

# Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

*Socapsyleg*

[socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr)



N° 1-2008

## SOMMAIRE

Editorial.....	2
Projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de troubles mentaux. 3	3
L'envie de sécurité peut rendre fou ou la logique molle d'une politique dure, Jean-Luc Viaux.....	14
Réaction de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) au projet de loi « Rétention de sûreté », Catherine Paulet.....	18
Réaction de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) et de l'Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison (APSEP) au projet de loi « Rétention de sûreté » .	19
Communiqué de presse de l'Association Française de Criminologie sur le projet de loi de rétention de sûreté et l'irresponsabilité pénale.....	21
Le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux et le projet de loi de rétention de sûreté : Quand les bornes sont franchies, il n'y a plus de limites, Yves Hémerly.....	25
Commission nationale consultative des droits de l'Homme et projet de loi relatif à la rétention de sûreté .....	27
Contribution à la réflexion sur le projet de loi « Rétention de sûreté », P-Y Emeraud .....	39
Contre la rétention de sûreté.....	42
Le rôle du médecin au quartier disciplinaire.....	45
Notes de lectures et documentation.....	47
Les nouvelles figures de la dangerosité .....	51
Agenda.....	51
Sites internet.....	52
Où trouver les anciens numéros de Kamo ? .....	53
Equipe rédactionnelle.....	53

## DOSSIER : LOI DE RETENTION DE SURETE

Une nouvelle loi relative à la délinquance est en cours de discussion. Toujours selon la procédure d'urgence, bien que le dispositif phare de la loi - la création des centres socio-médico-judiciaires de sûreté - ne pourrait être appliqué que dans environ une dizaine d'années, sauf si la rétroactivité de la loi était malheureusement retenue (elle aussi).

Les réactions à ce projet de loi ont été nombreuses. Les principales critiques portent sur le projet de création de centres de rétention où y seraient retenus, détenus en fait, des ex condamnés une fois purgés leur peine de quinze ans, en raison d'une probable « particulière dangerosité ».

Outre qu'il s'avère pour le moins choquant d'enfermer un citoyen pour ce qu'il risque de faire et qu'il ne fera peut-être jamais, cette décision s'appuiera sur une expertise psychiatrique alors qu'aucun psychiatre (et qui d'autre d'ailleurs) n'est compétent pour prédire l'avenir.

Cette détention, une peine déguisée en mesure de sûreté, pourra être perpétuelle. Quelle répercussion peut-on attendre sur le psychisme d'un individu qui ne peut envisager aucune perspective de liberté si ce n'est d'être suspendu aux décisions d'une commission qui s'appuiera elle-même sur un pseudo discours scientifique ? A défaut de pouvoir prédire la survenue d'un nouvel acte criminel, au moins peut-on être certain de susciter des comportements violents désespérés chez des sujets soumis à un tel régime.

A propos de régimes, à diverses occasions et notamment lors du débat à l'Assemblée nationale, la comparaison de ce projet de loi avec des dispositions prises au début de l'ère hitlérienne a choqué la majorité. Certes, notre contexte politique ne devrait pas pouvoir se comparer avec l'idéologie nazie, mais ce qui est attendu (et non justifiable évidemment) d'un régime politique abject devient encore plus effrayant quand il est pris sous un régime politique démocratique, dans un Etat de droit.

Comme pour la loi du 10 août 2007, ce numéro de Kamo présente donc le projet de loi adopté par les députés avant discussion devant le Sénat, les thèmes essentiels débattus au sein de l'Assemblée nationale et les réactions d'associations diffusées sur internet ou de professionnels afin de regrouper dans un même ensemble quelques analyses sur ce sujet. Au moment de l'écriture de ces lignes, juste avant le débat au Sénat, la rétroactivité a été retirée. On peut craindre à tout moment son retour.

La responsabilité des parlementaires est lourde dans ces temps où la création des centres de rétention peut marquer une évolution inquiétante de la société.

Michel DAVID.

## PROJET DE LOI

### relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental

Comme pour la loi du 10 août 2007, Kamo vous propose une présentation du projet de loi et un exposé critique des débats parlementaires. L'ensemble des textes est disponible sur les sites de l'Assemblée nationale et du Sénat.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

Le projet de loi poursuit trois objectifs :

1. Assurer la prise en charge de personnes condamnées pour crimes commis contre les mineurs, en particulier de nature sexuelle, et qui restent dangereuses à leur libération
2. Rendre cohérent le traitement judiciaire des auteurs d'infractions déclarés pénalement irresponsables du fait de leurs troubles mentaux
3. Renforcer l'efficacité du dispositif d'injonction de soins

## LE CONTENU DE LA LOI

I – Le premier objectif : la rétention de sûreté et les centres socio-médico-judiciaires

### *Qui est concerné ?*

Une personne condamnée à au moins quinze ans de prison pour les crimes suivants :

- Meurtre ou assassinat
- Torture ou actes de barbarie
- Viol
- Enlèvement ou séquestration

Initialement, la victime devait être un mineur de quinze ans. Le projet de loi a évolué vers une extension de la notion de victimes : tous les mineurs mais également les majeurs victimes d'assassinat ou de meurtre aggravé, de torture ou d'actes de barbarie aggravés, ou d'enlèvement ou de séquestration aggravé. L'enlèvement et la séquestration ne faisait pas non plus partie du projet initial. Il était d'ailleurs étonnant que le projet gouvernemental initial ait montré autant de retenue et pas un habile jeu politicien – c'est pas nous, ce sont les députés – l'extension du domaine d'application de la loi a été rendue possible.

L'auteur des crimes doit présenter, en raison d'un trouble grave de la personnalité une particulière dangerosité définie comme la probabilité très élevée de commettre de nouveau une des infractions concernées. Le trouble grave de la personnalité est un ajout non anodin survenu au cours des débats parlementaires et absent du projet de loi initial.

#### *Devenir de cette personne*

La personne concernée à l'issue de son temps de prison est placée dans un centre socio-médico-judiciaire de sûreté. La décision de placement est prise par la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté<sup>1</sup> après recueil de toutes informations utiles : enquêtes et expertise psychiatrique réalisée par deux experts.

Si la commission conclue à la particulière dangerosité, elle propose la rétention de sûreté si aucune autre mesure n'est susceptible d'entraver la particulière dangerosité supposée.

La décision finale de placement en centre de rétention est prise par une autre commission : la commission régionale de la rétention de sûreté. La décision est valable un an et est renouvelable tant que la particulière dangerosité n'a pas disparu après réévaluation expertale.

## II – Le deuxième objectif : l'irresponsabilité pénale

Le terme de « non-lieu » ayant été déclaré insupportable pour les victimes et leur entourage, ne pouvant apparemment pas faire la nuance entre un non lieu à poursuivre par manque d'éléments pour constituer une infraction et un non lieu ressenti douloureusement comme « il ne s'est rien passé », les autorités politiques, pour être en phase avec le populisme pénal, ont décidé de modifier la procédure en cas de troubles mentaux entraînant une absence de responsabilité pénale.

Le projet initial prévoyait le concept étrange, chimérique de « culpabilité civile ». Après l'avis des juges administratifs du Conseil d'Etat, le ministère de la justice a dû réécrire le projet de loi sur les criminels dangereux avant la présentation au Conseil des ministres. La possibilité pour la chambre de l'instruction de prononcer un « arrêt de culpabilité civile » n'a pas été jugée conforme au droit par le Conseil d'Etat et la nouvelle formulation du gouvernement s'en tient à la constatation de l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

La procédure prévue par le projet de loi :

- Le juge d'instruction, une fois son instruction sur le point de se terminer, considère que

---

<sup>1</sup> Commissions créées par la loi du 12 décembre 2005 et en fixant le nombre (8), la localisation et la compétence territoriale par arrêté du 23 août 2007 (NOR : JUSKO763933A).

l'auteur des faits relève de l'article 122-1 du CP. Il informe de ce fait le procureur de la République et les parties.

- Le procureur de la République et les parties indiquent dans leurs observations s'ils demandent la saisine de la chambre de l'instruction.
- Une fois réglée l'information, si le juge d'instruction « *estime, après avoir constaté qu'il existe contre la personne mise en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés, qu'il y a des raisons plausibles d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, il ordonne, soit d'office soit si le procureur de la République ou une partie en a formulé la demande, que le dossier de la procédure soit transmis par le procureur de la République au procureur général près la cour d'appel aux fins de saisine de la chambre de l'instruction* ». Si le dossier n'est pas transmis, le juge d'instruction rend une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental en précisant bien qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a bien commis les faits qui lui sont reprochés. Cette ordonnance met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire.
- Si la chambre de l'instruction est saisie, son président ordonne si l'état de la personne le permet sa comparution à l'audience qui est publique. Les experts y sont entendus, ainsi qu'éventuellement les témoins.
- La chambre de l'instruction peut prendre les décisions suivantes :
  - En l'absence de charge suivante « il n'y a lieu à suivre ».
  - Il existe des charges suffisantes mais l'article 122-1 n'est pas applicable (L'abolition du discernement au moment des faits constatés par les experts n'est pas retenue). La personne est renvoyée devant la juridiction de jugement.
  - Dans les autres cas, la chambre de l'instruction rend un **arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental**. L'affaire peut être renvoyée, à la demande de la partie civile, devant le tribunal correctionnel compétent pour qu'il se prononce sur la responsabilité civile de la personne et statue sur les demandes de dommages et intérêts. L'arrêt met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire. Il peut faire l'objet d'un pourvoi en cassation.
  - Ordonner l'hospitalisation d'office après prononcé de l'arrêt « *s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sù-*

*reté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».*

- Ordonner des mesures de sûreté sous forme d'interdictions qui « *ne peuvent être prononcées qu'après une expertise psychiatrique et qui ne doivent pas constituer un obstacle aux soins dont la personne est susceptible de faire l'objet* ».
- En cas de non respect des mesures d'interdiction, et là se trouve un des aspects le plus spécieux de la loi, la personne peut être condamnée à deux ans de prison et 30 000 € d'amende. Non apte à la sanction pénale du fait de ses actes, il devient accessible à une sanction pénale s'il ne respecte pas les mesures d'interdiction !

### **III – Le troisième objectif : renforcer le dispositif de l'injonction de soin**

Cette partie relativement courte comporte les principales dispositions suivantes relatives au médecin coordonnateur prévu par la loi du 17 juin 1998 afin de favoriser la communication entre le juge d'application des peines, le condamné à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins et le médecin ou le psychologue traitants :

- La fonction de médecin coordonnateur est essentiellement réservée aux psychiatres ou aux médecins (non psychiatres) qui ont « *suivi une formation appropriée et qui ont exercé pendant au moins deux ans la fonction de médecin coordonnateur à la date de publication de la loi n° X du JJMMAAAA relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental peuvent être inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa* ». Le Gouvernement est pris entre le dilemme de trouver tous les médecins coordonnateurs promis par la ministre de la Justice (de 300 à 500 selon les moments) et de nommer des praticiens compétents pour cette nouvelle fonction. Le médecin coordonnateur (personnage essentiellement virtuel pour l'instant) se voit investi d'une nouvelle fonction : « *coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude* ».
- Abrasion du secret professionnel et incapacité par les politiques de prendre en considération les avancées de la loi du 04 mars 2002 : « *Sans que leur soient opposables les*

*dispositions de l'article 226-13<sup>2</sup> du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant* ». Passer par le condamné en lui demandant de transmettre lui-même un certificat médical attestant des soins en prison serait une démarche de responsabilisation préalable à tout investissement thérapeutique. On peut aussi imaginer, s'ajoutant au dispositif précédent, une rencontre entre le condamné, le médecin de la prison et le médecin coordonnateur permettant des échanges, peut-être limités, mais qui ne renforcerait pas un sentiment de « magouilles » médico-judiciaires.

## **LES DEBATS A L'ASSEMBLEE NATIONALE**

**(8 et 9 janvier 2008)**

*« Ce qui fait problème, ce n'est donc pas la carence de la loi, c'est l'insuffisance des moyens de l'appliquer »*

Les discussions entre députés, souvent vives, même si la conflictualité repose sur des divergences politiques, reflètent bien souvent des perceptions de la criminalité, de la dangerosité et de la maladie mentale extrêmement disparates. La complexité des débats et la diversité des représentations sont regroupées au sein de quelques thèmes. Les citations ne sont pas toujours rapportées nominativement. Il s'agit moins de politiser la situation que d'en exposer la complexité.

La justice rendue au nom des victimes

L'enjeu autour des victimes est important : *« Venez donc voir les pauvres victimes ! »*  
*« Vous n'avez pas le monopole des victimes », « Il n'est pas sain que les plus hauts dignitaires de l'État, en bons propagateurs d'un populisme pénal, satisfassent la colère des victimes au détriment d'une justice équitable ».*

Les travaux de l'Assemblée nationale s'appuient sur le rapport de Georges Fenech. Ouvrant les débats le mardi 8 janvier, le député rappelle dès ses premiers mots que l'objet de la loi est destiné à éviter les passages à l'acte de criminels dangereux et fait allusion à une affaire récente de l'été 2007. Laissant la parole à la ministre de la justice pour la présentation du projet de loi, la ministre suit le même registre en reprenant cette affaire ainsi qu'une autre.

---

<sup>2</sup> L'article qui définit le secret professionnel.

Au cours des débats, les citations d'affaires récentes reviendront souvent comme justification de la loi. Etrangement, Gilles de Rais n'a pas été cité : pas médiatique, TF1 n'en n'a pas parlé au 20 h récemment...

L'audience au cours de la procédure d'irresponsabilité pénale pour troubles mentaux sera publique « *en fonction du souhait des victimes* ».

### **Criminels non fous, entre peines et sûreté**

La ministre de la justice constate que certains criminels restent dangereux après leur peine et ne relèvent pas de la psychiatrie. Quand ils récidivent, la condamnation a valeur de peine mais aussi de sûreté, de protection de la société, ce qui, à son sens, détourne la peine de sa fonction originelle. Donc en toute logique, les sujets potentiellement dangereux qui ne relèvent ni de la prison (ils n'ont pas encore commis de nouvelles infractions) ni de la psychiatrie (ils sont exempts de toute pathologie mentale) doivent pouvoir être neutralisés. D'où la création de la mesure de sûreté que représente le centre socio-médico-judiciaire. D'autant plus que les députés font la remarque fréquente que certains condamnés sont encore plus dangereux à la libération qu'à leur entrée. Cette remarque conduit d'autres parlementaires à demander des soins très précocement plutôt que d'attendre de nombreuses années.

### Eviter la confusion tout en faisant des amalgames

Les députés semblent éprouver de réelles difficultés à admettre que crime et folie se différencient le plus souvent. Les deux parties du projet de loi mélangeant peine de sûreté et irresponsabilité pénale pour trouble mental y est certainement en partie pour quelque chose : « *Nous sommes en outre surpris qu'il traite à la fois des irresponsables mentaux et de ceux qui, jugés responsables, ont été condamnés à une peine de quinze ans de réclusion criminelle* ». D'où les critiques suivantes « *Vous supprimez ainsi la séparation entre fous et criminels à laquelle l'humanisme médical et judiciaire était parvenu en deux siècles* ».

La garde des sceaux présente les deux aspects du débat : les criminels non fous et les criminels fous : « *deux questions fondamentalement différentes... qui présentent des traits communs : elles reflètent les préoccupations majeures des Français et montrent que le droit actuel est inadapté* ». Les traits communs ont donc primé sur les différences pour aboutir à leur regroupement dans un même projet.

