

Paris, le 17 mai 2021

Observations du Syndicat de la magistrature sur le projet de loi relatif à la prévention d'actes de terrorisme et au renseignement

Article 6 relatif au droit de communication aux préfets et services de renseignement des informations relatives aux soins psychiatriques sans consentement

L'article 6 du projet de loi étend la possibilité de communication des informations relatives à l'admission d'une personne en soins psychiatriques, aujourd'hui limitée au seul représentant de l'État dans le département du lieu d'hospitalisation et à celui qui est chargé du suivi de cette personne lorsqu'elle représente par ailleurs une menace grave pour la sécurité et l'ordre publics à raison de sa radicalisation à caractère terroriste.

Selon le gouvernement, certains individus suivis pour ce motif peuvent faire l'objet d'une admission en soins psychiatriques dans un département différent de celui dans lequel ils résident, dès lors que les troubles conduisant à cette admission ont été constatés dans ce département, et il en résulte une déperdition de l'information pour l'autorité administrative, départementale ou nationale, en charge du suivi de la radicalisation à caractère terroriste de la personne concernée.

L'avis du Conseil d'État sur ces dispositions est pour le moins lacunaire - pour ne pas dire indigent - et ce, quand bien même ce dernier a eu à se prononcer en cette matière ces dernières années. Il considère ainsi que « *cette mesure, qui requiert l'intervention de la loi pour autoriser ces autorités administratives à avoir accès à des données protégées par le secret médical, et est justifiée par la*

nécessité d'améliorer le suivi des personnes susceptibles d'un passage à l'acte terroriste présentant un profil psychiatrique, n'appelle pas d'observation ».

Si cette disposition législative marque « seulement » une étape supplémentaire dans l'interconnexion entre les fichiers HOPSYWEB et FSPRT¹, laquelle a été rendue possible depuis l'adoption du décret du 6 mai 2019², force est de constater que la lutte anti-terroriste, dotée d'un arsenal législatif pléthorique, continue à servir de prétexte à la création de toutes sortes de dispositifs exorbitants, tel en l'espèce le fichage et le traçage des personnes atteintes de troubles mentaux.

1- Du fichage psychiatrique au casier psychiatrique ?

La description de l'évolution du fichier HOPSYWEB en dit long sur le degré de percusion des politiques sécuritaires, jusque dans les couloirs psychiatriques. L'on pensait les malades mentaux des personnes à protéger et à soigner, pour le coup elles sont et seront des personnes à détecter, à surveiller et à tracer.

C'est à la suite de la réforme des soins psychiatriques de 1990 que la gestion des données personnelles des patients a été clarifiée. Il s'agissait de distinguer plus précisément les personnes hospitalisées volontairement des autres et de gérer d'un point de vue administratif la procédure de contrôle de l'hospitalisation contrainte (tenue des échéanciers d'audience et de délivrance des certificats médicaux, information des personnes et organismes impliqués dans la procédure, etc.).

Deux fichiers se sont ainsi succédés : en 1992 (GEPHOSC) puis en 1994 (HOPSY)³, permettant aux agences régionales de santé (ARS) de mettre en place une gestion automatisée des données personnelles de ces patients.

A cette époque, les informations traitées étaient : l'identité de la personne hospitalisée sans consentement (nom, prénoms, date et lieu de naissance, profession, adresse) ; l'identité de la personne ayant demandé l'hospitalisation (nom, prénoms, profession, adresse) ; l'identité des médecins auteurs des certificats prévus par la loi (nom, adresse professionnelle) ; les informations en rapport avec la justice ; les informations en rapport avec la situation administrative des personnes hospitalisées (lieu d'hospitalisation, date des certificats médicaux, date des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office, date et mode de sortie). Ces données étaient accessibles aux seules personnes que désignait la procédure d'hospitalisation sans consentement.

Aussi, le traitement automatisé de données à caractère personnel relatives à ces patients - sans possibilité d'opposition de la part de l'intéressé - n'était qu'un simple outil de gestion administrative

1 Fichier des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste

2 Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement

3 Arrêté du 19 avril 1994 relatif à l'informatisation du suivi des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles mentaux et au secrétariat des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

destiné à « limiter les risques d'erreur dans la gestion des hospitalisations sans consentement » et d'éviter les condamnations de l'Etat, rétorquait l'administration en février 2011⁴.

