacqueline Fraysse. Je partage cette opinion !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Comme si vous n'aviez jamais évoqué le fait que vous étiez médecin !

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 56.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Cet amendement, que je présente au nom du Gouvernement dans son entier et non pas simplement du ministère des affaires sociales, vise à faciliter la tenue des audiences au sein des établissements de santé en permettant un usage mutualisé de salles pour plusieurs établissements situés dans un même ressort juridictionnel. Il convient pour cela de ne pas préciser que l'usage d'une salle dans un autre établissement doit se faire « en cas de nécessité impérieuse », comme le prévoit actuellement le texte, mais simplement « en cas de nécessité ». Nous allions ainsi simplification de l'organisation et réalisme.

J'ajoute, monsieur Lurton, que vous êtes bien trop avisé de la façon dont fonctionne le travail parlementaire pour ne pas savoir que je suis ici en train de défendre un texte du Gouvernement. La Chancellerie a bien évidemment participé à l'ensemble des discussions qui ont permis d'élaborer les amendements que je présente ici devant vous.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur.* Cet amendement n'a pas été examiné dans le cadre de la procédure prévue par l'article 88. Par conséquent, je ne peux m'exprimer qu'à titre personnel.

L'intention de la proposition de loi est très claire : il s'agit de faire en sorte que les audiences puissent se tenir dans les établissements de soins où sont pris en charge les patients. Selon les départements, une configuration particulière peut s'avérer nécessaire : un établissement peut avoir plusieurs antennes, un très grand département peut ne compter que quelques patients hospitalisés sans consentement, ce qui rendrait disproportionnée l'installation d'une salle dédiée... La mutualisation s'impose donc dans certains cas.

À quel objectif répondait la formule « nécessité impérieuse » ? Il fallait marquer que la nécessité dont il est question à l'article 6 n'est pas une simple nécessité de service, une commodité, pour dire les choses plus familièrement. Cette rédaction est dans l'intérêt des patients. J'ai pu constater, aussi bien dans la mission Santé mentale qu'avec les personnes à qui j'ai eu affaire en tant que rapporteur, qu'il y a unanimité pour dire que l'audience se passait beaucoup mieux pour les patients quand elle avait lieu à l'hôpital plutôt qu'au palais de justice. Une greffière du Puy ayant connu les deux systèmes nous a décrit l'amélioration de l'audience qu'elle a constatée dans les établissements de soins alors même qu'elle se félicitait de la qualité du travail mené auparavant au palais de justice. C'est de cela qu'il est question.

Je ne m'oppose pas à ce que le mot « impérieuse » soit supprimé, mais je ne renonce pas au principe d'une salle d'audience dédiée au sein de l'établissement : c'est seulement par exception, parce qu'il faut être concret et tenir compte de la diversité des situations auxquelles les tribunaux sont confrontés, qu'il faut accepter parfois une certaine mutualisation.

Je profite de cette occasion pour évoquer la question des moyens, sur laquelle M. Lurton est revenu à plusieurs reprises : que ne vous l'êtes-vous posée quand vous avez voté la loi du 5 juillet 2011, entrée en vigueur dès le 1^{er} août ?

[Mme Jacqueline Fraysse](#). Parfaitement !

[M. Bernard Accoyer](#). M. Lurton n'était pas député alors !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Mais vous, monsieur Accoyer, vous l'étiez.

[M. Bernard Accoyer](#). Mais je n'étais pas en position de prendre part au vote !

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Cette loi, qui s'est traduite par plus de 60 000 saisines, a été mise en œuvre à moyens constants alors que ses effets sont très différents selon les tribunaux – vingt-huit tribunaux traitent à eux seuls la moitié des dossiers ! À cela s'ajoute qu'elle a été mise en œuvre dans un délai extrêmement bref, en plein été. Il est un peu singulier ensuite de venir nous reprocher de ne pas prévoir suffisamment de moyens pour mettre en œuvre la présente proposition de loi !

J'anticipe un peu, mais un amendement ultérieur du Gouvernement vise à différer l'entrée en vigueur des modifications que nous apportons au contrôle judiciaire au 1^{er} septembre 2014. Pourquoi ? Précisément pour pouvoir dégager les moyens qui sont nécessaires, particulièrement pour les tribunaux les plus touchés par les nouvelles dispositions.