Pour justifier son texte, Rachida Dati évoque le cas des Pays-Bas et les hôpitaux fermés pour délinquants dangereux. Après une année de soins, le taux de récidive y serait abaissé de 43 à 13 %. Malades ou délinquants ? Les centres médico-socio-judiciaires offriront une prise en charge médicale et sociale et seront sous double tutelle justice/santé. Malades et/ou délin-

quants ? D'ailleurs, le premier centre ouvrira à l'hôpital de Fresnes « *Hôpital et non pas prison* » insiste la ministre. Alors malades plus que délinquants finalement.

Les glissements confusionnels s'illustrent bien quand un député posant la question de la définition de la dangerosité, le rapporteur fait référence à l'hospitalisation d'office pour « *une personne qui présente un état dangereux pour elle-même et pour autrui* ». Hormis le fait qu'il ne s'agit pas du libellé exact de la motivation de l'hospitalisation d'office, le rapporteur omet de dire qu'il s'agit alors d'une hospitalisation car la personne présente des troubles mentaux graves. Une ancienne ministre de la justice, de l'opposition, semble se placer sur le même plan que le rapporteur : « *Par ailleurs, je rappelle que toute personne déclarée dangereuse pour elle-même ou pour les autres peut être placée ; c'est un acte administratif, lié à une maladie. Comment se fait-il qu'une personne qui a commis un acte odieux n'ait pas, en prison, une obligation de soins et qu'il faille, selon ce que vous nous proposez, attendre dix, quinze ou vingt ans pour qu'il soit placé dans un lieu où sa maladie sera prise en charge ?* ». En suivant cette logique, il conviendrait d' « *utiliser les Unités pour malades difficiles plutôt que les centres socio-médico-judiciaires* ».

Cette confusion dans les missions des structures se retrouvent dans la remarque d'un député qui déclare que « *les UHSA sont gérées par l'administration pénitentiaire* », alors que ce seront des unités d'hospitalisation dépendant et gérées par un hôpital, seule la sécurisation périmétrique sera du ressort de l'Administration pénitentiaire. (SB, 21).

Ainsi pour de nombreux députés, les sujets susceptibles de relever du centre de rétention de sûreté peuvent relever de l'hospitalisation d'office. Ce serait le cas selon eux de sujets pédophiles non atteints de maladie mentale.

La ministre de la justice monte la complexité du sujet : « *La différence entre la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique exclut de placer en hospitalisation d'office les criminels visés par le projet. Ceux-là sont atteints de troubles graves du comportement. Ils ne sont pas fous... et ne relèvent pas de l'hospitalisation d'office. Ils doivent pourtant faire l'objet de soins pour ne plus présenter de risques : c'est l'objet de la rétention de sûreté* ». La remarque de la ministre relative à l'impossibilité d'hospitaliser d'office des sujets ne présentant pas de pathologie mentale est opportune et la deuxième partie montre qu'ils relèvent toutefois de soins. De quels soins s'agira-t-il ? Et qui les prodiguera dans les centres de sûreté ?

Un autre député rebondit sur cette question : « *Monsieur le rapporteur, vous avez dit – je vous cite – que « les mesures existant aujourd'hui sont insuffisantes à l'égard de personnes particulièrement dangereuses, dont le risque de récidive est particulièrement élevé, mais qui ne relèvent pas d'une hospitalisation d'office, qui ne souffrent pas de troubles mentaux et qui ont purgé la totalité de leur peine. » Si je comprends bien, ces personnes ne souffrent donc de*

rien. Or, vous avez ajouté : « Les condamnés susceptibles de relever du champ d'application de la rétention de sûreté devront être convoqués par le juge d'application des peines qui pourra, au vu du bilan de leur suivi médical et psychologique en détention, leur proposer un traitement. » De quoi les traitera-t-on, puisqu'ils ne sont pas atteints de troubles mentaux ? Et vous avez dit enfin : « Les personnes retenues bénéficieront d'une prise en charge médicale et sociale dispensée par une équipe disciplinaire. La rétention prendra fin dès lors que la dangerosité particulière qui l'aura motivée prendra fin également ». Donc, s'il n'y a pas de troubles mentaux, cela se soigne tout de même ! »

Même si ces sujets ne relèvent pas de soins en milieu psychiatrique, « les commissions pluridisciplinaires – dans lesquelles siègent des psychiatres – invoqueront des troubles du comportement pour reconnaître comme « dangereux » des criminels. Nous ne nous situons donc pas dans le champ du trouble mental » et pourtant ce sont des psychiatres qui identifieront la dangerosité sur des troubles du comportement.

On pourrait espérer que troubles du comportement et troubles psychiatriques seraient clairement identifiés dans leurs différences par les députés et que la conduite à tenir face à ces situations pourraient ne pas connaître d'ambiguïtés. Et non : « Je conteste votre classification, qui distingue les troubles du comportement et les troubles psychiatriques. Une telle distinction vaut uniquement dans les questions de responsabilité pénale ; une hospitalisation d'office peut être prononcée dans les deux cas. Dans l'affaire à laquelle vous avez fait référence, Madame la garde des sceaux, la personne aurait pu être signalée au préfet et celui-ci aurait pu demander l'hospitalisation d'office. Mais il y a eu manifestement un dysfonctionnement administratif ».

La garde des sceaux, rigoureuse sur ce sujet, précise à nouveau : « S'agissant de l'hospitalisation d'office, elle suppose trois conditions cumulatives : un trouble mental, la nécessité de soins, et un risque pour la sûreté des personnes ; à cela s'ajoute, pour les personnes détenues, une condition supplémentaire : la nécessité de soins immédiats. La pédophilie est un trouble du comportement, une perversion. Ce n'est pas un trouble mental « à chaud » au sens du code de la santé publique. X ne réunissait pas ces trois conditions : il n'a pas été déclaré souffrant de troubles mentaux. L'expertise fait mention de trouble du comportement et de perversion inaccessible à une psychothérapie. Une hospitalisation d'office était donc exclue ».

Ce qui n'est pas du tout de l'avis d'une ancienne ministre de la justice : « Il y a actuellement dans les hôpitaux psychiatriques des personnes qui souffrent de graves troubles du comportement, placées à la demande d'un préfet ou d'un maire et dont on sait qu'elles sont extrêmement dangereuses. À force de dire ici qu'il faut avoir une maladie mentale identifiée pour pouvoir prononcer le placement d'office, qu'un trouble du comportement ne suffit

*pas, je crains qu'on ne s'occupe pas d'eux comme il se doit. Ces personnes, dont les hôpitaux psychiatriques ordinaires ne veulent pas, sont acheminées vers Sarreguemines ou Villejuif par exemple. Ce n'est pas une atteinte à leur liberté : leur dangerosité, vérifiée, justifie totalement l'hospitalisation d'office, qui est une protection pour eux-mêmes et la société. J'attire donc votre attention sur cette interprétation trop stricte des textes ». Non seulement, les psychiatres ne peuvent être d'accord avec cette interprétation, ni les associations d'usagers, ni la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, ni le futur conseiller des lieux privés de liberté. ...L'internement arbitraire est sous-jacent !*

### **Le jugement pour irresponsabilité pénale liée à un trouble mental**

On relèvera essentiellement à propos des mesures d'interdiction : *« Je tombe de l'arbre ! Vous prévoyez une peine pour sanctionner le comportement d'une personne reconnue pénalement irresponsable ». Réponse : « Pour qu'il y ait sanction, il faudra qu'une expertise établisse que la personne a retrouvé son discernement ». Et une petite mission supplémentaire pour les experts.*

Cela rappelle le cas de ce condamné à mort nord-américain présentant une déficience mentale au moment des faits puis qui après une « stimulation intellectuelle » en prison a vu son coefficient intellectuel se relever et lui permettre alors de devenir éligible à la peine de mort.

### **La faiblesse de la psychiatrie**

Les parlementaires aiment bien en général parler de la crise de la psychiatrie, de son état désastreux, d'une certaine légèreté des psychiatres dans l'exercice de leur mission, tout en n'arrêtant pas de leur confier toujours plus de nouvelles missions.

*« Nous avons aujourd'hui un problème avec la psychiatrie. Depuis vingt ans, nous menons une politique de fermeture des asiles. Celle-ci, en partie justifiée, est accentuée pour des raisons budgétaires et je soupçonne l'administration – voire le personnel médical – de faciliter la sortie des personnes, en laissant le soin à la société de s'en occuper. Nous devons débattre de la question de la santé mentale dans notre pays, avec les responsables des politiques de santé mentale et avec les praticiens. Dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement, le nombre de SDF augmente considérablement : j'estime qu'une bonne part d'entre eux relèvent de la psychiatrie, mais, faute de pouvoir être pris en charge par le secteur psychiatrique, ces personnes se trouvent renvoyées dans la rue » .*

*« En 1981, la France comptait 30 000 détenus et 120 000 personnes hospitalisées pour troubles psychiatriques ; en 2002, il y avait 63 000 détenus pour 40 000 personnes hospitalisées ».*

*« Une loi psychiatrique est également urgente, quoique pour des raisons différentes ».*

Etrange aussi le désir de certains de voir interner ceux qui ne relèvent pas de l'hospitalisation d'office et de penser qu'on ne peut pas retenir dans les hôpitaux, longuement si nécessaire, des

personnes souffrant de graves troubles mentaux : *« Par ailleurs, comme l'indiquait la garde des sceaux, on ne peut pas retenir dans des asiles psychiatriques certaines personnes souffrant de troubles mentaux importants malgré le danger qu'elles représentent. Le temps de la « politique asilaire » est heureusement passé ! ».*

Rareté des experts. Faible rémunération de l'expertise (4000 € en Allemagne). Médecin coordonnateur en attente. Fiabilité médiocre de la psychiatrie, tout y passe : *« Chacun sait que la psychiatrie n'est pas une science exacte »* (au moins cela est vrai). *« Les professionnels sont hostiles à cette psychiatrisation de la justice. Les juges, incompétents en la matière, ne feront que confirmer les conclusions de l'expertise médicale, dont on sait qu'elle est en général confuse, et évite de répondre précisément aux questions. La rétention de sécurité sera une peine prononcée par les psychiatres ! La juridiction se transformera en chambre d'enregistrement des recommandations de ces experts. Les représentants de l'Association nationale des juges d'application des peines ont réaffirmé que la mission des juges prenait fin une fois la peine purgée. En somme, les psychiatres ne veulent pas devenir juges, et les juges ne veulent pas enfermer sur avis médical... Or, les experts psychiatres ne désavoueront pas, d'une année à l'autre, leurs pronostics de dangerosité, pour ne pas assumer la responsabilité d'une éventuelle récidive, surtout si vous tenez compte des médias. C'est le spectre de la peine de mort sociale qui se profile à l'horizon ».*

Un député appuyant son argumentation à partir d'un film de science-fiction assigne aux psychiatres le rôle de « PréCops » cerveaux surdoués (sympas pour les psys !!) censés prédire l'avenir. Pour permettre d'éviter le passage à l'acte, de développer la prévention, il faudrait selon certains *« une vraie politique de santé mentale ».*

En l'absence de cette vraie politique, apparaît le risque de dérives certainement liberticides : *« Cet amendement fait un pari sur l'expertise psychiatrique et sur les soins qui peuvent être dispensés à la personne incarcérée – alors que, Monsieur X, votre classification est une manière de reconnaître l'échec de la psychiatrie. Que l'objectif de beaucoup de psychiatres soit de réduire le plus possible les hospitalisations me choque. Que signifie cette course à la réduction du nombre de lits psychiatriques, hormis ses aspects bassement financiers ? Si les psychiatres ne veulent plus s'occuper des cas les plus difficiles, d'autres méthodes, beaucoup plus radicales, seront utilisées ! Si on ne soigne pas les malades, on les retrouve dans la rue et un jour, ils deviennent criminels parce qu'ils ont besoin d'argent pour se droguer ou pour boire... ».*

Comment réagissent les psychiatres à ce dernier propos ?

Le suivi dès l'incarcération et l'obligation de soins en prison

Suivre dès le début de l'incarcération est un souci fréquemment répété par les parlementaires, sans jamais que soit évoqué le fait que la personne soit jugée ou non. On aurait pu soigner

pour pédophilie les accusés d'Outreau et finalement...

Le problème peut être éludé car finalement « *Tout le monde reconnaît que nous manquons de moyens pour appliquer les textes existants* », sans compter les résistances aux soins : « *Vous avez raison de dire qu'il faut assurer la prise en charge des individus dangereux en prison ; elle existe, et il faut saluer toutes les personnes qui l'assurent, tout en étant conscient qu'elles ne peuvent pas contraindre quelqu'un à se soigner* ».

Pour renforcer ces moyens, la ministre de la justice rassure : « *Une équipe mobile (deux psychiatres et un psychologue) sera mise en place dans chaque SMPR. Après le nomadisme médical, si vilipendé car coûteux, voilà créé le nomadisme de patientèle, sorte de VRP de la thérapie carcérale !!!*

Un député » se pose quand même l'intéressante question de ces montages sur les condamnés : « *Et quel effet aura le système sur les condamnés ? Ils supportent leur détention parce qu'ils en attendent le terme. Comment supporteront-ils de ne plus en connaître la date réelle et le fait de dépendre d'un avis d'expert ?* ». Et oui, un député seulement aurait passé (travaillé ?) 6 mois en prison. La majorité d'entre eux n'ont pas l'expérience de dizaines d'années à exercer en milieu carcéral ni celle de s'entretenir avec des milliers de condamnés, faisant ainsi l'économie de l'évaluation de la représentation du temps et de l'espace sur le psychisme d'un individu, surtout quand aucune étape temporelle n'est représentable.

Evaluer les mesures actuelles

Comme au cours de la loi sur la récidive du 10 août 2007, plusieurs députés aimeraient avoir des études d'impact des lois précédentes avant d'en voter de nouvelles : « *Que peut-on attendre d'une loi dictée par l'émotion, élaborée dans la précipitation, sans aucune concertation avec ceux qui peuvent construire notre intelligence collective et qui devront l'appliquer – alors que nous attendons encore les décrets d'application des lois déjà votées ?* »

Le fouillis

Pour conclure, le « zapping ». !

« *On entend dire tout et n'importe quoi. Cela s'explique par l'absence de connaissance préalable du sujet* »

« *La confusion règne* »

« *Je voudrais relever certaines contradictions* »

« *Chacun mesure, à ce stade de la discussion, la difficulté de légiférer sur ces problèmes* »

Et les aveux finaux :

« *Si nos concitoyens lisent nos débats, ils vont peut-être comprendre que nous sommes complètement « à côté de la plaque » et se demander si nous ne devrions pas être hospitalisés à la demande d'un tiers !* »

« *La rétention de sûreté, ce sera bientôt pour nous* »

On est rassurés.

Entre hospitalisations sous contraintes et rétentions de sûreté, il n'y aura bientôt plus députés pour faire la loi. Inutile de se compliquer la vie avec de complexes études d'impacts.

**L'ENVIE DE SECURITE PEUT RENDRE FOU**

**OU LA LOGIQUE MOLLE D'UNE POLITIQUE DURE**

Jean-Luc Viaux, professeur de psychopathologie, Université de Rouen

*Dans le numéro 74 d'Arpenter le Champ pénal (ACP) du 28 janvier 2008, dirigé par Pierre V. Tournier, Jean-Luc Viaux livre une analyse pertinente de la loi de rétention de sûreté.*

*Merci à tous deux d'autoriser Kamo à diffuser ce texte qui s'ajuste à la thématique de ce numéro.*

Qu'apporte la loi « *sur la rétention de sûreté* » votée le 10 janvier ? Certainement une réponse sécuritaire à un problème qui préoccupe toute société, puisque des criminels condamnés à 15 ans n'auront pas la certitude d'être libérés après leur peine, mais pourront être « retenus ». Mais elle apporte surtout la preuve que le désir de sécurité rend fou – si la folie réside dans le fait de comportements illogiques.