Ce n'est qu'en 2018, sans qu'aucune nécessité objectivée ne le justifie, que le fichier unique HOPSYWEB a été créé par le décret du 23 mai 2018⁵. Outre une interconnexion nationale des fichiers régionaux, une prolongation de la conservation des données a ainsi été permise (étant indiqué que les données des fichiers HOPSY étaient conservées une année civile à compter de la fin de la mesure d'hospitalisation sans consentement et que pour le fichier HOPSYWEB ce délai de conservation a été porté à trois ans).

Comme nous l'avons déjà relevé dans une précédente communication⁶, le hasard du calendrier réglementaire n'a échappé à personne. La « relance » de ce fichier en 2018 a en effet coïncidé avec la diffusion du plan national de prévention de la radicalisation du 23 février 2018 proposant - justement - d'« *actualiser les dispositions existantes relatives à l'accès et la conservation des données sensibles contenues dans l'application de gestion des personnes faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement (HOPSY)* »⁷.

Quoiqu'indiquait le Ministère des solidarités et de la santé en juillet 2018, à la suite des remous créés par la publication du décret du 23 mai 2018 élargissant l'utilisation de cette dénommée application : « *Hopsyweb ne peut être défini comme un fichier dans la mesure où sa finalité [...] est d'assurer le suivi, par les agences régionales de santé, des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, et, plus précisément, de faciliter la gestion administrative des mesures de soins sans consentement qui associent des acteurs multiples* »⁸, les vanes étaient néanmoins ouvertes, donnant prise à une confusion - étape préalable à l'amalgame - entre terrorisme et psychiatrie.

C'est donc logiquement que le décret du 6 mai 2019 a été adopté, en mettant en oeuvre la mesure n° 39 du plan national de prévention de la radicalisation. Il vise à modifier les objectifs jusqu'alors affichés en ajoutant une finalité nouvelle, à savoir permettre « *l'information du représentant de l'Etat sur l'admission des personnes en soins psychiatriques sans consentement nécessaires aux fins de prévention de la radicalisation à caractère terroriste* », et se traduit par une interconnexion entre les fichiers HOPSYWEB et FSPRT⁹.

4 Instruction DGS/MC4 n° 2011-66 du 11 février 2011 relative au rôle des agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office

5 Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement

6 Communiqué de presse commun du Syndicat de la magistrature, du Syndicat des avocats de France et de la Ligue des droits de l'homme, « Du fichier psychiatrique au "casier psychiatrique" ! », 3 avril 2020

7 Comité interministériel de prévention de la délinquance et de la radicalisation du 23 février 2018 - « Prévenir Pour Protéger » Plan national de prévention de la radicalisation

8 Réponse du Ministère des solidarités et de la santé publiée dans le JO Sénat du 19 juillet 2018, p. 3645

9 Selon les termes du rapport d'information n° 1335 sur les fichiers mis à la disposition des forces de sécurité, le FSPRT, dont l'acte de création en 2015 n'a pas été publié, « *recense et centralise les informations relatives aux personnes qui, engagées dans un processus de radicalisation, sont susceptibles de vouloir se rendre à l'étranger sur un théâtre d'opérations de groupements terroristes ou de vouloir prendre part à des activités terroristes* ». Il est placé depuis décembre 2019 sous la responsabilité de la direction générale de la sécurité intérieure, c'est-à-dire l'un des services spécialisés de renseignement mentionnés à l'article R. 811-1 du code de la sécurité intérieure, et non plus de l'unité de coordination de la lutte antiterroriste rattachée à la direction générale de la police nationale. Il est en outre au nombre des

Ce nouveau décret (en son article 2-1) - effectif sur le plan technique depuis le 15 juillet 2020, selon l'étude d'impact - permet, pour cette seule finalité (la prévention de la radicalisation à caractère terroriste), de mettre en relation les noms, prénoms et dates de naissance des personnes figurant dans ce traitement avec le FSPRT, et précise que, lorsque ce croisement de données révèle une correspondance, le préfet du département où les soins ont été délivrés et, le cas échéant, les agents qu'il désigne à cette fin, en sont informés. L'objectif affiché est d'identifier, parmi les personnes signalées dans le FSPRT, celles qui sont susceptibles de présenter, en raison d'une pathologie mentale, des risques accrus d'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public et d'améliorer leur surveillance et leur suivi.