[M. le président](#). La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

[Mme Jacqueline Fraysse](#). Je suis hostile à cet amendement du Gouvernement. Je comprends et je partage les raisons invoquées par Mme la ministre : il faut assouplir, permettre la mutualisation, tenir compte de l'organisation des acteurs locaux... Il est certain qu'organiser la tenue obligatoire de l'audience sur les lieux de soins n'est pas simple. Il est courageux de le faire : cela exige d'aménager des locaux et de surmonter des difficultés que les juges soulèvent, sans doute à juste titre, concernant les transports – il faut leur permettre de se déplacer dans des conditions correctes. Bref, cela modifie les habitudes.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Le rapporteur a rappelé les éléments du débat : enlever le mot « impérieuse » revient à passer de la nécessité impérieuse, qui traite d'une exception, à une nécessité pouvant parfois s'accommoder d'une salle mutualisée – cela nous paraît risqué.

J'entends néanmoins ce que dit le Gouvernement qui, *a priori*, est favorable à l'aménagement de salles dans chacun des hôpitaux, ou du moins dans le plus grand nombre possible ; mais l'on peut dans certains cas, comme l'a indiqué Denys Robiliard, faire face à une vraie difficulté.

Je voudrais être certain, et c'est également le sens de l'intervention de Jacqueline Fraysse, qu'enlever le mot « impérieuse » ne reviendra pas à justifier la mutualisation d'une salle dans le ressort d'un tribunal de grande instance par une simple nécessité de service.

N'ayant pas eu l'occasion d'examiner cet amendement, nous en parlons aujourd'hui ; or mes collègues sont relativement inquiets. Le texte, tel qu'il était rédigé, nous laissait penser que cela resterait une exception et par conséquent ne poserait pas de difficultés. Aussi, enlever le mot « impérieuse » nous oblige à un vote de confiance sur l'amendement que vous nous proposez. Nous pourrions vous soutenir, mais j'aimerais tout d'abord, madame la ministre, que vous nous rassuriez.

M. le président. La parole est à M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je souhaite faire deux remarques. Tout d'abord, j'aurais selon vous déploré un manque de moyens. Je veux le dire nettement : je suis favorable au déplacement des magistrats dans les hôpitaux, à l'aménagement de salles pour les recevoir dans des conditions d'audience tout à fait normales et à l'accueil du public dans ces salles d'audience aménagées dans les hôpitaux. Mais avant de prendre une telle décision, nous avons besoin de savoir quelles en seront les conséquences sur le terrain, sur les coûts d'aménagement de ces équipements et sur la surcharge de travail que cela donnera aux juges ; or cela n'apparaît absolument pas dans le texte de loi ni dans les études qui ont été faites sur ce sujet.

Par ailleurs, depuis que j'ai été élu il y a un peu plus d'un an, le 17 juin 2012, vous ne cessez, à chaque texte de loi, à chaque intervention, de nous renvoyer à telle ou telle décision que nous avons adoptée auparavant. Moi, je ne me sens comptable d'aucune décision : j'ai été élu sur mon nom, en dissidence de mon parti politique. Lorsque je prends des décisions, je le fais pour l'avenir, en réfléchissant à ce qui est le mieux pour nos concitoyens, en faisant en sorte que leur situation s'améliore, en trouvant les meilleures solutions pour qu'à l'avenir les choses aillent pour le mieux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Bernard Accoyer. Voilà ! Dans l'intérêt de la nation !

M. Guy Geoffroy. Bravo !

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

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Je veux préciser à nouveau l'objet de cet amendement pour le Gouvernement. Il est absolument clair que l'objectif est d'une salle d'audience par établissement, et que la règle est que l'audience a lieu dans l'établissement dans lequel est hospitalisé le malade qui doit faire l'objet de cette audience et donc être en contact avec un juge.

Il s'agit en outre d'empêcher une aggravation de l'état de fragilité d'un malade du fait d'un déplacement dans un lieu de justice. En effet, un malade souffrant de troubles psychiques, qui se retrouve pour une audience dans un tribunal où sont jugées des personnes pour des raisons totalement différentes, se trouve naturellement très perturbé.