Cette loi en effet contredit les professionnels de la santé mentale – sans tenir compte d'aucune de leurs objections et propositions (très bien résumé par Pierre Lamothe dans *Le Monde* du 10 janvier 2008) mais tout en leur passant la main : les psychiatres et un peu les psychologues seront chargés demain d'expertiser la dangerosité, de la soigner, de la prévenir, de garder dans des lieux clos ces « dangereux » .... Quelle logique est-ce là de vouloir imposer à des professionnels qui récusent le concept, l'analyse et le remède, d'être ceux sur qui repose la mise en œuvre de la loi ? Certes la commission « administrative » de rétention qui statuera sera composée de magistrats, mais sans l'avis des « psy » que ferait-elle ? Rien.

Il existe une loi de 1990 (1) qui permet d'interner (donc de retenir administrativement) les malades mentaux, criminels ou pas, et même préventivement en dehors toute conduite délictueuse ou crime, puisque le danger présumé n'est pas seulement pour autrui mais aussi pour eux-mêmes (suicide). Donc à quoi bon prévoir une hybridation juridico administrative pour une catégorie particulière, celle des condamnés à la peine de 15 ans au moins. Réponse de la ministre et de ses députés : il ne s'agit pas des malades mentaux mais de gens qui ont des « troubles du comportement ». Mme Dati l'a répété en boucle durant tout le débat des 8, 9 et 10 janvier. Soit, ce ne sont pas des patients psychiatriques. Mais néanmoins le but de la loi est de les retenir pour leur imposer des soins : quelle logique est-ce là ? Ils ne sont pas fous mais

il faut que des psychiatres s'en occupent ? Il ne s'agit pas de dangerosité psychiatrique prend soin de préciser M. Fenech, rapporteur de la loi, à l'un de ses collègues, psychiatre de métier, mais de dangerosité criminologique qu'il définit ainsi : « *dans son acception criminologique, la dangerosité peut se définir comme un phénomène psychosocial caractérisé par les indices révélateurs de la grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* ». Donc un « phénomène psychosocial » cela se soigne : c'est un scoop ! M. Fenech, réfute donc ce que le conseil de l'Europe a écrit en 2003 : « *la notion de dangerosité* » est non évaluable car « *émotionnelle et dénuée de fondement scientifique* ». Une notion « émotionnelle » cela se soigne par des moyens psychiatriques. Logique ...

Mais ce texte pose un autre problème, celui de sa perversion inévitable : puisqu'il faut 15 ans de réclusion pour que la loi s'applique, la tentation sera grande de plaider (en accusation comme en défense) uniquement sur le quantum de peine en rapport avec cette loi. On imagine aussi sans mal que les cours d'assises au lieu de débattre sereinement du rapport entre l'intention criminelle, la personnalité, et le crime commis, au moment où il a été commis (ce qui est déjà bien compliqué et fait que ce qui vaut 10 ans ici en vaut 15 dans une autre cour) la cour débattrait de « sera-t-il dangereux dans 15 ans ? ». On imagine aisément la rafale de contre-expertises et l'appel quasi-automatique dès lors qu'une telle sanction entraîne le risque d'une rétention à vie : les avocats de la défense se devront de mobiliser les experts les moins portés sur le concept flou de dangerosité pour montrer à chaque cas que dangerosité actuelle ne vaut pas dangerosité dans 15 ans, avec ou sans « soins », et les parties civiles chercheront bien normalement des experts pour montrer l'inverse. Quelle curieuse logique dans un pays où régulièrement on crie haro sur les experts psy et l'imprécision de leur discipline que de faire de ceux là les pivots d'une politique « sécuritaire » à partir d'un concept jugé – par eux – flou, aléatoire et non scientifique. Au lieu de réguler un problème, dont chacun sait qu'il n'a pas de solution absolue, on ouvre un gouffre d'autres problèmes, un enlèvement procédurier prévisible, allongeant les délais de jugement définitif, de peine acquise et donc de soins entrepris quand il y en a de possibles .... Ce qui fera d'autant plus souffrir les victimes qui attendront sans doute le dernier recours devant la Cour Européenne de Justice pour retrouver leur sérénité et se sentir enfin entendues : rien de plus logique que tout cela quand on prétend faire un loi « pour » les victimes.

Pathétiquement une députée, Mme Martine Aurillac, a demandé en séance : « *Confirmez-nous, je vous en prie, Madame la garde des sceaux, que le calvaire d'Anne-Lorraine ne pourra plus jamais se reproduire. Sous le bénéfice de ces observations, je voterai bien sûr ce projet de loi* ». Je suppose que Mme Aurillac, UMP, a voté ce projet de loi, mais si elle a entendu que la réponse à sa question est « oui », on lui a menti. Cette loi ne change rien : elle permet, comme la loi qu'a fait voté M. Blocher, leader d'extrême droite, en Suisse de retenir à vie quelques récidivistes, tout comme on a gardé 40 ans en prison un célèbre assassin réchappé de la peine de mort – de là à penser que cela favorisera un vrai travail sur la dangerosité

criminelle c'est une illusion. Si les moyens de la prédire existaient cela fait longtemps que son inventeur l'aurait fait breveter et qu'il n'y aurait plus besoin d'experts en psychologie et psychiatrie pour réfléchir au cas par cas. Car le danger de cette loi c'est précisément d'empêcher de réfléchir sur chaque cas et de prendre des mesures singulières pour des cas singuliers.

Mais il est vrai que certains criminels refusent les soins, en toute logique puisqu'ils ne sont pas « fous », sinon ils auraient droit à l'exception de la « non punissabilité » (expression qui serait plus exacte que « non responsabilité »). Alors en toute logique et pour faire sans doute, un raisonnement par syllogisme idiot la même loi va « responsabiliser » les malades mentaux histoire qu'après avoir psychiatisé les non fous on dépsychiatrise un peu plus les vrais: ils sont non responsables de ce qu'ils ont fait mais on inscrira cependant ce qu'ils ont fait dans un casier « judiciaire ». A l'impuissance organisée – car on crée un dispositif dont on sait fort bien qu'il demande des moyens techniques humains et scientifiques dont on ne dispose pas - on ajoute un brin de poésie farfelue : qui n'est pas jugeable sera jugé, qui n'est pas responsable d'un crime faute de capacité à le comprendre sera responsable et coupable de ne pas respecter ses obligations de soins.

Messieurs Mesdames les Psy prédez et soignez donc la dangerosité non psychiatrique, on s'occupera de judiciariser vos patients ....

Derrière le caractère extravagant de cette logique il faut reconnaître que c'est la classe politique toute entière qui erre et que cette affaire n'est ni de droite ni de gauche. Une justice démocratique se doit d'utiliser au mieux des dispositions légales qui répondent aux objectifs des démocraties modernes : éclairer les déterminant du crime ; offrir des réparation morales et de la sécurité, autant que faire se peut aux victimes ; sanctionner sans esprit de vengeance, en tenant compte des incertitudes quant à la récidive. S'invectiver – comme l'ont fait les députés –, au prétexte des théories de Lombroso, théoricien du « criminel né », qui a inspiré des pratiques de régimes politiques peu ragoûtants, est une façon de ne pas débattre du problème de fond et de jouer à « qui est le meilleur défenseur démagog des victimes » : il est humainement honteux de faire de la surenchère sur le dos des victimes et des patients psychiatriques, qui ont besoin les uns et les autres de bons praticiens disponibles et non pas embolisés par les lubies des politiques pour faire un boulot de gardien-garant de « phénomènes psychosociaux ».

Toujours dans la même logique la Garde des Sceaux va trouver miraculeusement dans on ne sait quelle pochette surprise de Mme la ministre de la Santé les 500 médecins qui manquent au dispositif datant de 1998 et qui peine à s'appliquer, quand depuis des années la psychiatrie crie misère et manque de bras. Si des psychiatres étaient « disponibles » ne faudrait ils pas les affecter d'urgence à la psychiatrie c'est-à-dire à soigner - notamment les victimes - plutôt qu'à prédire et retenir ? Les psychotiques en manque de soins qui hantent les nuits des villes en tant que SDF ne sont –ils pas aussi des « victimes » d'un délit sociétal de non assistance à personne en danger ? Mais ils n'alimentent la chronique politique qu'à partir de moins 5 degrés au dessous de zéro ou quand l'un d'eux tue.

Dans cette loi Dati, comme ce fut le cas dans la loi Guigou de 1998, il n'y a pas un mot, ni dans le texte, ni en séance, sur les moyens de faire avancer la connaissance sur le sujet : tout criminologue qu'il soit juriste, sociologue ou clinicien se sent concerné par la question du danger potentiel que peuvent représenter certains sujets et les situations qui déclenchent les passages à l'acte : au lieu de commander des nouveaux lieux de rétention plutôt que de réhabiliter la psychiatrie qui grâce à l'article sur l'irresponsabilité des malades mentaux et la loi d'internement de 1938 a été le laboratoire de la connaissance en psychopathologie -, au lieu de bricoler des soins en prison plutôt que de financer des recherches sur la prévention, et sur les effets des dispositifs, on s'engouffre dans une logique de surveillance en remplaçant dans les textes le mot punir par le mot soigner : mais qu'est-ce que cela change si on confond les soignants avec des surveillants de la tranquillité sociale ?

Cette loi de plus sur la prévention de la récidive est donc un pas de plus dans une logique aussi hypocrite que folle : ce n'est pas la loi qui règlera une question vieille comme la violence entre humains, mais un travail patient de formation des acteurs, de mise en place de dispositifs d'alerte, de reconstruction d'une psychiatrie publique disponible, et d'un réseau de contrôleurs judiciaires et juge d'application des peines suffisant. Elle témoigne seulement d'une mutation progressive de la société victimaire en société schizophrène qui demande à des professionnels d'appliquer des recettes antiques (l'enfermement) auxquels ils ne croient pas, sous prétexte de modernisme, et sans aucun moyen nouveau à des sujets indifférents aux mode politique et aux soins qu'on leur impose ....

La conclusion va de soi : la dangerosité loin d'être conçue comme un concept clinique et technique est un outil de gestion de crise. De même que les généraux romains faisait exécuter les porteurs de mauvaises nouvelles, de même en cas de crise on va surtout se souvenir que ce que les cliniciens n'auront pas vu – ce qui dédouanera les politiques de leur incurie à fournir à la justice et à la psychiatrie les moyens nécessaires.

Mais les cliniciens auront toujours le dernier mot, cars ils savent à quoi servent l'exploitation des angoisses individuelles et collectives. C'est un vieux monsieur très connu, qui le leur a appris.

*« Lorsqu'un individu a réussi à satisfaire un désir refoulé, tous les autres membres de la collectivité doivent éprouver la tentation d'en faire autant; pour réprimer cette tentation, il faut punir l'audace de celui dont on envie la satisfaction, et il arrive souvent que le châtement fournit à ceux qui l'exécutent l'occasion de commettre à leur tour, sous le couvert de l'expiation, le même acte impur. C'est là un des principes fondamentaux du système pénal humain, et il découle naturellement de l'identité des désirs refoulés chez le criminel et chez ceux qui sont chargés de venger la société outragée » (Freud, 1912).*

(1) Loi du 27 juin 1990.

REACTION DE L'ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE  
EN MILIEU PENITENTIAIRE (ASPMP)  
au projet de loi sur la rétention de sûreté  
Dr Catherine PAULET – Présidente de l'ASPMP

L'ASPMP, association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui regroupe les professionnels de santé mentale exerçant dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, réaffirme son opposition au principe de création de centres médico-socio-judiciaires de rétention de sûreté.

De quoi s'agit-il exactement ?

De structures à statut indéterminé (ni prison, ni hôpital) où seraient enfermés, pour une durée indéterminée, le cas échéant à vie, les auteurs de crimes à l'issue de leur peine d'emprisonnement, dès lors qu'ils seraient considérés comme dangereux criminologiquement.

De quelle dangerosité parle t'on ? Psychiatrique ou criminologique ?

Les médecins, singulièrement les psychiatres, savent assez bien diagnostiquer une dangerosité psychiatrique imminente et avérée du fait de troubles mentaux : risque suicidaire des dépressions, risque agressif des délires de persécution, des états maniaques ou des confusions mentales...

La loi prévoit déjà que la personne en question, y compris sans son consentement, soit hospitalisée dans un hôpital psychiatrique pour y recevoir les soins nécessaires.

En revanche, les médecins n'ont pas de compétence particulière pour se prononcer sur une dangerosité criminologique, c'est-à-dire le risque qu'une personne commette un délit ou un crime.

De plus, l'évaluation de la dangerosité criminologique n'est pas une science exacte, loin de là ! Elle est une démarche probabiliste qui s'appuie sur des évaluations qualitatives prédictives où la subjectivité de l'examineur joue un rôle non négligeable et sur des statistiques rétrospectives des grands nombres dont les limites sont évidentes : tous les meurtriers par arme à feu disposaient d'une arme à feu, est ce que tous les possesseurs d'une arme à feu tueront ?

De sorte qu'il s'agit de priver de liberté une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel mais que l'on suppose, par hypothèse médicale non scientifiquement fondée, susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel.

Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne pour risque et cela revient aussi à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

L'affaire est d'importance et touche aux questions fondamentales des droits de l'homme.

L'exception, fût-elle dramatique, ne devrait pas infirmer la règle générale.  
Si une hospitalisation psychiatrique est nécessaire, elle est déjà possible.  
Si l'inquiétude porte sur le risque de récurrence, ce n'est pas la relégation qui doit être privilégiée mais le renforcement de l'accompagnement à la libération.

C'est donc le principe même de telles structures que nous récusons, véritables lieux de relégation qui viendraient se substituer en fait à une peine de réclusion criminelle à perpétuité.

Marseille, le 28 janvier 2008,

La Présidente,  
Dr Catherine Paulet, ASPMP

REACTION DE L'ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE  
EN MILIEU PENITENTIAIRE (ASPMP) et de L'ASSOCIATION DES  
PROFESSIONNELS DE SANTE EXERCANT EN PRISON (APSEP)  
au projet de loi sur la rétention de sûreté

L'ASPMP, association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et l'APSEP, association des professionnels de santé exerçant en prison, qui regroupent les professionnels de santé exerçant dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, réaffirment leur opposition au principe de création de centres médico-socio-judiciaires de rétention de sûreté.

De quoi s'agit-il exactement ?

De structures à statut indéterminé (ni prison, ni hôpital) où seraient enfermés, pour une durée indéterminée, le cas échéant à vie, les auteurs de crimes à l'issue de leur peine d'emprisonnement, dès lors qu'ils seraient considérés comme dangereux criminologiquement.

De quelle dangerosité parle t'on ? Psychiatrique ou criminologique ?

Les médecins, singulièrement les psychiatres, savent assez bien diagnostiquer une dangerosité psychiatrique imminente et avérée du fait de troubles mentaux : risque suicidaire des dépressions, risque agressif des délires de persécution, des états maniaques ou des confusions mentales...

La loi prévoit déjà que la personne en question, y compris sans son consentement, soit hospitalisée dans un hôpital psychiatrique pour y recevoir les soins nécessaires.

En revanche, les médecins n'ont pas de compétence particulière pour se prononcer sur une dangerosité criminologique, c'est-à-dire le risque qu'une personne commette un délit ou un crime. De plus, l'évaluation de la dangerosité criminologique n'est pas une science exacte, loin de là ! Elle est une démarche probabiliste qui s'appuie sur des évaluations qualitatives prédictives où la subjectivité de l'examineur joue un rôle non négligeable et sur des statistiques rétrospectives des grands nombres dont les limites sont évidentes : tous les meurtriers par arme à feu disposaient d'une arme à feu, est ce que tous les possesseurs d'une arme à feu tueront ?