En clair, le présent article 6 du projet de loi est la version législative renforcée du décret du 6 mai 2019, dont la légalité a d'ailleurs été contestée à divers égards¹⁰, notamment en ce qu'il porte atteinte aux droits des patients et au secret médical. Cette brève chronologie vient surtout mettre en évidence qu'une étape supplémentaire est franchie par ce projet de loi qui aggrave un dispositif privilégiant la logique sécuritaire sur la logique sanitaire.

2- Une corrélation non établie entre radicalisation à caractère terroriste et troubles psychiatriques

L'idée est aujourd'hui diffusée, par un discours politique dominant sans mesure, qu'il existe un lien entre radicalisation à caractère terroriste et troubles psychiatriques.

Les déclarations en ce sens sont légion. Par exemple, le 22 août 2017, quelques jours après les attentats terroristes en Catalogne, Gérard Collomb, alors ministre de l'Intérieur, a affirmé qu'un « *certain nombre d'esprits faibles [...] vont passer à l'acte par mimétisme et c'est ce contre quoi il faut se prémunir et il faut travailler* », arguant de ce « *qu'à peu près un tiers des personnes signalées pour radicalisation souffre de troubles psychologiques* »¹¹. En 2019, Laurent Nuñez, secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'Intérieur, a à son tour déclaré devant l'Assemblée nationale,

traitements intéressant la sûreté de l'Etat énumérés à l'article R. 841-2 de ce code

10 L'association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), la Ligue des droits de l'homme, la MGEN action sanitaire et sociale (MGEN ASS), l'association Avocats, droits et psychiatrie (ADP), le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)

11 Comme le souligne Cyprien Anrochte : « *Le chiffre avancé par le ministre - un tiers de personnes radicalisées présentant des troubles psychologiques - semble surprenant. Ce chiffre peut évoquer l'étude menée par Corner et Gill (2015) qui montrait qu'à peu près un tiers de ceux que les auteurs ont qualifiés de « lone-actor » souffraient de pathologies psychiatriques. Mais l'étude notait que la plupart n'étaient pas rattachés à une idéologie partagée comme le fondamentalisme islamique ou l'extrême-droite. Si nous comparons la prévalence des pathologies psychiatriques chez les terroristes avec celle de la population générale, nous observons effectivement une occurrence plus élevée de troubles psychotiques et autistiques chez les « lone-actors ». Cependant, ces chiffres doivent être comparés avec d'autres facteurs de risques comme l'isolement social, que nous retrouvons dans 52,9 % des cas chez cette même catégorie. Aussi, la maladie mentale comme unique facteur dans les passages à l'acte violent ne concerne seulement que 4 à 5 % des cas* »

sans citer aucune source, que « 12 % des personnes inscrites au FSPRT souffr[ent] de troubles psychologiques »¹².

Citant une étude sur le discours politique concernant le terrorisme¹³, Cyprien Anrochte relève, « qu'à partir de 2012, la référence à la radicalisation tend à subjectiver les processus sociaux et politiques à l'œuvre, réduisant ainsi le radicalisé à une individualité déviante. Considérer que les causes des « extrémistes » ne peuvent convaincre que des individus « fragiles » et « désespérés » (pour reprendre les termes de Dominique de Villepin) revient à affirmer que nous ne pouvons pas, en étant sain d'esprit, adhérer à ces idéologies. Cette « hypersubjectivation » tend à conférer un pouvoir explicatif à certaines dimensions psychologiques (frustration, manipulation, folie) plutôt qu'à d'autres (sentiments d'injustice, adhésion idéologique). Ces paradigmes interprétatifs sont surinvestis par les discours de l'exécutif, l'évocation de la frustration, la perte de repères ou l'attrait pour la violence y étant récurrents. Ces qualifications et esquisses d'explications constituent autant d'opérations de subjectivation des positionnements personnels et de décrédibilisation des adhésions individuelles. »¹⁴.