On ne peut pas exclure que le simple fait de se transporter puisse provoquer des difficultés. Le fait de se rendre dans une salle d'audience située dans un autre établissement de santé, même si le malade n'est pas confronté à une multiplicité de prévenus de natures différentes, est particulièrement troublant et choquant pour lui ; même si les situations sont différentes, il faut donc éviter les transports. En conséquence, nous sommes bien d'accord que la règle, l'objectif, le cadre général, c'est une salle d'audience par établissement de santé.

Il n'empêche que, dans certaines situations, parce que plusieurs établissements seraient rapprochés, parce que certains établissements seraient de très petite taille, parce qu'il peut arriver que l'audience ne puisse se tenir dans une salle spécifique à un moment donné, nous devons nous donner les moyens de faire en sorte que la loi soit applicable ; il est alors souhaitable que l'on puisse mutualiser dans certains cas.

Certes, la proposition de loi prévoit ces cas de mutualisation en cas d'impérieuse nécessité. Selon notre analyse, le terme « impérieuse » n'apporte pas d'élément juridique suffisamment précis à la notion même de nécessité pour qu'il soit utile de l'inscrire dans la loi, car cela peut être source de contentieux sur le caractère impérieux ou non de la nécessité.

Nous préférons simplement rappeler qu'en cas de nécessité, la mutualisation est possible. Le simple fait que la loi prévoit déjà une restriction montre bien que ce n'est pas l'objectif et pas la règle générale, mais bien une dérogation à cette règle générale, qui reste posée comme telle.

J'espère, monsieur le député, vous avoir apporté des précisions suffisantes pour que vous soyez à même d'apporter votre vote à cet amendement.

(L'amendement n° 56 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 2.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à restreindre l'utilisation du système de visioconférence. Le recours à ce système, très contesté en matière de soins psychiatriques, a été très inégal selon les juridictions ; on peut donc penser qu'il était utilisé davantage pour des raisons pratiques, de commodité, que dans l'intérêt du patient.

La proposition de loi améliore, il est vrai, l'encadrement de la visioconférence puisqu'elle prévoit explicitement que le directeur de l'établissement doit obtenir l'accord exprès du patient. Cependant, les problèmes posés par la visioconférence sont manifestes ; ils sont d'ailleurs évoqués par la loi, qui permet à l'avocat de s'assurer de l'avis de son client.

On voit bien que cela pose problème. Pour restreindre réellement l'usage de la visioconférence, cet amendement propose que la décision du juge soit dûment motivée. Je sais que cette notion peut être interrogée sur le plan juridique, mais je suis certain qu'elle aura un effet sur le plan pratique et évitera le recours par commodité à la visioconférence.

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

M. Denys Robiliard, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission. Comme vous l'indiquez, monsieur Roumegas, on se demande quelle en serait la portée.

Tout d'abord, un consensus s'est exprimé sur ce sujet dans la totalité des auditions auxquelles nous avons procédé. La mise en place de la visioconférence relevait par le passé d'une logique de l'administration de la justice, mais elle n'est pas adaptée aux audiences tenues par les juges des libertés et de la détention à propos des malades mentaux.

En effet, le lien humain que constitue l'audience est essentiel ; il passe extrêmement mal par la visioconférence, et encore plus mal pour certains patients ayant un rapport plus que difficile avec l'audiovisuel – parce qu'ils peuvent entendre des instructions, etc. Sans vouloir développer cet aspect, à l'évidence, cela ne colle pas.

Maintenant que nous sommes d'accord sur le principe, nous n'allons pas conserver le droit en l'état. Bien que très peu pratiquée, la visioconférence l'est parfois ; c'est pourquoi nous avons ajouté « à titre exceptionnel ». Ce n'est donc que par exception que des audiences audiovisuelles pourront se tenir.

Votre amendement prévoit d'insérer les mots « par décision dûment motivée » : cela signifie que la juridiction avant-dire droit devrait prendre une première décision. Du point de vue de la procédure, elle serait susceptible d'appel en même temps que la décision rendue au fond, sauf autorisation du premier président ; cela sera donc extrêmement complexe et surtout n'apportera pas de garantie supplémentaire au patient, qui devra faire appel de la décision au fond devant le premier président pour discuter de la décision qu'aura prise le premier juge de recourir à la visioconférence. Il n'aura donc de toute façon aucune garantie supplémentaire.