De sorte qu'il s'agit de priver de liberté une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel mais que l'on suppose, par hypothèse médicale non scientifiquement fondée, susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel.

Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne pour risque et cela revient aussi à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé.

L'affaire est d'importance et touche aux questions fondamentales des droits de l'homme.

L'exception, fût-elle dramatique, ne devrait pas infirmer la règle générale.

Si une hospitalisation psychiatrique est nécessaire, elle est déjà possible.

Si l'inquiétude porte sur le risque de récidive, ce n'est pas la relégation qui doit être privilégiée mais le renforcement de l'accompagnement à la libération.

C'est donc le principe même de telles structures que nous récusons, véritables lieux de relégation qui viendraient se substituer en fait à une peine de réclusion criminelle à perpétuité.

Paris, le 28 janvier 2008,

Les Présidents,

Dr Catherine Paulet, ASPMP

Dr Patrick Serre, APSEP

**COMMUNQUE DE PRESSE DE  
L'ASSOCIATION FRANCAISE DE CRIMINOLOGIE  
Sur le projet de loi « rétention de sûreté et irresponsabilité pénale »  
[www.afc-assoc.org](http://www.afc-assoc.org)**

Le projet de loi actuellement examiné par l'assemblée nationale vise d'une part à instituer des "centres de rétention socio-médico-judiciaires de sûreté" pour les personnes considérées à l'issue de la peine comme restant particulièrement dangereuses, d'autre part à modifier la procédure de jugement des auteurs d'infractions déclarés pénalement irresponsables. Cette dernière partie du texte est surtout contestable techniquement dans la mesure où elle institue une sorte de degré supplémentaire de juridiction qui rend la procédure proposée particulièrement confuse. Mais, même si des leçons restent toujours à tirer de l'audience de Pau ayant abouti finalement à un non-lieu, elle ne pose pas de graves problèmes de principes, contrairement à la partie consacrée à la procédure de placement en "centres de sûreté".

Les deux volets ont plusieurs points communs, soulignés dans l'exposé des motifs du projet de loi: ils faisaient partie du programme sur lequel le Président de la République a été élu en juin dernier, et visent explicitement à apporter une réponse à deux faits divers récents et aux attentes des associations de victimes.

La création de centres de sûreté vise par ailleurs à apporter une réponse à une question devenue centrale dans les lois pénales votées depuis quelques années: celle de la dangerosité d'un certain nombre de personnes, y compris à l'issue de la peine de prison qu'elles viennent de purger.

C'est ce volet du texte qui constitue une rupture avec les équilibres sur lesquels reposait notre dispositif pénal et psychiatrique jusqu'à présent. Pour justifier cette rupture, est invoquée la dangerosité particulière, "criminologique", de certains sujets vis à vis desquels ni la prison ni l'hôpital psychiatrique ne suffiraient à apporter de réponse satisfaisante et propose un dispositif mixte sous co-tutelle de la Justice et de la Santé qui a amené un député en commission des lois à le qualifier d'"objet pénal difficilement identifiable". Au delà des critiques susceptibles d'être faites au projet de loi, les données à partir desquelles le débat est posé révèle les carences concernant la méthode d'élaboration de la loi pénale.

1 la dangerosité:

De plus en plus le Parlement, répondant au besoin de sécurité croissant des citoyens, vote des lois pénales qui ne se contentent plus de définir les comportements prohibés et les peines encourues, mais aménagent des dispositifs de surveillance visant à anticiper les troubles et comportements des personnes portant atteinte à l'ordre public. Il s'agit là d'un constat objectif sur une évolution de nos sociétés, dont il ne s'agit ici ni de s'en féliciter ni de le déplorer. Seulement de tenter, dans la mesure où le projet de loi en question s'inscrit délibérément dans ce mouvement de fond, et introduit des ruptures graves avec nos principes de droit, d'en mesurer plus précisément la portée.

Nier la dangerosité d'un certain nombre de personnes serait absurde et relèverait du déni de la réalité. Y faire face est donc un devoir. Mais pas à n'importe quel prix. C'est tout le débat, l'un des plus consubstantiels à "une politique de civilisation" puisqu'il contraint à trouver l'équilibre entre les impératifs de la sécurité publique et le respect des libertés individuelles.

Comme le rappelle le rapporteur du texte à l'Assemblée nationale, le problème posé par les individus considérés comme dangereux a fait l'objet de multiples rapports et missions parlementaires depuis 2005. Des dispositifs ont déjà été institués, tant en milieu fermé spécialisé (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées de longs séjours pour les détenus dangereux atteints de troubles mentaux) qu'en milieu libre (fichiers spécialisés, injonctions de soins, surveillance judiciaire, bracelet électronique) qui impliquent tous qu'un diagnostic soit posé par un expert justifiant de la nécessité de soins de nature à réduire la dangerosité.

Pour l'essentiel, le dispositif aujourd'hui proposé concerne les sujets considérés par les psychiatres comme "dangereux" mais ne présentant pas de trouble mental et ne justifiant donc pas de soins. Leur dangerosité est alors considérée, selon un partage classiquement développé dans les expertises psychiatriques soumises aux juridictions pénales, non pas comme "psychiatrique", mais "criminologique". La première étant, selon le rapport de la Haute Autorité de Santé des 25 et 26 janvier 2007 sur l'expertise psychiatrique pénale, "la manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale" et la seconde "prenant en compte l'ensemble des facteurs environnementaux et situationnels susceptibles de favoriser l'émergence du passage à l'acte". Sur les moyens d'expertiser cette dangerosité criminologique, tout reste à faire, à une période où les "criminologues" autoproclamés sont légion.

La première question technique est donc celle de savoir comment, à partir de cette définition, pourra être évaluée, repérée, la dite dangerosité "criminologique". Cette question a bien été perçue comme fondamentale par Mme la Garde des sceaux qui a souligné devant la commission des lois que la difficulté à définir cette dangerosité serait de nature, si le texte concernait un nombre plus important de personnes, à faire encourir au texte le risque d'inconstitutionnalité.

En l'état des données soumises au Parlement, telles qu'elles figurent dans le compte-rendu des travaux de la commission des lois de l'AN, le ministère de la Justice indique que le nombre de personnes détenues actuellement dans les prisons françaises et correspondant aux critères définis par le projet de loi tant en ce qui concerne les infractions commises et la peine prononcée, que le

dit "profil criminologique", serait de "20 personnes par an". Comment un tel chiffre a-t-il été obtenu? Quels sont les critères qui ont été retenus et par qui ont-ils été définis? Selon quelle méthode le recensement a-t-il été effectué? Nous ne le savons pas. Et depuis, d'autres chiffres ont été évoqués. Cette dangerosité "criminologique" paraît donc définie de manière purement empirique: les différents rapports parlementaires évoqués devant la commission des lois font bien état de "dispositifs" ou de "structures" censés répondre dans différents pays au même problème. Mais les données qui y sont répertoriées ne permettent pas toujours de procéder à de véritables comparaisons: sur des sujets de cet ordre, il ne suffit pas de juxtaposer des textes législatifs ou des structures isolées de l'ensemble du dispositif de contrôle social des pays concernés. Selon les pays, la répartition des compétences entre des institutions même apparemment proches, les missions, les méthodes, les cultures et les éthiques des professionnels concernés peuvent être très différentes.

Par ailleurs ces rapports insistent tous sur les carences en France des outils de repérage de la dite dangerosité et évoquent les structures collégiales d'experts de différentes corporations existant depuis plusieurs années. On se souvient également des analyses très alarmantes du "Groupe de suivi sur la récidive", institué par le précédent Garde des Sceaux et pérennisé par Mme Dati, sur l'absence d'évaluation des lois ayant institué, précisément pour ce type de public, le suivi socio-judiciaire il y a bientôt 10 ans. Quels sont les effets produits par ces nouvelles peines? Sont-elles même mises en oeuvre partout quand on connaît les carences en effectifs dans la psychiatrie publique, soulignées par le rapporteur lui-même devant la commission des lois.

En France la tendance est forte depuis plusieurs années de mêler le soin et la sanction: la délinquance sexuelle a été le support à cette évolution avec la loi du 17 juin 1998, qui a créé la peine de suivi socio-judiciaire, avec facultativement au départ, une injonction de soins. De manière pernicieuse s'est installée l'idée que pour prévenir la récidive des délinquants sexuels, outre la "peine sanction", un traitement médical était nécessaire. De fait il en va de cette délinquance-là comme des autres: en dehors de quelques pédophiles pervers justifiant de soins, les facteurs sociaux et éducatifs sont largement aussi importants pour appréhender et trouver la réponse adaptée à la plupart des infractions de cette nature.

L'AFC avait soutenu l'« Appel des 115 », lancé par Pierre V. Tournier, alertant l'opinion sur les carences dans le domaine de la recherche et de l'évaluation des lois pénales. Ces préoccupations ne sont pas seulement d'ordre méthodologique. Elles visent à garantir la qualité des lois et leur "applicabilité". Elle sont d'autant plus importantes en l'espèce que par un procédé devenu de plus en plus fréquent les textes récents mêlant répression "classique" et soins psychiatriques imposés sont au départ prévus pour des infractions strictement limités et en principe liées à leur objet, puis étendues ensuite à un champ plus large d'infractions et de personnes. Sait-on par exemple que l'obligation de soins prévue en 1998 pour les délinquants sexuels peut maintenant être imposée à celui qui met le feu à une poubelle dans la rue? Prévu au départ pour les crimes dont les mineur(e)s de 15 ans seraient victimes, il est déjà proposé par son rapporteur de

supprimer cette distinction, au motif - difficilement contestable en lui-même - que les personnes âgées justifient d'une protection préventive tout aussi légitime que les enfants.

## 2 le flou du texte

L'hôpital psychiatrique et la prison (en dehors des locaux de garde à vue et de rétention administrative pour les étrangers en situation supposée irrégulière) sont les seules structures habilitées en l'état à héberger des personnes contre leur gré. A la suite d'un arrêté du Préfet sur la base d'une expertise psychiatrique pour le premier, de la décision d'un juge pour la seconde.

Le dispositif de sûreté qui est proposé est radicalement différent des précédents :

- du fait de la situation des personnes visées, puisqu'au regard de la justice pénale, elles n'ont pas de statut: à leur sortie de prison, elles seront libres et sans obligations, celles-ci ayant été remplies.

- du fait de l'autorité ("ni juridictionnelles ni administratives stricto sensu" selon la Ministre de la Justice) qui prononce la mesure : il s'agit de juges, statuant sur la base d'expertises et d'enquêtes, pour dire si la personne est ou non dans un *état* dangereux, actuel ou *prévisible*, alors qu'aucun *fait* ne leur est reproché.

- du fait de la nature de la décision prononcée, qui n'est pas une *peine* mais une *mesure de sûreté*, pouvant être illimitée dans le temps.

- du fait de la nature de la structure créée : ni pénitentiaire, faute de peine; ni hospitalière, faute de diagnostic posé sur une maladie mentale. Mais selon son intitulé et les précisions apportées devant la commission des lois par la Garde des Sceaux: "sous double tutelle du ministère de la Santé et du ministère de la Justice", étant précisé que suite à la question qui lui était posée à ce sujet, la Ministre n'a écarté la compétence du ministre des affaires sociales que pour des raisons liées à la complexité qui en résulterait.

- du fait de la vocation des prises en charge à y assurer : à l'évidence, protéger l'ordre public en privant la personne de la liberté d'aller et venir, mais aussi faire en sorte que la personne devienne inoffensive en recourant aussi bien, toujours selon les débats devant la commission des lois, à "des entretiens thérapeutiques individuels ou de groupe et le cas échéant à un traitement anti-androgène". Il s'agit bien là de "soins", d'autant qu'ils seraient dispensés par des médecins. Cela signifie-t-il que la "dangerosité" se soigne? Et si oui pourquoi ne l'a-t-elle pas été avant la sortie de prison de la personne "retenue".

La loi du 17 juin 1998 - qui est le fruit d'un travail de plusieurs années entre les deux ministères concernés - a permis de dépasser l'idée selon laquelle des soins n'avaient aucune chance de produire des résultats positifs sans la "demande" du sujet. Il semble maintenant acquis qu'une obligation de soins préconisée par un expert et prononcée à la suite d'un débat judiciaire de qualité peut induire une prise de conscience chez le sujet de l'intérêt à s'investir "librement", y compris en détention, dans une démarche de soins. Quand des spécialistes y sont disponibles. Mais sur

des soins "forcés"? Quelle est la réalité des prises en charge assurées dans les prisons pour les condamnés correspondant actuellement au profil "criminologique" justifiant de ces centres de sûreté? Qu'en est-il de l'articulation entre les différents professionnels, médecins généralistes, psychiatres, psychologues travailleurs sociaux et autres fonctionnaires pénitentiaires depuis la "bavure" de l'affaire Evrard?

L'AFC est née en 1960 du souci de confronter les expériences, les analyses, les déontologies des praticiens du droit et de la médecine avec les travaux des universitaires et des chercheurs, en particulier pour éviter les corporatismes qui peuvent conduire les juristes à privilégier les principes du droit en négligeant certaines réalités, et certains psychiatres à négliger l'environnement de certains patients alors même que les dispositifs institutionnels auxquels ils sont momentanément confrontés peuvent être susceptibles de les faire évoluer.

En l'état nous considérons que le dispositif institué par le projet de loi remet gravement en cause les équilibres fragiles qui président à nos institutions pénales et sanitaires, ce qui conduit l'AFC à formuler les plus expresses réserves sur le texte actuellement soumis à l'examen du Parlement.

Le 9 janvier 2008

Alain Blanc

Président de l'Association Française de Criminologie

Contacts

A.Blanc: 06 20 64 27 26

Samantha Enderlin: 06 37 68 58 02

**LE SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HOPITAUX**

**et le projet de loi de rétention de sûreté**

**Quand les bornes sont franchies, il n'y a plus de limites**

**Yves Hémerly, 9 janvier 2008**

Lorsque l'agitation médiatique éloigne l'attention des projets de lois portant atteinte aux droits fondamentaux et aux principes mêmes de la justice pénale, il y a lieu de craindre pour la santé de la démocratie, fût-elle électorale !

Le projet de loi en cours de discussion au Parlement sur la « rétention de sûreté » devrait heurter, et choquer, au-delà des professionnels de la justice, de la psychiatrie, et de la détention. De

multiples protestations et pétitions circulent, les relais peinent à s'établir dans la presse écrite et audio-visuelle...même si d'anciens Gardes des Sceaux montent au front.

De quoi s'agit-il, sinon de faire entrer la sanction judiciaire dans la logique de l'éradication et de l'élimination ? Le sujet présumé dangereux ne peut plus ainsi relever, a priori, d'une sanction à valeur réadaptative, ou réhabilitatrice, mais il demeurera ancré dans la catégorie des monstres et des réprouvés. Sans doute était-il né ainsi...

Ces présupposés posent décidément beaucoup plus de problèmes que leur formulation simpliste ne crée de solutions, les bases éthiques et théoriques du droit pénal sont délibérément renversées.

D'une part, depuis fort longtemps, de fait depuis Eschyle et ses Euménides, il était acquis comme un fait de civilisation que le châtiment du criminel, échappant à l'immanent et à la vindicte divine, relevait du jugement, prononcé au nom de la Cité, au terme d'un procès équitable.

D'autre part, comme l'énonçait fortement Michel Foucault, on ne peut être jugé que pour ce que l'on a fait, pas pour ce que l'on est, et naît-on criminel ou porteur de ces « germes malfaisants » qui caractérisent les individus dangereux ?