L'analyse de ces discours pourrait ne pas susciter outre mesure notre attention si ces derniers ne justifiaient pas la mise en place de politiques pénales et de dispositifs coercitifs, telle la surveillance et le traçage des personnes hospitalisées sous contrainte en soins psychiatriques, le plus grave étant que le Conseil d'Etat ainsi que le gouvernement dans l'étude d'impact du présent projet de loi prennent pour argent comptant ces affirmations, sans aucune recherche approfondie, sans aucune référence documentée, alors que pour le coup tout le monde s'accorde à dire que le sujet est complexe. Le Conseil d'Etat (dans sa décision du 27 mars 2020 concernant le décret du 6 mai 2019, paragraphe 11) se borne en effet à mentionner le rapport d'information *sur les services publics face à la radicalisation* du 27 juin 2019 pour affirmer que « 12% des personnes enregistrées dans le FSPRT présenteraient des troubles psychiatriques » - en commettant une erreur au passage car dans le rapport il est question de troubles « psychologiques » - alors qu'il s'agit de propos non sourcés de Laurent Nuñez. Sans aucune rigueur également, les auteurs de l'étude d'impact accompagnant le présent projet de loi se sont contentés de copier-coller la phrase du Conseil d'Etat.

Le travail parlementaire est tout autant à l'emporte-pièce en la matière. Ainsi, en 2018, le rapport de l'Assemblée nationale consacré aux fichiers de police¹⁵ faisait état de la nécessité de prendre davantage en compte le champ psychiatrique dans la lutte contre la radicalisation. Sauf que rien dans ce rapport ne venait démontrer que les personnes atteintes de troubles psychiatriques seraient plus que les autres susceptibles de commettre des actes terroristes – ou même violents, ni qu'à l'inverse les actes de la sphère terroriste (qui englobe jusqu'à l'apologie) seraient davantage commis par des personnes atteintes de pathologies psychiatriques.

Les phénomènes de radicalités violentes sont compliqués et protéiformes. C'est pourquoi, procéder par raccourci, en matière de lutte contre le terrorisme, n'en serait que contre-productif. Par des dispositifs de contrôle stigmatisants vous créez aigreur, ressentissement et inaccession.

12 Assemblée nationale, *Rapport d'information sur les services publics face à la radicalisation*, n° 2082, 27 juin 2019, p. 86

13 C. Guibet-Lafaye, « Interprétations politiques de la causalité terroriste », *Metabasis*, 2016, p. 26–54

14 Cyprien Anrochte, « Confondre maladie mentale et radicalisation aboutit à nier l'inscription de cette dernière dans l'histoire individuelle et collective », *Dictionnaire Politique d'Histoire de la Santé*

15 Assemblée nationale, *rapport d'information sur les fichiers mis à la disposition des forces de sécurité*, n° 1335, D. Paris et P. Morel-À-L'Huissier, 17 oct. 2018

Pour reprendre les termes du rapporteur public (dans le cadre de la décision du CE du 27 mars 2020), « *Ni la médecine, ni les sciences humaines et sociales n'ont encore éclairci de façon satisfaisante les liens entre radicalisation à caractère terroriste et troubles psychiatriques. S'il existe un consensus sur le fait que la radicalisation n'est pas en elle-même une maladie mentale, les études peinent à identifier si et dans quelle mesure une telle pathologie peut constituer un facteur causal ou prédisposant, ou la conséquence d'un processus d'endoctrinement ou de dérive extrémiste* ».

Contrairement aux affirmations des pouvoirs exécutifs, il ne semble pas exister d'études scientifiques démontrant un lien objectif entre radicalisme terroriste et telle ou telle structure de personnalité.

Par exemple, le psychiatre Michel Triantafyllou¹⁶ avance plutôt le chiffre de 3,5 % de personnes incarcérées et radicalisées montrant des signes de troubles psychiatriques (chiffres bien inférieurs à la population carcérale générale).

Le docteur Charles Stecken¹⁷ conclut que le phénomène de radicalisation ne peut être rattaché à une quelconque maladie psychiatrique. Il explique que « *de ces profils d'individus polymorphes et de ces trajectoires de vie toujours singulières, il faut éviter les explications simplistes mono-causales. Toutes les personnes rassemblées sous la seule étiquette « radicalisation » peuvent présenter des motivations qui sont diamétralement opposées. Il faut favoriser une approche multifactorielle tenant compte des facteurs de risque individuels (vulnérabilités psychologiques), les facteurs de risque micro-environnementaux (entourage amical et familial) et les facteurs de risque sociétaux (événements géopolitiques). La radicalisation d'un individu ne peut être prise en compte qu'à partir d'une histoire de vie et d'un contexte social et historique déterminé* ».