Je propose donc que vous retiriez votre amendement en signe de confiance au juge. Les juges en effet entendent ce que nous disons, et ils ont le souci d'appliquer la loi, même lorsqu'ils trouvent que le législateur en prend à son aise avec les moyens dont ils disposent. Ils n'en conservent pas moins le souci d'appliquer la loi et entendent parfaitement que ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'il peut être recouru à la visioconférence.

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Même position ; je demanderais volontiers à M. Roumegas de retirer son amendement, sinon je serai obligée de lui donner un avis défavorable car, comme cela a été très bien dit à l'instant par le rapporteur, votre amendement, monsieur le député, aboutirait à complexifier les choses sans apporter de garantie supplémentaire.

Les juges ont la volonté d'appliquer la loi dans les meilleures conditions possible pour ces patients. Votre proposition aboutirait à rendre le processus d'ensemble très lourd et très complexe.

M. le président. Retirez-vous votre amendement, mon cher collègue ?

M. Jean-Louis Roumegas. Je le retire.

(L'amendement n° 2 est retiré.)

(L'article 6, amendé, est adopté.)

Article 6 bis

(L'article 6 bis est adopté.)

Article 7

(L'article 7 est adopté.)

Article 7 bis

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Je souhaite demander au Gouvernement un rapport sur le fameux registre existant aujourd'hui, qui est légal mais apparaît extrêmement moyenâgeux, même s'il est tout à fait indispensable, légal et utile.

Nous devons donc réfléchir à un autre mode de communication que ce rapport papier. La dématérialisation de ce fameux registre, qui existe dans les hôpitaux psychiatriques, constitue une voie d'avenir, mais nous paraît complexe sur le plan du droit. C'est pourquoi nous demandons au Gouvernement un rapport sur ce sujet.

(L'article 7 bis est adopté.)

Article 8

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 6.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement porte sur une des dispositions-phare du texte qui nous est soumis par la présente proposition de loi, dont l'article 9 abroge l'article L.3222-3 du code de la santé publique.

Il est particulièrement préoccupant que l'article 8 opère une mise en cohérence distinguant les malades ayant fait un séjour en unité pour malades difficiles de ceux ayant été reconnus irresponsables. Seuls ces derniers font l'objet d'une procédure de contrôle de leur dangerosité renforcée, et uniquement lorsque cette irresponsabilité a été prononcée pour des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement pour les atteintes à la personne et dix ans pour les atteintes aux biens.

Cette disposition introduite à l'article 8 est tout à fait préoccupante, pour ne pas dire inquiétante. Elle occulte complètement le plus grand nombre des malades psychiatriques qui, évidemment, ne sont pas passés à l'acte, puisque le passage à l'acte est rare, mais qui pour autant peuvent avoir besoin d'une procédure de soutien renforcé car ils peuvent être dangereux pour eux-mêmes. Il arrive aussi qu'avant que le malade passe à l'acte, et c'est même le cas le plus fréquent, le clinicien ait pu repérer une dangerosité évidente.

Ce texte présente donc en la matière une défaillance tout à fait surprenante. Si je parle ainsi, vous allez peut-être me qualifier de dangereux sécuritaire obsessionnel. Permettez-moi en retour de vous dire que vous, vous donnez dans l'angélisme !

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

M. Denys Robiliard, rapporteur. Monsieur Accoyer, je ne vous surprendrai pas en vous disant que la commission est défavorable à cet amendement. Celui-ci reprend les mêmes dispositions que l'amendement n° 5. Aussi, je ne répéterai pas les arguments que j'ai avancés tout à l'heure.

Vous disiez tout à l'heure que j'étais un peu maniaque. Là, je me demande si ça ne tourne pas à la monomanie !

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

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

(L'amendement n° 6 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 49.

M. Bernard Accoyer. Il s'agit d'un amendement de cohérence qui vise à rétablir l'article L. 3211-8 du code de la santé dans la rédaction issue de la loi de 2011 pour les raisons que je viens d'évoquer.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Il s'agit effectivement d'un amendement de cohérence avec des amendements qui n'ont pas été adoptés. Par cohérence donc, il pourrait être retiré.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

(L'amendement n° 49 n'est pas adopté.)