La logique de la « prédestination » évoquée par un ancien candidat à la présidence de la République ne trouve-t-elle pas sa traduction dans ce projet de Civilisation fondé sur la discrimination (négative) et l'élimination sociale ? Ou s'agit-il plus simplement d'une fascination pour la pensée fondamentaliste, celle qui repose sur un manichéisme radical ?

Enfin, que vient faire la médecine dans cette affaire ? Pourquoi, à moins d'adhérer à la version policée et moderniste de la fascination précitée, et Alexis Carrel n'est pas bien loin, lui prêter une quelconque fonction réparatrice, ou la moindre vertu curative ? A quoi bon s'en servir comme d'un prétexte, sinon pour habiller l'enfermement définitif d'un sujet d'une façon acceptable pour l'opinion, puisqu'il « faut être bien malade pour commettre de tels actes »...

Comment, dès lors qualifier les médecins et les experts qui se risquent à évaluer la dangerosité d'un sujet ? Répondent-ils à une question légitimée par un corpus scientifique, ou à l'injonction de politiques inquiets d'une opinion publique manipulable à l'envi ?

En l'état actuel des connaissances et de la recherche, il n'existe pas de critère validé et fiable d'évaluation d'une dangerosité potentielle.

Comment qualifier, également, les « projets de soins » s'ils doivent concourir à l'exclusion ?

Et puis, ne convient-il pas d'interroger la fonction de l'incarcération indistincte comme mode d'application de la sanction pénale ? Quelle part encore accordée à l'individualisation de la peine, aux alternatives à la prison, au suivi socio-judiciaire, etc... ?

Pourquoi tromper l'opinion en indiquant des expériences similaires à l'étranger, comme au Ca-

nada ou en Allemagne, alors que dans les législations de ces états, le placement en « hôpital-prison » relève d'une décision judiciaire de première instance, et non d'une décision prise à l'achèvement de la peine prononcée par le tribunal ?

Pourquoi tant de questions sur un projet de loi délétère, pourquoi les parlementaires n'évoquent-ils pas de clause de conscience face à un démantèlement inouï des principes organisateurs du droit pénal ?

Pourquoi les médecins, et notamment les experts psychiatres ne se récusent-ils pas devant une instrumentalisation inédite de leur savoir ?

## **COMMISSION CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME**

Et le projet de loi relatif à la rétention de sûreté.

CNCDH 10 01 2008

10 Janvier 2008 - Projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental

### COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME

*Note : En raison du calendrier parlementaire et de la déclaration d'urgence sur le projet de loi, la présente note est diffusée publiquement et transmise aux députés et sénateurs.*

1. La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) regrette, à nouveau, de ne pas avoir été saisie par le gouvernement du projet de loi relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental, dans la mesure où ce texte concerne les droits de l'homme. Conformément à sa faculté d'auto-saisine, la CNCDH a cependant constitué un comité de rédaction, qui a considéré qu'il était nécessaire de rappeler des principes qu'elle a déjà exprimés à plusieurs reprises [1], et de formuler quelques observations sur le projet de loi. Ces observations sont exprimées même si quelques membres ont fait part de leur approbation du projet de loi [2].

2. Ce projet de loi traite de deux situations très différentes sur le plan juridique : d'une part des mesures envisagées pour prévenir la récidive de certains criminels condamnés pour des

actes particulièrement graves, et qui ont purgé leur peine ; d'autre part de la manière dont est constatée l'irresponsabilité pour cause de trouble mental des auteurs d'actes graves, mais qui, par hypothèse, ne pourront faire l'objet d'une condamnation pénale.

3. Le point commun de ces deux situations est la référence au concept de dangerosité, qualification qui s'attache aux personnes en cause, mais qui conduirait à la récidive dans le premier cas, à la rechute d'un épisode malheureux de la maladie mentale dans le second. Cette référence commune a des conséquences qu'il faut bien distinguer dans l'un et l'autre cas. Elles sont traitées par l'exposé des motifs du projet de loi, que certains membres de la CNCDH reprennent à leur compte. Les autres ont formulé les observations suivantes sur les différents points.

4. A titre liminaire, la CNCDH souhaite souligner les positions exprimées à plusieurs occasions dans ses précédents travaux ainsi que dans ses activités en cours :

- Si la lutte contre la récidive est un objectif légitime, répondant à la préoccupation des citoyens et participant à la sécurité des personnes et des biens, condition de l'exercice des libertés et des droits individuels, la CNCDH rappelle que le principe de la stricte nécessité et de proportionnalité des peines, à valeur constitutionnelle, proclamé par l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, et les textes internationaux relatifs aux droits de l'Homme, doivent servir de référence au législateur.
- Les membres de la CNCDH s'inquiètent de l'introduction au cœur de la procédure pénale du concept flou de « dangerosité », « notion émotionnelle dénuée de fondement scientifique » [3]. Ils rappellent que le système judiciaire français se base sur un fait prouvé et non pas sur la prédiction aléatoire d'un comportement futur, et s'inquiètent de la mise en place de mesures restrictives de liberté sur une base aussi incertaine.
- De surcroît, les membres de la CNCDH sont préoccupés par le lien entre dangerosité et maladie mentale sous-jacent au projet de loi. Ils regrettent l'assimilation du malade mental à un délinquant potentiel. Or, il est important de rappeler que la grande majorité des malades mentaux n'est pas dangereuse. En intégrant dans le même texte mesures de sûreté pour les personnes les plus dangereuses et révision de la procédure pénale pour les irresponsables mentaux, le projet de loi n'atténue pas cette confusion. Le risque de stigmatisa-

tion en résultant met à mal l'intégration dans la société de la personne atteinte de maladie mentale et est attentatoire à sa dignité.

## I- Sur la rétention de sûreté

5. Il convient de préciser que le système de périodes de sûreté relève, comme le rappelle le Conseil de l'Europe, d'une doctrine selon laquelle la peine ne doit pas seulement sanctionner le crime commis, mais aussi empêcher « ceux qui pourraient être commis à l'avenir » par des personnes dont on pense « qu'ils continueront de commettre des crimes abominables ». Or, de nombreux travaux attestent du caractère extrêmement aléatoire de la « prédiction du comportement futur » [4]. Que l'évaluation de la « dangerosité » soit faite par un ou deux experts n'apporte pas davantage de garantie scientifique. D'autant que l'état de dangerosité n'est pas définitif, « beaucoup d'études démontrent que la dangerosité n'existe pas isolément d'un contexte et d'une situation » [5].

6. Les membres de la CNCDH relèvent que l'exposé des motifs du projet indique que la rétention de sûreté prévue, qui a vocation à s'appliquer une fois que la personne aura « effectué l'intégralité de sa peine privative de liberté », ne constituera « ni une peine ni une sanction ». Ce qualificatif revêt une certaine importance puisque qualifiée de peine, une mesure doit répondre aux principes de légalité des délits et des peines (impliquant la non rétroactivité), et de proportionnalité et de nécessité de la sanction. Pour nier à la nouvelle mesure envisagée son caractère de peine, le gouvernement se fonde en partie sur le fait que le Conseil Constitutionnel avait considéré que n'étaient pas des peines les mesures existantes de lutte contre la récidive que sont le Fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles et le placement sous surveillance électronique mobile ordonné au titre de la surveillance judiciaire. Or, c'est ignorer les motivations qui ont guidé le Conseil constitutionnel que d'appliquer ses conclusions au cas de l'espèce. En effet, dans sa décision du 8 décembre 2005 [6], ce dernier avait conclu ainsi en

*« Considérant, en premier lieu, que la surveillance judiciaire est limitée à la durée des réductions de peine dont bénéficie le condamné ; qu'elle constitue ainsi une modalité d'exécution de la peine qui a été prononcée par la juridiction de jugement ;*

*Considérant, en second lieu, que la surveillance judiciaire, y compris lorsqu'elle comprend un placement sous surveillance électronique mobile, est ordonnée par la juridiction de l'application des peines ; qu'elle repose non sur la culpabilité du condamné, mais sur sa dangerosité ; qu'elle a pour seul but de prévenir la récidive ; qu'ainsi, la surveillance judiciaire ne constitue ni une peine ni une sanction. »*

Les membres de la CNCDH estiment qu'une mesure restrictive de liberté qu'est la rétention de sûreté prévue, qui prévoit un enfermement et un régime similaire à celui d'un détenu, devrait être assimilé à une sanction.

7. Sur le plan des principes, la mutation apportée aux règles de responsabilité pénale est considérable. Le lien de causalité entre une infraction et la privation de liberté est rompu. La personne n'est plus condamnée en raison de l'infraction, puisqu'elle a purgé sa peine. Mais elle reste l'auteur virtuel d'une infraction possible. La sanction prévue sera alors prononcée sur la base de « la particulière dangerosité du condamné », soit un qualificatif flou lié à la personnalité de l'individu et sans aucun rapport avec un élément matériel, le fait. A cet égard, le projet de loi remet en cause les principes fondamentaux du droit pénal issus de la Révolution de 1789.

8. Sur le plan de la procédure, une telle mesure de sûreté devrait donc pouvoir s'insérer dans le cadre restrictif de l'article 5,1 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Or, la catégorie des condamnés dangereux ne figure pas parmi les exceptions admises dans le texte à la liberté de la personne [7]. Il faut donc que la mesure de sûreté ait été décidée par un juge et qu'elle constitue une réponse ajustée, proportionnée et nécessaire à l'objectif recherché.

9. Sur ces deux points, le texte soulève des doutes. En effet, la décision de rétention devra être prise par une commission régionale composée par un président de chambre et deux conseillers de Cour d'Appel, après saisine du procureur général, sur proposition d'une commission pluridisciplinaire. Or, la Commission pluridisciplinaire et la commission régionale de trois magistrats qui vont, le moment venu et après l'accomplissement de la peine apprécier la dangerosité de l'individu et la nécessité de mesures de rétention ne sont pas, malgré les précautions prises, des juridictions au sens de l'article 6,1 de la Convention Européenne des droits de l'Homme. Pour éviter cette difficulté, le texte dispose que la juridiction d'origine, qui a prononcé la peine initiale, aura prévu en fin de peine l'application possible de nouvelles mesures. Mais ce faisant, elle n'exerce pas une appréciation des faits de la cause tels qu'ils se présentent au moment où la rétention est examinée. Elle délègue totalement ce pouvoir aux commissions mentionnées plus haut.

10. Sur le deuxième point, la situation à laquelle le projet veut répondre a été marquée par le fait que les mesures en vigueur pour le suivi socio-judiciaire des détenus, avant leur libération ou dans l'exécution de leur peine n'ont pu encore faire la preuve de leur efficacité.

11. En outre, les membres de la CNCDH regrettent les nouvelles limites apportées aux possibilités de réductions de peine, étendant ainsi les exceptions apportées au principe selon lequel « chaque condamné bénéficie d'un crédit de réduction de peine calculée sur la durée de la condamnation (...) » [8]. La CNCDH s'est déjà inquiétée en 2002 de l'usage des périodes de sûreté, estimant que la dialectique de la séparation et de la réunion (s'agissant de la situation du délinquant par rapport au corps social) suppose que la sanction pénale ne soit jamais définie initialement ne varietur, mais au contraire soit susceptible de redéfinition permanente en fonction de l'évolution des condamnés. Les nouvelles limites envisagées dans le présent texte sont autant d'obstacles aux possibilités de réinsertion durable et réelle du condamné dans la société, donc contreproductives au regard de la prévention de la récidive. La CNCDH rappelle que le Conseil de l'Europe estime qu'il « ne faut pas ôter aux détenus condamnés à vie l'espoir d'obtenir une libération conditionnelle », parce qu'on ne peut pas « raisonnablement soutenir que tous les condamnés à perpétuité resteront toujours dangereux pour la société » et aussi parce que la gestion par l'Administration pénitentiaire de détenus sans espoir de libération « pose de graves problèmes, qu'il s'agisse de les inciter à coopérer et à brider leur comportement perturbateur, de proposer des programmes de développement personnel, d'organiser la planification de la peine ou d'assurer la sécurité » [9]. Le présent projet de loi envisage de soumettre à des limitations similaires de réduction de peine les personnes condamnées en état de récidive légale et les personnes n'ayant pas fait l'objet d'une telle condamnation mais subjectivement considérées comme « dangereuses » (autrement dit les récidivistes « virtuels »). De même, est assimilée à une « mauvaise conduite » le refus de soins en détention. Dans un avis de 2005 [10] la CNCDH avait déjà relevé que la restriction du crédit de réduction de peine des condamnés en état de récidive légale s'inscrivait de manière cohérente dans une démarche d'aggravation des effets attachés à la récidive et apparaissait inopportune : un condamné placé dans cette situation étant en effet appelé à subir, en principe, une peine plus longue, son accès à la libération conditionnelle se trouve déjà retardé (article 729 du code de procédure pénale), et la récidive n'est pas exclusive de la bonne conduite en prison, que récompense la réduction de peine.

12. Enfin, la CNCDH souhaite mettre l'accent sur les mesures existantes de prévention de la récidive, dont certaines n'ont été mises en places que très récemment et sur lesquelles aucun bilan d'efficacité n'a été fait: loi instaurant un suivi socio-judiciaire avec injonction de soin [11], dispositions relatives à la surveillance judiciaire [12], création d'un fichier judiciaire avec obligation de se présenter à la police [13], loi instituant une surveillance électronique par bracelet mo-

bile [14]. La CNCDH rappelle, dans le droit fil de ses travaux sur le sens de la peine et sur les alternatives à la détention, que ces dernières sont mieux à même de préparer un individu à sa ré-intégration dans la société, par l'apport de mesures efficaces et nécessaires d'accompagnement social, éducatif, médical, plutôt que de constituer un enfermement non personnalisé dans des conditions de détention qui viennent à nouveau d'être dénoncées par le Comité européen de prévention de la torture, et qui constitue davantage un foyer de récidive plutôt qu'une protection de la société. La CNCDH estime que l'une des priorités dans la prévention de la récidive réside moins dans un recours accru à l'emprisonnement que dans un renforcement des moyens qui permettraient un accompagnement socio-éducatif en milieu ouvert, notamment pour les services d'insertion et de probation. Il conviendrait avant tout de répondre aux besoins matériels et humains avant de légiférer une nouvelle fois. De cela dépendent la crédibilité et l'efficacité de la justice.

## II- Sur la déclaration d'irresponsabilité pénale en raison d'un trouble mental

13. Le principe de l'irresponsabilité pénale de la personne privée de son libre arbitre est, comme l'a rappelé la CNCDH dans ses travaux antérieurs, l'un des fondements du droit pénal français. Dans ses réflexions sur le sens de la peine, la CNCDH considérait déjà que l'application de la répression pénale à des personnes que leur âge ou leur état médico-psychologique ne rend pas accessible à l'assomption de leur responsabilité est non seulement inique mais dépourvue de toute efficacité. Le projet de loi actuellement soumis à l'examen vise à aménager la manière dont ce principe est appliqué devant les tribunaux judiciaires lorsqu'une personne privée de discernement ou dont le discernement est altéré commet un acte qui relèverait dans toute autre circonstance de la répression pénale. Si le projet de loi ne remet pas en cause intégralement ce principe fondamental, il présente de nombreuses confusions. Or, confondre le droit pénal, dans lequel le délinquant est face à la loi, avec le droit privé, dans lequel le fautif est face à la victime d'un préjudice, ce n'est pas seulement brouiller la cohérence du système juridique mais aussi affaiblir le lien social et l'ordre public que l'on prétend mieux servir.