Il poursuit : « *Il n'est pas retrouvé de psychopathologie propre à la radicalisation. Néanmoins, elle peut toucher des personnes plus fragiles psychologiquement. Mais cette fragilité est multifactorielle et protéiforme. Elle doit être prise en charge de façon plurielle engageant surtout la sphère sociale et politique* ».

De la même façon, la Fédération française de psychiatrie avance, après une revue de littérature, qu'il existe un « *consensus général selon lequel les terroristes n'ont pas une psychopathologie spécifique et qu'il n'y pas plus de troubles mentaux chez les terroristes qu'en population générale* »¹⁸.

Bien qu'aucun lien de causalité ne soit établi entre trouble(s) psychiatrique(s) et radicalisation - dont le concept n'est d'ailleurs à aucun moment défini par le pouvoir exécutif -, il est toutefois considéré par le gouvernement que « *la finalité qui vise donc à partager les informations relatives au suivi des ces personnes entre les deux institutions est donc légitime, afin de mieux prévenir les risques de passage à l'acte des personnes faisant l'objet d'un suivi au titre de la radicalisation terroriste. A cet égard, l'autorité de police administrative en charge de ce suivi doit en particulier être à même de*

¹⁶ La pensée psychiatrique au sujet de la radicalisation depuis 2015 », *Le genre humain*, 2019/2 n° 61, p. 89

¹⁷ Charles Stecken, *Evaluation des liens entre la radicalisation islamiste et la psychiatrie*, thèse en médecine Université Bordeaux 2, 2019

¹⁸ Rapport du groupe de travail de la Fédération française de psychiatrie, *Psychiatrie et radicalisation*, Pr. Michel Botbol, Nicolas Campelo, Dr Catherine Lacour Gonay, Dr Danièle Roche-Rabreau, Dr Roger Teboul, Dr Jean Chambry, Dr Michel David, janvier 2020

savoir si la personne inscrite dans le fichier de signalement pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste fait à ou a fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique, pour adapter son suivi » (étude d'impact).

Quel bel euphémisme que cet objectif « d'adaptation du suivi » de ces personnes, ainsi assimilées à des fous dangereux.

3- Une conservation excessive de données à caractère personnel sensibles

Ce projet de loi ne fixe aucune garantie concernant la durée de conservation des données et informations à caractère personnel, que le Syndicat de la magistrature considère au demeurant excessive.

Aux termes de l'article 6 du décret du 6 mai 2019, « *les données et informations mentionnées à l'article 2 sont conservées pendant trois ans à compter de la fin de l'année civile suivant la levée de la mesure de soins sans consentement* ».

Pour valider l'allongement de la conservation des informations, le Conseil d'État dans sa décision du 4 octobre 2019 a totalement suivi les arguments du gouvernement selon lequel la conservation serait justifiée par « *une étude menée en 2016 par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, dont les résultats montrent qu'au-delà d'un délai de trois ans, les patients sont considérés comme stabilisés et ne font plus l'objet de mesure de soins sans consentement* ».

Comme le relève Lisa Carayon, « *sans plus d'indication, il ne nous a pas été possible de retrouver l'étude en question mais, comme le soulignaient les conclusions du rapporteur public, le fait que les personnes hospitalisées sans consentement soient susceptibles de l'être à nouveau dans les trois ans de la levée de la mesure ne justifie pas que soient conservées, dans un fichier national, les données administratives relatives à leur passage précédent : certes il est plus simple de ressortir une fiche encore existante que d'en recréer une ; mais plus simple n'est pas un argument suffisant à la conservation de données sensibles de santé, dont le recueil et la conservation doivent théoriquement être strictement nécessaires aux finalités poursuivies* »¹⁹.