(L'article 8 est adopté.)

Article 9

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 7.

M. Bernard Accoyer. Il est défendu.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Défavorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

(L'amendement n° 7 n'est pas adopté.)

(L'article 9 est adopté.)

Article 10

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun, pour soutenir l'amendement n° 46.

M. Gérard Sebaoun. C'est un amendement de coordination avec un amendement qui a été adopté tout à l'heure.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Favorable.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Comme tout à l'heure j'ai dit que le Gouvernement s'en remettait à la sagesse de l'Assemblée, par cohérence, j'é mets le même avis. Sagesse donc.

(L'amendement n° 46 est adopté.)

(L'article 10, amendé, est adopté.)

Article 11

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 58.

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. C'est un amendement de coordination.

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

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Favorable.

(L'amendement n° 58 est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 44 rectifié.

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Coordination.

(L'amendement n° 44 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 59.

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Coordination.

(L'amendement n° 59, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 11, amendé, est adopté.)

Article 12

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 55.

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Cet amendement vise à décaler l'entrée en vigueur de la loi au 1^{er} septembre 2014 en ce qui concerne les dispositions relatives à l'intervention du juge, afin que nous ayons le temps d'organiser de façon plus satisfaisante les conditions dans lesquelles aura lieu cette intervention.

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

M. Denys Robiliard, *rapporteur*. Favorable.

Une bonne réforme, c'est aussi celle que l'on se donne le temps de mettre en œuvre. Cela contrastera avec ce qui s'était passé avec la loi du 5 juillet 2011 – mais je n'en fais pas grief à la précédente majorité, car elle était très contrainte par le calendrier que lui avait imparti le Conseil constitutionnel.

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

M. Bernard Accoyer. Je ne peux pas vous laisser dire cela, monsieur le rapporteur.

Cette fois-ci, la procédure choisie est précipitée. Cette proposition de loi n'a pas fait l'objet d'une étude d'impact. La dernière fois, il y avait également une décision du Conseil constitutionnel. Le législateur avait disposé de huit mois seulement entre la question prioritaire de constitutionnalité et la date d'effet de la censure. Cinq lectures avaient eu lieu dans les deux assemblées. Cette fois, il disposait dix-huit mois. Or nous légiférons le dernier jour d'une session extraordinaire. Ce n'est pas une bonne méthode pour des questions aussi graves.

[Mme Catherine Lemorton](#), *présidente de la commission des affaires sociales*. Le dernier jour de l'année, il existe quand même !

[M. le président](#). La parole est à M. le rapporteur.

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Monsieur Accoyer, comme je l'ai dit tout à l'heure, le dernier jour est un bon jour ou alors ce sera l'avant-dernier jour qui sera le dernier et l'on n'en finira pas !

Un long processus a eu lieu à travers la mission conduite par M. Barbier et dont je suis le rapporteur. La consultation qui a eu lieu a pu remplacer avantageusement, me semble-t-il, l'étude d'impact que vous appelez de vos vœux.

(L'amendement n° 55 est adopté.)

(L'article 12, amendé, est adopté.)

Article 13

[M. le président](#). La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 57, tendant à supprimer l'article 13.

[Mme Marisol Touraine](#), *ministre*. Pour que la proposition de loi soit recevable, celle-ci était gagée. Il convient donc de lever le gage s'agissant des frais juridiques.

[M. le président](#). Quel est l'avis de la commission ?

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Avis très favorable, à titre personnel.

(L'amendement n° 57 est adopté et l'article 13 est supprimé.)

Titre

[M. le président](#). La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 48.

[M. Denys Robiliard](#), *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement de précision.

[M. le président](#). Quel est l'avis du Gouvernement ?

[Mme Marisol Touraine](#), *ministre*. Favorable.

(L'amendement n° 48 est adopté et le titre est ainsi rédigé.)

EXPLICATIONS DE VOTE

[M. le président](#). La parole est à Mme Annie Le Houerou.

[Mme Annie Le Houerou](#). Je tiens tout d'abord à remercier le rapporteur, Denys Robiliard, pour la qualité de son travail de rédaction de la présente proposition de loi, mais aussi et surtout sur le rapport d'étape de la mission parlementaire sur la santé mentale, mission transpartisane présidée par Jean-Pierre Barbier, député UMP, dont je salue l'absence lors de l'examen de ce texte alors que M. Accoyer réclamait ce matin une mission transpartisane sur le sujet.