14. Cette réforme est mise en place dans un texte qui traite comme un ensemble, en raison de leur dangerosité particulière, des personnes qui font l'objet d'une sanction pénale et des personnes qui n'ont pas été condamnées en raison de leur état de santé, autour du concept équivoque de dangerosité et dans une assimilation entre maladie mentale et délinquance. L'on peut s'interroger sur le point de savoir si l'on vise une rechute, que diagnostique un médecin, ou une

récidive, que le bon fonctionnement de la justice doit prévenir.

15. La CNCDH rappelle que le malade mental a le droit d'être soigné selon les meilleures solutions médicales disponibles. Il jouit des droits de tout malade. Le fait que sa maladie puisse dans certains lui faire perdre son discernement et l'entraîner à commettre des actes, même graves, ne transfère pas à l'autorité judiciaire une compétence pour le soigner. Pour tous les malades qui à certains moment sont en situation de risque pour des tiers ou pour eux-mêmes, l'on est à la recherche, compte tenu des progrès techniques, du meilleur régime d'hospitalisation et surtout de soins pratiqués sans son consentement mais sous régime ambulatoire. La clé en est le suivi par un entourage médical et social compétent. Ces modalités de traitement comportent une limitation de la liberté d'aller et venir, de consentir à un acte médical, de préserver sa vie privée. Elles sont suffisamment graves pour qu'il ait lieu de mettre en place des garanties appropriées et que l'on attende de la famille et des proches, de la société dans son ensemble et des autorités responsables la tolérance et le soutien indispensables au traitement. De là le danger d'aborder ces problèmes à partir des cas où le malade a commis un acte qui pour tout autre serait crime ou délit. L'autorité politique fait peser là la suspicion sur tout malade. De plus l'autorité judiciaire et l'autorité pénitentiaire ne peuvent se prévaloir de solutions qui permettent d'éviter la reproduction de tels actes. En effet, le traitement la maladie mentale relève en premier lieu de la santé publique et non pas de l'ordre public. Certes, certains patients peuvent présenter transitoirement un état dangereux surtout lorsqu'ils sont en rupture de soins. Dès lors, s'impose un travail sur les capacités de la psychiatrie à suivre les malades et à prévenir les autorités adéquates en cas de danger. Les membres de la CNCDH soulignent la nécessité d'améliorer l'offre de soin de la psychiatrie publique et de réfléchir à la notion de soins sans consentement, afin de permettre le soin des malades tout en respectant leurs droits et libertés fondamentales.

16. Pour cette raison, les membres de la CNCDH estiment préférable de laisser en l'état le régime de l'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Sa réforme ne paraît pas s'imposer en raison du petit nombre de cas où cette irresponsabilité est retenue, nombre qui se réduit régulièrement. Et la nouvelle procédure prévue appelle de la part des membres de la CNCDH deux types d'observations. La première a trait à la procédure applicable, la seconde à l'introduction de « mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ».

17. En premier lieu, la participation du malade mental, atteint au point de ne pas être respon-

sable de ses actes, à une forme de procès public qui aboutit à déclaration d'irresponsabilité apporte de sérieuses atteintes aux règles de procédure. C'est en effet une juridiction d'instruction et non une juridiction de jugement qui va se prononcer sur la réalité des actes et sur leur imputabilité à une personne. La procédure de reconnaissance de l'irresponsabilité par la chambre de l'instruction, suite à un débat contradictoire, revêt un véritable caractère d'audience qui va à l'encontre du principe fondamental de la présomption d'innocence puisque la chambre d'instruction sera compétente pour, dans le même temps, évaluer si la personne est irresponsable au titre de l'article 122-1 du Code pénal, et « s'il existe des charges suffisantes contre la personne mise en examen d'avoir commis les faits qui lui sont reprochés ». Une confusion entre l'audience de jugement et l'instruction apparaît là, alors que l'individu, durant l'instruction, demeure présumé innocent. De plus, la CNCDH rappelle que l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme dispose que « tout accusé a droit (...) de se défendre lui-même », alors que les nouvelles dispositions prévoient que dans cette nouvelle procédure l'accusé devra être obligatoirement assisté d'un avocat. Cette décision d'irresponsabilité n'apportera donc pas toutes les garanties du jugement pénal. Or, elle figurera au casier judiciaire. Elle préjuge aussi, s'il y a des coauteurs responsables de leurs actes, d'une future condamnation pesant sur autrui.

18. L'organisation compliquée de cette nouvelle procédure n'apportera pas de véritable progrès à la victime, pour laquelle la confrontation physique avec un auteur qui est malade n'est pas une explication ou une réparation, mais plutôt un drame ajouté au drame, une confrontation de souffrances. En revanche, le souvenir de l'intervention de la justice va s'attacher au malade, l'assimiler qu'on le veuille ou non à un criminel et aggraver encore la discrimination qui rend si difficile le sort des malades mentaux et de proches qui doivent les accompagner.

19. En second lieu, le texte prévoit que des mesures limitatives de liberté peuvent s'inscrire comme suite à la déclaration d'irresponsabilité. Elles sont ambiguës puisqu'il ne s'agit ni des conséquences d'un véritable jugement pénal, ni des mesures qui peuvent être prescrites à l'égard de tout malade dans le respect de ses droits. Cette solution vient aggraver les problèmes concernant la répartition des responsabilités qui opposent toutes les institutions responsables de la maladie mentale et qui doivent faire l'objet d'une réflexion d'ensemble sur l'hospitalisation d'office et l'obligation de soins.

### III- Sur le dispositif d'injonction de soins

20. L'article 8 du projet de loi prévoit l'introduction dans le Code de la santé publique de dispositions aux termes desquelles, « *dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements [de rétention de sûreté], les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires.* » (article L. 6141-5 modifié). Ces propositions font échec à l'application aux personnes incarcérées des dispositions générales du Code de la santé publique, dont les articles L.1110-4 et R.4127-4 garantissent le secret des informations médicales vis-à-vis des personnes étrangères à l'équipe soignante.

21. La seule disposition particulière aux patients détenus réside actuellement dans l'interdiction faite au médecin de cautionner par son intervention une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de la personne détenue et l'obligation corrélative d'informer l'autorité judiciaire s'il constate que celle-ci a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé (R. 4127-10 du Code de la santé publique) ; l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire s'il s'agit d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique. Pour le reste, les conditions déontologiques de l'intervention du médecin en milieu pénitentiaire sont celles du droit commun. La confidentialité des relations entre les détenus et les médecins qu'ils consultent doit être assurée en toute hypothèse [15].

22. Si l'on suivait les propositions du projet de loi, en cas « *de risque sérieux pour la sécurité des personnes* », le médecin serait clairement sommé d'agir, quel que soit l'avis de son patient, au nom de la sauvegarde de l'ordre public, voire seulement au nom des nécessités du bon fonctionnement du service pénitentiaire. Une telle obligation d'information aboutirait à la mise en jeu de la responsabilité du médecin en cas de réalisation d'un risque (suicide, violence sur autrui) dans la mesure où l'autorité pénitentiaire n'aurait pas dûment été avisée à temps.

23. Tout se passe comme si, hors de son rôle soignant, le médecin participait à une mission de contrôle sur le patient, en assistant l'administration pénitentiaire dans son action. N'y a-t-il pas là une restriction marquée du principe d'autonomie et du respect de la volonté du malade, en dehors de tout bénéfice médical direct et immédiat pour celui-ci? Le pacte de confiance mutuelle

entre le patient et son médecin, qui doit rester au coeur de la relation de soin, apparaît impossible. L'injonction faite au médecin de concilier des intérêts qui peuvent être antagoniques, tout en accordant la priorité *in fine* aux nécessités invoquées par l'administration pénitentiaire, est inacceptable.

24. Le Conseil national de l'Ordre des médecins dans son commentaire sur le Code de déontologie médicale, souligne : « *le médecin des établissements pénitentiaires est, comme tout médecin, indépendant dans tous ses actes. Il n'est ni policier, ni juge, il n'est jamais l'agent d'exécution de quiconque. Il décide seul en conscience de ce qu'il doit faire pour les détenus qui lui sont confiés. Un médecin ne peut être ni inquiété ni pénalisé pour avoir respecté [les dispositions dudit Code]* ».

25. Si les modifications du Code de la santé publique proposées dans le projet de loi étaient entérinées par le Parlement, la qualité des soins dispensés en prison s'en trouverait nécessairement affectée. Or il semble utile de rappeler que les manquements au secret médical dans le cadre de l'ancienne 'médecine pénitentiaire' ont largement contribué à la décision de réforme du système de santé en prison [16], et de son rattachement au service public hospitalier. La loi de 1994 affirme donc fortement, comme un impératif de santé publique, le principe d'une qualité égale des soins en prison et dans le milieu libre. Le respect de ce principe pose évidemment des problèmes concrets multiples mais la loi actuelle a l'immense mérite d'affirmer, que la prison n'est pas, en matière de soin, un lieu d'exception.

26. L'évolution annoncée paraît aller vraiment à l'encontre des principes fermement établis dans le droit français. Ainsi, pour le Conseil d'Etat, « *c'est du malade seul que dépend le sort des secrets qu'il a confiés à son médecin ou que celui-ci a pu déduire de son examen* » [17]. Il n'est pas jusqu'au juge qui ne soit astreint à le respecter, puisque la haute juridiction administrative considère que « *c'est dans tous les cas au requérant qu'il appartient de décider s'il entend porter son dossier à la connaissance du tribunal. Si le requérant refuse, cet élément doit être pris en compte pour apprécier si, compte tenu notamment de l'obligation pour le juge de respecter le caractère contradictoire de la procédure, il est possible et utile d'ordonner une expertise médicale.* » [18]. De son côté, la Cour de cassation a considéré que « *l'obligation au secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état [...], elle est générale et absolue et [...] il n'appartient à personne de les en affranchir* » [19]. La transmission d'informations médicales par le médecin traitant aux experts en dépit de l'opposition de l'intéressé est prohibée [20]. Le droit international garantit la même protection au patient. La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997 (Convention dite 'd'Oviedo') stipule que « *toute personne a droit au respect de sa vie privée*

*s'agissant des informations relatives à sa santé » (art. 10) et qu' « une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. » (art. 5).*

27. Le Conseil de l'Europe s'est fermement engagé en faveur de l'application en prison du droit commun en matière de santé. Selon la Recommandation 98-7 du Comité des ministres du Conseil de l'Europe relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, adoptée le 8 août 1998, *«le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale»*. Telle est également la position du Comité de prévention de la torture du Conseil de l'Europe [21]. Tel est enfin le principe posé par les Règles pénitentiaires européennes : *'lorsqu'il examine un détenu, le médecin, ou un(e) infirmier(ère) qualifié(e) dépendant de ce médecin, doit accorder une attention particulière au respect des règles ordinaires du secret médical'*.

28. Aujourd'hui, il est proposé aux praticiens intervenants en milieu pénitentiaire, de prendre le contre-pied de ce mouvement européen en faveur du renforcement des droits des malades. C'est parce que les modifications proposées marquent une régression très nette par rapport à la loi de janvier 1994, seule réforme majeure survenue dans le champ pénitentiaire ces quinze dernières années, que les membres de la CNCDH entendent rappeler les impératifs éthiques qui doivent s'appliquer dans l'organisation des soins en prison.

---

[1] La CNCDH a en effet traité de nombreuses questions soulevées par le projet de loi, notamment dans ses études et avis suivants : Réflexions sur le sens de la peine (24 janvier 2002), Avis sur la note d'orientation sur une possible réforme des règles applicables en matière d'irresponsabilité pénale (11 mars 2004), Avis sur les dispositions relatives au Fichier Judiciaire National Automatisé des auteurs d'Infractions Sexuelles introduites par le Sénat dans le projet de loi portant adaptation de la Justice aux évolutions de la criminalité (20 novembre 2003), Avis sur la proposition de loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales (20 janvier 2005), Avis sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (20 septembre 2007), Étude sur l'accès aux soins des personnes détenues (19 janvier 2006), Étude « Sanctionner dans le respect des droits de l'homme – Les alternatives à la détention » La Documentation Française, 2007, etc.

[2] Lorsque la référence est fait à des avis ou travaux adoptés en Assemblée plénière, la formulation « CNCDH » a été retenue, alors que l'expression « les membres de la CNCDH » renvoie aux observations formulées par le comité de rédaction de cette note.

[3] Norman BISHOP, ancien chef de recherches à l'Administration pénitentiaire et probationnaire suédoise, expert scientifique au CONSEIL DE L'EUROPE, audition CNCDH, 4 avril 2006

[4] CONSEIL DE L'EUROPE, Recommandation Rec(2003)23, Documents CM (2003)109 Addendum 3, *op.cit.*, septembre 2003.

[5] Norman BISHOP, cité dans *Sanctionner dans le respect des droits de l'homme – Les alternatives à la détention*, La Documentation Française, 2007.

[6] Conseil Constitutionnel, décision n° 2005-527 DC du 8 décembre 2005 (Loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales)

[7] Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, 4.XI.1950, Article 5,1 :

*Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales :*

*a s'il est détenu régulièrement après condamnation par un tribunal compétent;*

*b s'il a fait l'objet d'une arrestation ou d'une détention régulières pour insoumission à une ordonnance rendue, conformément à la loi, par un tribunal ou en vue de garantir l'exécution d'une obligation prescrite par la loi;*

*c s'il a été arrêté et détenu en vue d'être conduit devant l'autorité judiciaire compétente, lorsqu'il y a des raisons plausibles de soupçonner qu'il a commis une infraction ou qu'il y a des motifs raisonnables de croire à la nécessité de l'empêcher de commettre une infraction ou de s'enfuir après l'accomplissement de celle-ci;*

*d s'il s'agit de la détention régulière d'un mineur, décidée pour son éducation surveillée ou de sa détention régulière, afin de le traduire devant l'autorité compétente;*

*e s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond;*

*f s'il s'agit de l'arrestation ou de la détention régulières d'une personne pour l'empêcher de pénétrer irrégulièrement dans le territoire, ou contre laquelle une procédure d'expulsion ou d'extradition est en cours.*

[8] Article 721 du Code de Procédure Pénale

[9] Conseil de l'Europe, Exposé des motifs de la Recommandation Rec(2003)22 sur la libération conditionnelle, septembre 2003.

[10] CNCDH, *Avis sur la proposition de loi relative au traitement de la récidive des infractions pénales*, 20 janvier 2005

[11] Loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs.

[12] Loi n°2003-238 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure.

[13] Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

[14] Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales.

[15] Comité national d'éthique, 27 mars 2005

[16] Voir *Santé en milieu carcéral : rapport pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Haut comité de santé publique, 1993

[17] CE, 11 février 1972, *Crochette*

[18] CE, 6 avril 2007, Avis n° 293238

[19] Cass. crim. 5 juin 1985, bull. crim. N°218

[20] Cass. 1ère civ, 15 juin 2004, JCP éd. G n° 36 p. 1493

[21] CPT/Inf/E(2002) 1- Rev.2006, norme n°50

CONTRIBUTION A LA REFLEXION DES INSTANCES FEDERALES –  
SANTÉ-SOCIAUX- ET CONFEDERALE DE LA CFDT SUR LA  
QUESTION DE LA LOI DITE « SUR LA RETENTION DE SURETE »  
Pierre-Yves EMERAUD

Cette contribution, demandée par le référent Psychiatrie du secrétariat général de la Fédération jeudi 10/01/08, est rédigée « à chaud » à partir de l'analyse de la presse, des réflexions menées au sein de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS) et de ma pratique près des auteurs d'agression sexuelle (AAS) au Service Médico-Psychologique Régional de la Maison d' Arrêt de Varcès (38). Celle-ci peut être complémentaire aux arguments percutants développés par les initiateurs (Syndicat de la Magistrature, GENEPI, FSU/SNAP) de la pétition circulant actuellement sur le web, signée par un certain nombre d'associations et d'organisations que je vous ai envoyée vendredi.