Pour reprendre à nouveau les conclusions du rapporteur public, « *s'agissant en l'occurrence de données personnelles sensibles, et à plus forte raison dans le contexte du RGPD, fût-il inapplicable en l'espèce [selon l'analyse du Conseil d'Etat mais pas de celle de la CNIL], leur protection doit l'emporter sur la commodité administrative que constitue l'archivage de précaution* ». D'ailleurs, le rapporteur public a par ailleurs estimé que l'objectif d'information de la préfecture dans le cadre des autorisations de port d'armes²⁰ ne nécessitait pas la conservation de l'ensemble des données

¹⁹ Lisa Carayon, « Quelle folie ! À propos de l'interconnexion entre le fichier des personnes hospitalisées sans consentement en psychiatrie (HOPSYWEB) et celui des personnes soupçonnées de radicalisation terroriste (FSPRT) », *La revue des Droits de l'Homme*, juin 2020

²⁰ Article R. 312-8 du code de la sécurité intérieure : le préfet peut également, avant de statuer, s'il l'estime nécessaire, demander à l'agence régionale de santé de l'informer, dans le respect des règles du secret médical, de l'éventuelle admission en soins psychiatriques sans consentement dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique ou de l'éventuel traitement dans un service ou secteur de psychiatrie d'un demandeur qui n'a pas produit le certificat médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 312-6 du présent code. Si ces informations confirment que le demandeur aurait dû joindre ce certificat à sa demande, le préfet lui demande de le produire sans délai ou d'apporter tous élé-

collectées durant l'hospitalisation mais uniquement les données identifiantes, aptes à signaler si la personne avait ou non fait l'objet d'une telle mesure.

Aussi, il n'est là encore nullement démontré, autrement que par des arguments de convenance administrative, la nécessité de conserver lesdites informations durant trois ans, cette durée portant par ailleurs atteinte au principe de non opposabilité des antécédents psychiatriques (L'article L. 3211-5 du code de la santé publique dispose : « *une personne faisant, en raison de troubles mentaux, l'objet de soins psychiatriques (...) conserve, à l'issue de ces soins, la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés* »). Cette durée de conservation démontre que l'objet de l'interconnexion est bien de renforcer la surveillance policière autour des patients visés et ce même après la fin des soins contraints.

4- L'extension du nombre de personnes ayant accès à une information de type médical

La disposition ainsi ajoutée au code de la santé publique, par l'article L 3211-12-7, permet aux autorités administratives chargées du suivi des personnes figurant dans le fichier FSPRT (préfet du département ou services de renseignement) mais différentes du représentant de l'État du département du lieu d'hospitalisation de pouvoir figurer parmi les destinataires de cette mise en relation.

Or, aux termes de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, toute personne prise en charge par un professionnel ou un organisme de soin régi par ce code « *a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé* ».

Une modification législative s'imposait, dès lors, pour permettre, par dérogation aux dispositions de l'article L. 1110-4 précité, l'information des autorités en charge de ce suivi.

Pourtant, l'article 2-1 du décret du 6 mai 2019²¹ prévoit déjà que des autorités en charge du suivi - celles du lieu d'admission - sont destinataires de ces données. Mais le Conseil d'État n'a rien eu à redire sur la légalité de ce décret alors que la CNIL avait émis des réserves sur une telle extension par voie réglementaire de l'exception au secret médical²².

ments de nature à établir que sa demande n'est pas soumise aux dispositions de cet article

21 « *Pour la seule finalité prévue au 6° de l'article 1er, les noms, prénoms et dates de naissance figurant parmi les données mentionnées au 1° de l'article 2 font l'objet d'une mise en relation avec les mêmes données d'identification enregistrées dans le traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé FSPRT. Lorsque cette mise en relation révèle une correspondance des données comparées, le représentant de l'Etat dans le département où a eu lieu l'admission en soins psychiatriques sans consentement et, le cas échéant, les agents placés sous son autorité qu'il désigne à cette fin en sont informés* »

22 Délibération n° 2018-354 du 13 décembre 2018 portant avis sur un projet de décret modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement

Par ailleurs, ces dispositions ne répondent aucunement à l'opacité de la procédure de levée de doute qui permet, à la suite de l'interconnexion, un échange informel d'informations entre préfetures et ARS. Concrètement, en effet, dès l'inscription d'une nouvelle personne dans l'un ou l'autre fichier et toutes les 24 heures au moins, un croisement des données « noms », « prénoms » et « dates de naissance » de chacun des fichiers est réalisé. En cas de concordance, le FSPRT génère un mail à destination du préfet du département d'hospitalisation et des agents qu'il a habilités pour les en informer. Ces derniers peuvent contacter l'ARS afin de s'assurer de l'identité de la personne concernée dans le cadre d'une procédure dite de « levée de doute » et d'obtenir des informations complémentaires portant sur les dates de début et de fin de la mesure, le type de mesure prononcée ou encore le lieu d'hospitalisation.