Ce travail de fond a servi de base à la rédaction du présent texte. Suite à une question prioritaire de constitutionnalité en date du 20 avril 2012, le Conseil constitutionnel a jugé contraires aux droits fondamentaux plusieurs dispositions relatives à l'admission des patients en unité pour malades difficiles ainsi qu'aux hospitalisations sans consentement des personnes pénalement irresponsables décidées par le préfet. Le Conseil a donné jusqu'au 1^{er} octobre 2013 pour mettre notre législation en conformité.

Ce texte met un terme à une vision sécuritaire et à une banalisation abusive du recours à cette procédure d'urgence qui a prévalu ces dernières années. Ce travail a été réalisé sereinement. Depuis quelques mois, la mission parlementaire a procédé à de nombreuses auditions et fait des recommandations qui sont reprises dans ce texte, qui aurait dû faire l'unanimité puisque M. Accoyer a admis, lors de la discussion générale, les « opportuns ajustements » proposés par notre texte.

Ce texte devance une grande loi de politique publique sur la santé mentale qui ne manquera pas de nous être proposée dans un avenir proche. Dans l'attente, cette approche par le soin et la recherche des solutions les plus humaines possible pour traiter les patients psychiatriques sont proposées ici dans le respect des libertés fondamentales.

Je ne reviens pas sur le contenu qui vient d'être largement débattu : suppression du statut légal des UMD, régime spécifique de levée par le préfet ou de mainlevée par le juge des mesures de soins sans consentement. Le groupe SRC se félicite de cette proposition qui est aussi l'occasion de réviser le régime judiciaire de contrôle des soins psychiatriques sans consentement. La loi se positionne sur le délai de contrôle et d'intervention du juge des libertés et de la détention, qui a été fixé à douze jours, sur le lieu de l'audience et privilégie un lieu dédié préservant l'indépendance de la justice au sein de l'hôpital.

Un amendement d'appel proposait de mieux protéger les droits des mineurs hospitalisés en soins psychiatriques à la demande de leurs parents. Le problème est identifié, la réponse reste à trouver. L'obligation d'assistance par un avocat permet aussi de préserver les droits des personnes.

Pour toutes ces raisons, le groupe SRC soutient cette proposition de loi et la votera. Nous sommes très satisfaits de voter une loi de progrès pour les libertés individuelles tout en préservant la protection des personnes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

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

M. Bernard Accoyer. C'est à contrecœur que le groupe UMP sera obligé de voter contre ce texte, alors qu'un certain nombre de dispositions, qui reprennent les propositions de M. Lefrand et de M. Blisko, vont dans le bon sens, notamment la diminution du nombre de certificats, le rétablissement des sorties d'essai et le déroulement des audiences avec le juge des libertés au sein même de l'hôpital lorsque c'est possible, en espérant, madame la ministre, que votre amendement n'aura pas des effets insidieux, pour me rapprocher du mot que vous avez utilisé en défendant votre propre amendement.

Nous ne pouvons, hélas, pas voter ce texte, parce qu'il est le fruit d'une précipitation inadmissible sur une question qui touche aux libertés et parce qu'il avait été admis, pendant les deux tiers de la fin de la dernière législature, que jamais on ne légiférerait dans l'urgence sur les questions relatives aux droits fondamentaux des personnes. Or, là, nous touchons aux droits fondamentaux des malades psychiatriques qui ont droit à notre attention et à notre respect.

Nous voterons contre ce texte en raison également de la suppression de la définition légale des unités pour malades difficiles, ce qui créera *ipso facto* des unités sauvages où il se passera des choses sur lesquelles le législateur n'aura pas eu son mot à dire puisque nous avons décidé d'abandonner de nous prononcer sur cet outil qui est avant tout thérapeutique, d'une très grande utilité et pas seulement pour les malades les plus dangereux.