Avec cette nouvelle loi sur la rétention de sûreté on assiste à un changement profond de la fonction du juge, de la justice, de la psychiatrie et du soin... Le Monde du 11/01/08 parle d'une étape inédite pour le droit pénal français. Cette loi permet l'enfermement à vie, à l'issue de leur peine de prison, dans un « centre médico-judiciaire » des condamnés estimés dangereux par une commission pluridisciplinaire (préfet, magistrat, psychologue, psychiatre, avocat, victime). La décision est prise pour un an renouvelable sans limite par une commission composée de trois magistrats de la cour d'appel. Au vu d'un rapport d'expertise psychiatrique, la justice décidera de prolonger la détention de quelqu'un qui n'aura pas commis de nouvelle infraction mais qui recèle-

rait en lui la possibilité d'en commettre, en fonction d'une dangerosité présumée. Si la psychiatrie, qui n'est pas une science exacte, est compétente pour évaluer la dangerosité psychiatrique, elle l'est beaucoup moins pour évaluer la dangerosité criminologique... Mais tant pis si ce sont des nuances qui échappent à nos législateurs, le résultat est là : Le juge pourra maintenir en détention un sujet qui « aura payé sa dette à la société » et cela, sans aucune infraction ni condamnation. Ainsi pour pallier les carences dont on aura fait preuve au cours de l'exécution des peines (en particulier dans la politique d'incitations aux soins...) on crée un dispositif judiciaire supplémentaire, un « hôpital prison » (Le premier est prévu à Fresnes et non pas à Lyon...) destiné à mettre à l'écart, sinon à éliminer, des individus en raison d'une dangerosité présumée. C'est très grave et, comme le souligne Badinter, du jamais vu depuis la révolution française : on maintient en détention (Pour combien de temps ?...) un individu non pour ce qu'il a fait (charges et preuves à l'appui) mais pour ce qu'il est (ou du moins pour ce qu'on présume qu'il est)...

Mais comment assurer un risque de récidive moindre (revendication légitime du corps social !) des délinquants sexuels sans passer par une telle régression de notre justice républicaine censée par ailleurs exprimer les valeurs de notre société ?...

D'abord renoncer, ici comme ailleurs, au risque zéro !...

Si, à l'issue de la peine on a la conviction qu'une personne ne peut contrôler ses pulsions, il faut prononcer une mesure d'hospitalisation d'office en psychiatrie.

Sinon il faut prendre le risque de la sortie des condamnés, mais, de la meilleure façon qui soit ! D'abord faire son possible pour amorcer des soins pendant l'exécution de la peine par une politique active d'incitations aux soins et des moyens humains réels pour les assurer. A ce propos si le gouvernement a reconnu le 10/12/07 les lacunes du service publique de psychiatrie dans les prisons, c'est pour ajouter que nous sommes dans une période transitoire en attendant la construction des 17 Unités Hospitalières de Soins Aménagés (UHSA) . Comme si la présence du service publique de psychiatrie dans les prisons (SMPR dans les Maisons d'arrêt etc.) n'était destinée qu'aux soins aux « malades mentaux relevant de la psychose » mais n'avait pas vocation à prendre en charge les auteurs de violences sexuelles !. On se demande, dès lors, avec quel personnel soignant « l'incitation aux soins peut être honorée ?

Ensuite s'assurer au maximum que les fins de peine soient aménagées (le contraire de ce que proclame Rachida Dati) par le recours aux libertés conditionnelles, aux mesures de semi-liberté assorties d'obligations de soins, recours éventuel au bracelet électronique, à « l'aide au contrôle des pulsions » (médicaments réducteur de la libido) etc.

En fin de peine, en se donnant vraiment les moyens d'appliquer la loi du suivi socio judiciaire du 17/06/98 en renforçant les moyens des comités de probation (un juge d'application des peines gère en moyenne actuellement 700 dossiers par an : Francis Evrard, le pédophile dont il fut tant question au mois d'août 07, avait rendez-vous avec son JAP deux mois après sa sortie, il

a récidivé une semaine avant celui-ci) et du réseau de soins psychiatriques (service public actuellement complètement débordé : deux mois d'attente en moyenne pour un rendez-vous dans un CMP !). Comme le dit le P. Lamothe, médecin-chef du SMPR des prisons de Lyon « *aucune mesure passive ne résoudra le problème des délinquants sexuels* », il faut les maintenir dans le camp des hommes et établir avec eux, coûte que coûte, un cadre thérapeutique ou tout au long du processus ils sont mis en position de sujet avec lequel le dialogue est toujours rendu possible. C'est le choix de l'accompagnement et non celui de la mise à l'écart !

Mais dans la nuit de mercredi à jeudi, c'est dans un hémicycle désert que nos députés ont voté le projet de loi sur la rétention de sûreté en l'étendant à toutes les violences... Il reste le sénat, le conseil constitutionnel... Peu d'espoir ! La rétention a été préférée à un accompagnement de qualité plus coûteux. A voir ! Le ministère indique qu'environ 450 personnes sont condamnées chaque année à des peines d'au moins 15 ans de prison pour des crimes relevant du projet de loi. Sur ce nombre une cinquantaine par an intégreraient ces centres. Cela augure, sans doute, à terme de devoir assurer le fonctionnement de plusieurs « hôpitaux prison »... Les juges choisiront par facilité la rétention puisque les conditions d'un accompagnement de qualité avec les moyens adéquates, seuls susceptibles de lui donner du sens ne seront pas réunies... C'est bien là toute la question, un accompagnement est à tout point de vue préférable à une rétention mais à condition d'y mettre les moyens...

Maintenant il faut bien prendre acte des décisions qui vont nous être imposées (premiers « retenus » pour 2023 mais le centre de Fresnes ouvrira avant pour accueillir les anciens condamnés pour infractions sexuelles qui auront dérogé aux mesures de contraintes dans le cadre des aménagements de peine ou du suivi socio-judiciaire) ...

Parmi les pays qui pratiquent déjà la rétention de sûreté, le bilan est contrasté ! Pas grand-chose à voir entre l'Allemagne qui prolonge la détention d'individus « dangereux » sans soin et sans limite de temps et ce qui se pratique aux Pays-bas ou en Suisse !

Parlons de la Suisse que nous connaissons bien à l'ARTAAS. Voilà un pays qui a des moyens, qui n'a pas nos traditions républicaines et est déjà impliqué depuis longtemps dans une stratégie de défense sociale. Là aussi, le condamné qui a fini sa peine et qui est considéré « toujours dangereux » passe devant une commission pluridisciplinaire (juristes, pénitentiaire, psychiatres) qui peut décider une « injonction légale de soins » qui peut être ambulatoire dans le cadre d'une liberté conditionnelle mais aussi dans le cadre d'un maintien en détention. Cette disposition est sous-tendue par toute une philosophie du soin différente de la nôtre dont nous pouvons décliner quelques exemples :

-Un cadre de soin est imposé aux condamnés même en l'absence de demande c'est

l'obligation de traitement (l'obligation de soins en prison n'existe pas en France).

-Les soignants ont accès à tous les dossiers pénaux, experts, judiciaires dès le début de l'incarcération.

-Les soignants contribuent à l'orientation du « plan de peine » du sujet dont est dégagé une image globale à travers leur participation régulière à une commission interdisciplinaire consultative (CIC).

Même s'il ne s'agit pas de copier ce qui se passe chez nos voisins, ce qu'il y a à retenir c'est encore la question des moyens, les moyens humains et matériels et de solides garanties éthiques... En l'absence de ces éléments « clés » la rétention de sûreté risque de se transformer en un « gardiennage » inefficace, meurtrier (au moins sur le plan psychique !), inhumain et au bout du compte, une fois de plus, bien indigne de notre République...

Les équipes pluridisciplinaires de la psychiatrie qui travaillent aujourd'hui déjà avec cette population intra ou extra-muros sont à la croisée des chemins et se posent beaucoup de questions...Elles vont être convoquées pour assurer des soins (?) dans ces lieux de rétention avec quelle éthique ?, avec quels moyens réels ?...

Il importe de ne pas laisser aux seuls professionnels impliqués le devoir d'assumer de telles missions à l'écart de tout débat citoyen. Les organisations syndicales qui se veulent des corps intermédiaires, indépendants des logiques gouvernementales, ne doivent pas rester muettes sur des questions qui modèlent la société de demain, qui détermineront les destinées de certains concitoyens et qui contribuent aussi à engager l'avenir de notre démocratie...

Grenoble,

Le 13 janvier 2008

Pierre-Yves EMERAUD

Infirmier D.S.P. au Service Médico-Psychologique Régional  
de la Maison d'arrêt de Varcès (38)

Représentant du personnel C.F.D.T. au C.H. de St-Egrève (38)

Référent psychiatrie près du syndicat Santé-Sociaux CFDT 38

Membre du Conseil d'Administration de l'A.R.T.A.A.S  
(Association Recherche Traitement Auteurs d'Agressions Sexuelles).

## CONTRE LA RETENTION DE SURETE

Trois organisations : le GENEPI (Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées), le SNEPAP-FSU (Syndicat national de l'ensemble des personnels de l'administration pénitentiaire) et le Syndicat de la Magistrature sont à l'origine d'un appel à signature contre l'instauration d'un enfermement sans fin sur présomption de dangerosité.

Socapsyleg fait partie des associations régionales qui ont signé cet appel. Pour rejoindre les signataires, rendez-vous sur le site : [www.contrelarettentiondesurete.fr](http://www.contrelarettentiondesurete.fr).

Appel à l'initiative du GENEPI, du SNEPAP-FSU et du Syndicat de la Magistrature  
Refusons l'instauration d'un enfermement sans fin sur une  
simple présomption de dangerosité !

*« Si tu es prêt à sacrifier un peu de liberté pour te sentir en sécurité, tu ne mérites ni l'une ni l'autre ».*  
*Thomas Jefferson*

Le Parlement s'apprête à examiner un projet de loi visant à instaurer une « rétention de sûreté » qui permettra, après l'exécution de la peine de prison, de prolonger - sans limitation de durée, sans peine et sans infraction - l'enfermement des personnes considérées comme d'une « particulière dangerosité ».

La mise en place d'un tel dispositif, préparé à la hâte à la suite de l'affaire Evrard, relève d'une philosophie de l'enfermement qui s'inscrit dans la culture du « risque zéro » qui, sous prétexte de lutter contre la récidive, impose, depuis plusieurs années, des législations de plus en plus répressives et attentatoires aux libertés publiques.

Il ne s'agit plus simplement de durcir les sanctions ou de renforcer les moyens de contrainte, mais de procéder à des enfermements préventifs, sur la base d'une présomption d'infraction future et dans une logique d'élimination qui s'apparente à une mort sociale.

Actuellement circonscrit aux infractions les plus graves commises sur les mineurs, ce texte, comme la plupart des dispositifs répressifs, est susceptible d'extensions au gré des faits divers du moment. L'appréciation de la dangerosité n'est par ailleurs fondée sur aucune évaluation sérieuse mais sur une simple expertise psychiatrique, ce qui procède d'une grave confusion entre délinquance et maladie mentale. L'évaluation de la dangerosité ne relève donc pas du diagnostic mais du pronostic.

En refusant de porter les efforts humains et financiers sur le temps de la peine, ce texte fait le choix de ne pas améliorer la prise en charge durant l'incarcération.

Si ce texte est adopté, la France se dotera d'un dispositif sans équivalent dans les démocraties occidentales car, contrairement à ce que le gouvernement veut laisser croire, rien de comparable n'existe en Europe (aux Pays Bas et en Belgique, ce type d'enfermement n'intervient qu'en substitution à la peine).

Aujourd'hui, avec une mesure comparable et au prétexte d'une dangerosité sociale, la Russie enferme des journalistes dans des établissements psychiatriques.

Dans un rapport d'information sur les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses (2006), les sénateurs Philippe Goujon et Charles Gautier indiquaient que *« s'il est indispensable de limiter le plus possible le risque de récidive, celui-ci ne peut être dans une société de droit, respectueuse des libertés individuelles, complètement éliminé. Le « risque zéro » n'existe pas. »*

Nous ne pouvons accepter un modèle de société qui sacrifie nos libertés au profit d'un objectif illusoire de « risque zéro ».

Nous appelons les parlementaires à refuser de voter ce texte indigne.

Pour signer cet appel : envoyer un mail à [contrelaretentiondesurete@genepi.fr](mailto:contrelaretentiondesurete@genepi.fr)

## Le rôle du médecin et la situation d'un détenu placé au quartier disciplinaire

*L'interrogation d'un médecin sur son rôle face à un détenu placé au quartier disciplinaire l'a conduit à demander conseil au près du conseil de l'ordre des médecins et du médecin inspecteur de santé publique. Sa lettre est reproduite ci-dessous.*

Cher Confrère,

Je me permets de vous solliciter au sujet de questions déontologiques auxquelles je suis confronté depuis le début de mon exercice de la médecine générale en milieu carcéral. J'exerce comme praticien hospitalier contractuel, au Centre Pénitentiaire de Liancourt depuis le 1er Janvier 2007.

Outre, le problème du secret médical en détention particulièrement complexe à traiter dans l'intérêt du patient, j'aimerais connaître l'avis du Conseil de l'Ordre à propos de la visite médicale du patient détenu placé au quartier disciplinaire (dit « mitard »).

Avant tout, je me permets de vous rappeler que notre exercice est cadré par le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues rédigé par le Ministère de la Santé et des Solidarités et le Ministère de la Justice (dernière actualisation 10 Janvier 2005) (Art R.711-7 et suivants du Code de la Santé Publique).

Les visites régulières du médecin au quartier disciplinaire permettent d'assurer la santé du patient. Cependant ces visites au quartier disciplinaire au moins deux fois par semaine soumettent le médecin à l'exercice d'un rôle éloigné de cette mission. En effet, le médecin devient expert en certifiant si l'état de santé du patient détenu est compatible avec son maintien au quartier disciplinaire. Il doit demander la « suspension d'une mesure de placement au quartier disciplinaire, si son exécution est de nature à compromettre la santé de la personne détenue (art. D.251-4 du Code de Procédure Pénal).

Vous conviendrez que cette demande correspond à juger si la pratique d'un châtiment (isolement dans une cellule sans accès aux cantines, ni à la télé, ni aux activités, ni aux promenades collectives) risque de compromettre (et dans quelle mesure) la santé physique et mentale d'une personne dont les libertés sont déjà restreintes. Contre les règles du code de déontologie médicale, le médecin se retrouve, par un dispositif légal, soignant et expert. Il se retrouve également juge d'une infraction disciplinaire puisque l'avis médical n'est pas consultatif mais dé-

cisif (l'administration a devoir de suivre une décision médicale suspensive).

Médecin traitant du patient détenu, nous essayons chaque jour d'établir un colloque singulier, dans une situation particulière, avec des patients ayant peu l'habitude de recourir aux soins malgré leurs besoins. Puis nous sommes amenés à expertiser (déterminer si l'exécution d'une sanction affecterait l'état de santé) nos propres patients et nous devenons alors décideurs d'une mesure disciplinaire d'une administration qui n'est pas la nôtre.

Ce grave problème a déjà été soulevé par de nombreuses commissions (Sénat, Comité Consultatif National d'Ethique...). Cependant, elles ne nous orientent pas dans nos pratiques quotidiennes.