Or, cette procédure de levée de doute, autrement dit l'utilisation de ces données complémentaires « aux fins de prévenir la radicalisation terroriste », s'avère n'être encadrée par aucun texte. L'étude d'impact mentionne que « *le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement devra être modifié pour permettre d'élargir la liste des accédants à l'information en cas de correspondance entre HOPSYWEB et FSPRT et les protocoles entre ARS et préfetures seront à modifier pour préciser les conditions de la levée de doute intervenant en cas d'identification d'une correspondance* ».

En tout état de cause, il est permis de s'interroger sur l'utilité d'une telle procédure ou plutôt sur sa réelle utilité. En effet, le préfet du lieu d'hospitalisation est censé disposer de ces informations complémentaires, soit parce qu'il est l'auteur de la mesure sur le fondement des articles L. 3213-1 et suivants du code de la santé publique, soit parce que l'article L. 3212-5 du même code fait obligation au directeur d'établissement qui prononce l'admission du patient à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent d'en informer sans délai le préfet, soit encore parce que les admissions en soins psychiatriques ordonnées par le juge sur le fondement de l'article 706-135 du code de procédure pénale sont immédiatement portées à la connaissance du préfet en vertu de ce texte. Sauf à permettre de connaître des données de santé, comme par exemple la nature de la pathologie, ce canal informel n'est absolument pas justifié ni d'un point de vue juridique, ni d'un point de vue opérationnel, d'autant que l'article L. 3212-5 du code de la santé publique a été modifié par la loi du 26 janvier 2016²³ pour supprimer la communication au préfet des certificats médicaux et du bulletin d'entrée du patient admis sur décision de l'établissement.

A ce sujet, la CNIL - perplexe - avait d'ailleurs émis une recommandation afin que la personne en charge de la transmission des informations complémentaires soit exclusivement la personne référente qui, à l'ARS, participe aux cellules pour la prévention de la radicalisation et l'accompagnement des familles (CPRAF), commissions départementales supposées apporter un soutien social aux personnes suspectées d'être engagées dans un processus de radicalisation, ainsi qu'à leurs proches.

Dans son avis sur le décret, la CNIL faisait même état des « *précisions apportées par le ministère selon lesquelles, dans le cadre de la procédure de levée de doute, le préfet de département du lieu d'hospitalisation peut ensuite prendre contact [...] avec le préfet de département en charge du suivi de la personne radicalisée ou du service chargé de ce suivi* » qui peut lui-même « *lancer une évaluation plus poussée de l'individu dans le cadre du groupe d'évaluation départementale [...] ou encore renseigner le FSRPT* ». C'est dire que les données de santé vont circuler - circulent - du fait de l'interconnexion.

23 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

En réalité - d'aucuns n'est dupe - cette interconnexion vise à adapter la surveillance et intensifier le contrôle exercé sur le patient, quitte à faire procéder à une nouvelle évaluation de sa dangerosité, et ce sur la base de données de santé qui figureront sur le FSPRT. D'ailleurs, le rapporteur public le 27 mars 2020 n'a pas manqué de souligner les risques attachés à une telle interconnexion : *« Il s'agit de rapprocher deux fichiers aux finalités originelles clairement distinctes, qui comportent tous les deux des données présentant une particulière sensibilité. Il est vrai que le décret se borne à permettre l'identification des personnes figurant dans l'un et l'autre fichiers, sans autre détail sur leur santé, le processus de radicalisation dans lequel elles sont engagées ou d'autres éléments de leur vie privée. Mais ce rapprochement peut ensuite motiver des actions de surveillance potentiellement très intrusives. En outre, le FSPRT a une portée nationale et concernerait plus de 20 000 personnes ; si HOPSYWEB est structuré au niveau départemental, il s'agit d'un fichier déployé à l'échelle nationale qui recense l'ensemble des personnes faisant l'objet de soins sans consentement, soit près de 100 000 en 2018 ».*

Une chose est donc actée : vous déciderez ou non d'entériner des pratiques d'un autre âge reposant sur l'idée qu'un fou est par nature dangereux.