Enfin, en mettant la barre de ce que vous appelez la dangerosité d'un malade à un niveau de délit qui exige d'abord le passage à l'acte, vous adoptez une démarche difficilement compréhensible et même tout simplement acceptable. De surcroît, en limitant le régime spécifique des irresponsables pénaux, le réservant aux personnes ayant commis des faits passibles de cinq ans de prison en cas d'atteinte aux personnes et de dix ans de prison pour les atteintes aux biens, il y a là une exclusion *de facto* de la quasi-totalité des malades psychiatriques puisque ceux qui passent à l'acte sont, nous le savons, particulièrement rares.

Pour toutes ces raisons, nous voterons contre ce texte en appelant de nos vœux un travail qui soit beaucoup plus partagé et qui prenne en compte les effets que nous pensons être, hélas, négatifs du texte que vous vous apprêtez à voter.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur le président, la présente proposition de loi abandonne la démarche sécuritaire qui présidait au texte de 2011 pour réfléchir avec un seul objectif : l'intérêt des malades. Ce seul aspect pourrait presque suffire à justifier notre vote en faveur de ce texte. Outre la réponse à la sollicitation du Conseil constitutionnel, le texte en profite pour réviser et améliorer la loi de 2011 et il le fait au regard de l'expérience de ces deux années d'application et dans le cadre d'une mission sérieuse et pluraliste qui a permis à tous de réfléchir, d'écouter, d'entendre les professionnels.

Je ne reviens pas sur les insuffisances de ce texte, ni sur ses limites. Je souhaite que les moyens nécessaires à son application dans de bonnes conditions soient mis en œuvre, en milieu hospitalier mais aussi en faveur de la justice, qui a besoin de moyens pour remplir correctement sa mission.

Je souhaite aussi que la réflexion se poursuive dans le cadre de la mission, car, nous l'avons tous dit, la prise en charge de la maladie mentale doit être modernisée, pour aider les patients qui sont nombreux.

Je souhaite enfin qu'une grande loi de santé publique, comme vous en avez pris l'engagement, madame la ministre, avec un volet spécifique concernant la psychiatrie, puisse être examinée et adoptée ici dans les meilleurs délais.

Compte tenu de l'ensemble de ces observations, notre groupe votera ce texte.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour le groupe RRDP.

M. Jean-Louis Roumegas. Dans mon propos liminaire, je pense que vous pouviez deviner mon intention. Nous voterons ce texte qui met fin à une dérive sécuritaire, mais aussi à une dérive dans le mode d'élaboration des lois : pour répondre à des faits-divers, on nous inventait des lois d'une grande légèreté qui sont aujourd'hui emportées par le vent de l'histoire. C'est une bonne chose.

Dans le débat, nous avons voulu quant à nous renforcer la protection des droits civiques et le contrôle de la privation de liberté. Vous n'avez accepté qu'un seul de nos amendements, mais c'était l'amendement essentiel : celui qui va instituer une mesure qui me paraît, au plan symbolique mais aussi au plan pratique, porteuse d'un contrôle démocratique important, l'instauration d'un droit de visite parlementaire dans ces lieux de privation de liberté, fussent-ils en psychiatrie.

C'était un amendement pour nous très important. Nous nous réjouissons donc du soutien que vous lui avez apporté, car, au delà de cette loi sur les soins sans consentement, il va dans le sens que nous voulons pour la psychiatrie en général. Il faut sortir de cette vision qui fait de la psychiatrie un monde à part, dans lequel on sort les malades de l'espace démocratique et de la société. J'espère que la loi de santé publique que Mme la ministre nous a promise sera dans cet esprit, dans une conception qui intègre davantage la psychiatrie dans notre société, qui développe les soins en milieu ouvert et qui renforce la formation des infirmières et des infirmiers en charge des personnes atteintes de troubles psychiques. J'espère qu'enfin nous irons vers une société qui sache traiter ses malades psychiatriques sans procéder par leur exclusion, une société qui sorte de la peur pour intégrer chacun de ses sujets. (*Applaudissements sur les bancs des groupes RRDP, écologiste et SRC.*)

M. le président. La parole est à M. Édouard Fritch.

M. Édouard Fritch. Le groupe UDI votera ce texte, qui répond à une nécessité. *(Applaudissements sur les bancs des groupes UDI et SRC.)*

VOTE SUR L'ENSEMBLE

M. le président. Je mets aux voix l'ensemble du projet de loi.

(Le projet de loi est adopté. Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.)