Récemment, dans son bulletin N°8 d'Octobre 2007, dans un article d'actualité sur les soins aux détenus, le Conseil National de l'Ordre rappelait « que tout médecin, quelles que soient ses modalités d'exercice, est tenu de veiller à ce que des soins soient dispensés dans le strict respect de la déontologie ».

Je demande donc, par cette présente, à mes pairs, de m'indiquer quelle doit être ma position concrète dans cette pratique très particulière de la médecine générale en détention, au quartier disciplinaire.

Vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à cette demande, et me tenant à votre disposition pour toute information complémentaire, veuillez agréer, Monsieur le Président du Conseil Départemental de l'Ordre de Médecins, l'expression de mes salutations respectueuses.

Olivier SANNIER, Médecin généraliste, Praticien Hospitalier Contractuel au Centre Hospitalier de Creil détaché à l'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires du Centre Pénitentiaire de Liancourt

Réponse du Conseil National :

"Le Dr SANNIER auteur de cette question, l'analyse avec beaucoup de pertinence. Il s'agit en effet, d'un rôle d'expert, par définition incompatible (article 105 du code de déontologie médicale, figurant sous l'article R.4127-105 du code de la santé publique) avec celui du médecin traitant.

**En conséquence, le médecin appelé à donner ses soins à un détenu placé en quartier disciplinaire ne peut que demander l'avis d'un expert et à défaut la réintégration du détenu en cellule."**

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

*Loi pénitentiaire*

*Contexte et enjeux*

*Collection « Sciences criminelles »*

*Série : « Controverses »*

L'Harmattan, 2008, 2007

L'Harmattan

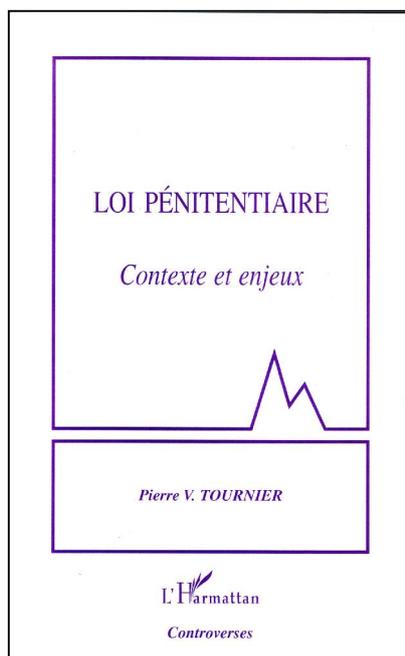
Édition – Diffusion

5-7, rue de l'École Polytechnique 75005 Paris

Tél : 01 40 46 79 20 / Fax : 01 43 25 82 03

<http://www.editions-harmattan.fr>

Vient de paraître



**LOI PENITENTIAIRE**

*Contexte et enjeux*

Pierre V. Tournier

Collection : « Sciences criminelles » ;

Série : « Controverses »

ISBN : 978-2-296-04870-6 • 12 € • 116 pages

Le 11 juillet 2007, le Garde des Sceaux installait le Comité d'orientation restreint chargé de préparer la loi pénitentiaire : « Il faut traduire, dans notre droit positif, les règles pénitentiaires européennes », adoptées par le Conseil de l'Europe le 11 janvier 2006. Mme Dati va plus loin encore, en affirmant que « cette loi ne doit pas être uniquement centrée sur la prison. Elle devra

prendre en compte l'ensemble des missions induites pas l'exécution des mesures et sanctions pénales ». Face à de telles ambitions que l'on ne peut que partager, il y a la réalité de l'inflation carcérale et du surpeuplement des prisons. Sortir d'une telle contradiction est possible, à condition d'exhumer les recommandations du Conseil d'Europe du 30 septembre 1999 sur *Le surpeuplement des prisons et l'inflation carcérale* et du 24 septembre 2003 sur *La libération conditionnelle*.

C'est à ce prix que la loi pénitentiaire échappera à la « politique spectacle », rythmée par l'adoption de textes législatifs qui sont, au mieux, sans aucun effet sur la réalité.

## **L'AUTEUR**

**Pierre V. Tournier** est spécialiste des questions pénales, docteur en démographie-hdr, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XX<sup>e</sup> siècle (Paris I). Ancien conseiller scientifique au Conseil de l'Europe, il est le fondateur de Pénombre, de DES Maintenant en Europe et de la revue « Champ Pénal / Penal Field ».

## **TABLE DES MATIERES**

### **INTRODUCTION**

### **Partie I. - CONTEXTE**

#### **Chapitre 1. - Les personnes placées sous main de justice**

- 1.1 - Terminologie
- 1.2 - Situation d'ensemble au 1<sup>er</sup> janvier 2007
- 1.3 - La population sous écrou dans sa diversité

#### **Chapitre 2. - Descriptif du peuplement carcéral**

- 2.1 - Détenus en surnombre
- 2.2 - Descriptif du peuplement carcéral (D.P.C.)
- 2.3 - Surpeuplement et type d'établissement
- 2.4 - Surpeuplement et inflation carcérale

#### **Chapitre 3. - L'abandon des grâces collectives et les peines planchers. Nouveaux facteurs d'inflation ?**

- 3.1 - Eléments de modélisation
- 3.2 - L'abandon des grâces collectives
- 3.3 - La loi du 10 août 2007 sur la récidive et son impact

#### **Chapitre 4. - Perspectives de population carcérale**

- 4.1 - Terminologie
- 4.2 - Horizon 2017
- 4.3 - Horizon 2012

### **Partie II. - ENJEUX**

#### **Chapitre 5. - Les règles pénitentiaires européennes : petite chronique d'une application annoncée**

- 5.1 - Cela se passe à Strasbourg
- 5.2 - Vous avez dit recommandations ?

**Chapitre 6. - Une charte pour l'action**

- 6.1 - Règles non reconnues par le droit français d'après l'Administration pénitentiaire
- 6.2 - Règles reconnues mais d'application difficile d'après l'Administration pénitentiaire
- 6.3 - Les priorités de l'Administration pénitentiaire
- 6.4 - Autres règles essentielles

**Chapitre 7. - Retour vers le futur**

- 7.1 - Contrôle extérieur des prisons
- 7.2 - Des hommes et des femmes debout
- 7.3 - L'exercice de la citoyenneté en détention
- 7.4 - Numerus clausus en milieu fermé comme en milieu ouvert
- 7.5 - Lutter contre l'inflation carcérale
- 7.6 - Des peines systématiquement aménagées, des procédures adaptées au quantum
- 7.7 - Prisons : faut-il construire ?

**Chapitre 8. - Une nouvelle échelle des peines**

- 8.1 - Etat des lieux
- 8.2 - La prison à sa juste place

-----  
**BON DE COMMANDE**

***A retourner à L'HARMATTAN, 7 rue de l'École Polytechnique 75005 Paris***

Veuillez me faire parvenir .....exemplaire(s) du livre : Loi Pénitentiaire  
au prix unitaire de 12 € *Frais de port à ajouter : France : 2,90 € (en lettre) ; 5,10 € (en colissimo)*

NOM .....

ADRESSE.....

Ci-joint un chèque de ..... €

Pour l'étranger, vos règlements sont à effectuer:

- en euros sur chèques domiciliés sur banque française
- par virement en euros sur notre CCP Paris ( IBAN : FR 40 3004 1000 0123 6254 4N02 083 / BIC : PSSTFRPPPAR )

- par carte bancaire (Visa uniquement) N°.....

date d'expiration...../...../...../ le numéro CVx2 (les 3 derniers chiffres se trouvant au dos de votre carte, à gauche de votre signature) :

**Vous pouvez aussi commander cet ouvrage directement à votre libraire habituel**

**ou sur notre site internet : <http://editions-harmattan.fr>**

*La part obscure de nous-mêmes, Une histoire des pervers*

*Bibliothèque Idées, Albin Michel, 2007*



- Risque zéro, principe de précaution, refus de voir la part obscure de nous-mêmes qui existe parmi les candidats au centre de rétention de sûreté. 4<sup>ème</sup> de couverture : « Notre époque, qui croit de moins en moins à l'émancipation par l'exercice de la liberté humaine, et pas davantage au fait que chacun d'entre nous recèle sa part obscure, feint de supposer que la science nous permettra bientôt d'en finir avec la perversion. Mais qui ne voit qu'en prétendant l'éradiquer, nous prenons le risque de détruire l'idée d'une possible distinction entre le bien et le mal, qui est au fondement même de la civilisation ? ».

*Procès Dutroux, Penser l'émotion*

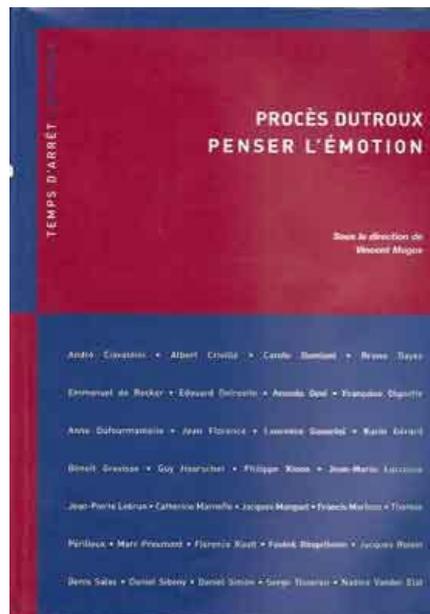
*Sous la direction de Vincent Magos*

*Coll. Temps d'arrêt Lectures*

*Ministère de la communauté française, 2004*

[www.cfwb.be/maltraitance](http://www.cfwb.be/maltraitance)

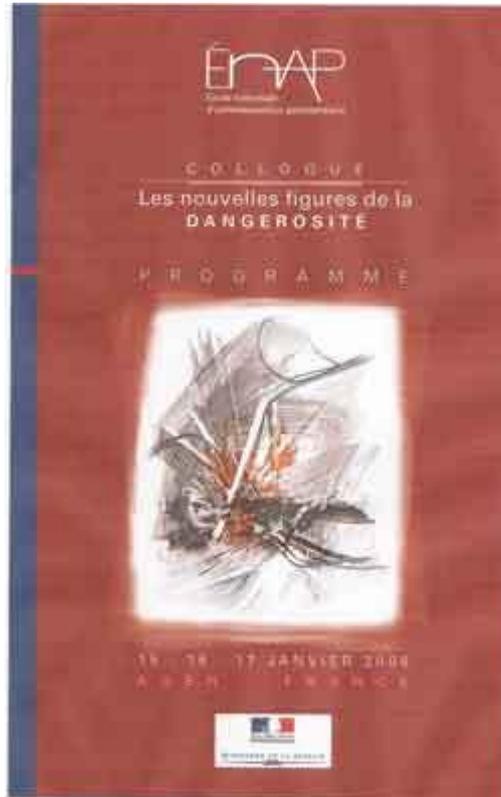
Un recueil de textes, certes datant d'actualité, quand la loi se fait de l'émotion.



de 4 ans, mais encore sous le coup

LES NOUVELLES FIGURES DE LA DANGEROUSITE  
Colloque organisé par l'ENAP le 15-16-17 janvier 2008 à Agen

L'ENAP a organisé un très intéressant colloque consacré aux nouvelles figures de la dangerousité ce mois de janvier à Agen. Le choix de thème révèle bien possible puisque colloque ne pouvait mieux pluridisciplinarité était à auront manqué le colloque lisant les actes qui devraient d'autant plus que le l'Administration pénitentiaire s'est engagé à apporter le soutien nécessaire à la publication des actes. Votre serviteur y a présenté une communication intitulée « *Le psychiatre, une ancienne) nouvelle figure du traitement de la dangerousité* » où l'on retrouve l'interrogation posée par Yves Hémerý *in fine* de son texte ci-dessus : « *Pourquoi les médecins, et notamment les experts psychiatres ne se récusent-ils pas devant une instrumentalisation inédite de leur savoir ?* »



n. Le choix de thème révèle bien possible puisque colloque ne pouvait mieux pluridisciplinarité était à auront manqué le colloque lisant les actes qui devraient d'autant plus que le l'Administration pénitentiaire s'est engagé à apporter le soutien nécessaire à la publication des actes. Votre serviteur y a présenté une communication intitulée « *Le psychiatre, une ancienne) nouvelle figure du traitement de la dangerousité* » où l'on retrouve l'interrogation posée par Yves Hémerý *in fine* de son texte ci-dessus : « *Pourquoi les médecins, et notamment les experts psychiatres ne se récusent-ils pas devant une instrumentalisation inédite de leur savoir ?* »

AGENDA

Regards croisés sur l'irresponsabilité pénale : Droit, Santé, Cultures, Colloque international, 15 et 16 février, Institut catholique d'Etudes Supérieures, 85000 La Roche-sur-Yon, Renseignement : Mme Thomas-Boisselier, [cthomas@ices.fr](mailto:cthomas@ices.fr).

Quel est le risque acceptable ?, 2<sup>e</sup> Congrès international francophone sur la Psychiatrie et Violence organisé par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le département de psychiatrie du CHUV de Lausanne, 11 et 12 septembre, Lausanne, Appel à communications et renseignements : [Dominique.Cousin@chuv.ch](mailto:Dominique.Cousin@chuv.ch).

## SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale d'Hospitalisation : [www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr). A partir du portail des ARH, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger les SROS.

Association d'aide aux parents d'enfants victimes (APEV) : [www.apev.org](http://www.apev.org)

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Information sur la population carcérale métropolitaine par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). <http://arpenter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS : [www.artaas.org/](http://www.artaas.org/)

Association Française de Criminologie : [www.afc-assoc.org](http://www.afc-assoc.org)

Association Nationale des Visiteurs de Prison : [www.anvp.org](http://www.anvp.org)

Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)

Champ pénal : <http://champpenal.revues.org/>

CHU PAP/Abymes : [www.chu-guadeloupe.fr/](http://www.chu-guadeloupe.fr/)

Criminocorpus : [www.criminocorpus.cnrs.fr/](http://www.criminocorpus.cnrs.fr/)

Collège des soignants intervenant en prison : [www.sante-prison.org](http://www.sante-prison.org)

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la Santé (CCNE) : [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)

Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) : [www.enap.justice.fr](http://www.enap.justice.fr)

Fédération Française de Psychiatrie : [www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/](http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/)

Haute Autorité de santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

La documentation française : [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

Medikar : [www.medikar-web.com/](http://www.medikar-web.com/). Le site de l'Union régionale des Médecins Libéraux de la Guadeloupe.

Observatoire International des prisons : [www.oip.org](http://www.oip.org)

Observatoire national de la délinquance (OND) : « Bulletin mensuel sur les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie en août 2006 », septembre 2006. [www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/OND\\_bulletinSeptembre06.pdf](http://www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/OND_bulletinSeptembre06.pdf) et Christophe Soullez et Cyril Rizk, « Faits constatés d'atteintes aux biens et de violences dans les DOM-ROM en 2005, Observatoire national de la délinquance, *Grand Angle* n°8, Septembre 2006 : <http://www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/GA8.pdf>.

Psychiatrie et violence : [www.psychiatrieviolence.ca](http://www.psychiatrieviolence.ca). Site géré par l'Institut Philippe Pinel de Montréal et le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du canton de Vaud (Suisse).

## OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

En attendant que Socapsyleg dispose de son site, vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous. Vous pouvez également les demander en écrivant à [socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr). Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

ARTAAS : [www.artaas.org/](http://www.artaas.org/)

Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)

Collège des soignants intervenant en prison : [www.sante-prison.org](http://www.sante-prison.org)

### Equipe rédactionnelle de Kamo\* de Socapsyleg

Directeur de la publication

Michel DAVID – Psychiatre des Hôpitaux

Rédacteurs :

Sophia BOUDINE - Franciane CONVERTY - Psychologues

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

\*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).