

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N°7-2007 – Août 2007

SOMMAIRE

Editorial.....	1
Projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.....	3
Position du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux sur l'injonction de Soins.....	21
Commission d'Analyse et de Suivi de la Récidive et l'injonction de soins.....	35
Projet de loi instituant un Contrôleur général des lieux privatifs de liberté.....	39
Le psychiatre et les attestations de suivi.....	41
Irresponsabilité pénale des malades mentaux.....	41
La psychiatrie pour les agitateurs.....	43
Fonctions psychosexuelles et incarcération.....	43
De la dangerosité, de celle des cyclones à celle des humains.....	44
Le SMPR de Baie-Mahault et le partage des dossiers médicaux : réaction.....	46
Notes de lectures et documentation.....	47
Agenda.....	50
Sites internet.....	51
Equipe rédactionnelle.....	52

EDITORIAL

Spécial loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs A propos de l'injonction de soins

Ce numéro de Kamo de rentrée est consacré de manière détaillée à l'analyse de la loi renforçant la lutte contre la récidive. Il faut reconnaître que l'actualité de ces dernières semaines aura été riche dans le domaine de la psychiatrie légale et tout particulièrement la folle semaine du 20 au 25 août 2007.

Entre l'annonce d'une unité d'hospitalisation pour délinquants sexuels, le partage des dossiers médicaux et pénitentiaires, la réforme de la procédure liée à l'irresponsabilité pénale pour trouble mental, il faut un solide entraînement pour suivre le rythme.

Qu'à ne cela tienne, nous sommes plus que quelques uns à ne pas avoir l'intention de nous laisser distancer, malgré le handicap que d'obscurs professionnels peuvent avoir quant à l'accessibilité au pouvoir médiatique. Les associations spécialisées ont réagi aux annonces diverses : l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP) et l'Association de Recherche et de Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelles (ARTAAS).

Malheureusement, la voix des professionnels impliqués dans des prises en charge difficiles perce difficilement au milieu d'une présumée clameur publique demandant vengeance, mais savamment mise en scène par les médias et amplifiée par le pouvoir politique. Lors d'une information télévisée récente, la présentatrice à propos de la dernière affaire d'infanticides l'annonçait de la manière suivante : « Ses affaires sont très médiatisées CAR elles choquent l'opinion publique », le car souligné par moi veut tout dire...

Les décisions politiques paraissent biaisées de plus en plus le sens du soin en milieu pénitentiaire. Elles jouent sur l'émotionnel, s'apparentent à des passages à l'acte permanents qui tendent à assigner à la psychiatrie un rôle majeur de contrôle social et rendent illusoires les efforts déployés pour œuvrer d'une manière constructive et professionnelle aux soins aux personnes sous mains de justice.

Le psychiatre n'a pas pour fonction d'être l'exécuteur de décisions politiques démagogiques, populistes et déconnectées de la réalité. Si la confidentialité des informations médicales n'était plus assurée, il est probable que de nombreux professionnels de la santé n'accepteraient plus d'exercer en milieu pénitentiaire. L'intensité des réactions aux annonces diverses qui se sont exprimées par un échange de mails nourris entre professionnels est révélatrice de l'inquiétude que nous ressentons.

En Guadeloupe, nous ne nous contentons plus de déclamer notre insatisfaction mais l'équipe

du SMPR a décidé de ne plus participer aux différentes réunions institutionnelles avec l'administration pénitentiaire et cela non en réaction aux pratiques locales mais pour protester contre les intentions gouvernementales (cf. texte de la lettre dans Kamo). Nous pouvons avoir un partenariat constructif en respectant nos fonctions réciproques. Si le gouvernement persiste dans ses intentions de déconstruire le montage actuel, sa responsabilité sera grande dans l'immobilisme qui s'en suivra pour les soins aux détenus et corrélativement dans les espoirs (déjà suffisamment faiblaris) de réinsertion réussie et de diminution de la récidive. Michel DAVID.

PROJET DE LOI RENFORCANT LA LUTTE CONTRE LA RECIDIVE DES MAJEURS ET DES MINEURS

Le gouvernement, suivant en cela les engagements électoraux du Président de la République a déposé un projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et qui a abouti à la loi n°2007-1198 du 10 août 2007.

Les points forts de la loi concernaient dans un premier temps les peines planchers et des modifications relatives à l'excuse de minorité et dans un deuxième temps suite à une lettre modificative, le renforcement de l'injonction de soins. Dans ce numéro, ce dernier point sera essentiellement développé même si nous ferons quelques allusions sur les autres thèmes.

Les textes principaux sont consultables sur les sites parlementaires : www.senat.fr et www.assemblee-nationale.fr. Ce qui nous intéresse ici est la dynamique des débats parlementaires et les décisions finales auxquelles ils aboutiront.

PRESENTATION DU PROJET DE LOI

Le conseil des ministres du 13/06/2007 rend compte du projet de loi de la manière suivante :

« La garde des sceaux, ministre de la justice, a présenté un projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

Ce projet de loi fixe aux juges des principes directeurs de sanction afin de dissuader la récidive, tout en préservant la marge d'appréciation du juge.

Il instaure des peines minimales de prison pour tous les crimes et pour les délits punis d'au moins trois ans d'emprisonnement qui ont été commis en récidive.

En première récidive, le juge pourra toutefois, compte tenu des circonstances de l'espèce, prononcer une peine d'emprisonnement plus courte que la peine minimale en cas de crime, et une peine autre que l'emprisonnement ou une peine d'emprisonnement plus courte que la peine minimale en cas de délit.

Cette faculté sera réduite en cas de nouvelle récidive de faits graves : le juge ne pourra prononcer une peine inférieure à la peine minimale que si le condamné présente des garanties exceptionnelles d'insertion ou de réinsertion.

Le second axe de la réforme concerne l'atténuation de peine dont bénéficient les mineurs, qui conduit à réduire de moitié la peine encourue.

Ce principe est maintenu et s'appliquera aux peines minimales applicables aux mineurs qui se trouvent en première récidive.

Il est en revanche supprimé pour les mineurs de 16 à 18 ans qui se trouvent en nouvelle récidive de crime ou délit violent ou de nature sexuelle. Ils encourront alors la même peine que les majeurs. Le tribunal pourra toutefois, par décision spécialement motivée, faire bénéficier le mineur de « l'excuse de minorité ».

LES MOTIFS DE LA LETTRE RECTIFICATIVE

La présente lettre rectificative vient compléter le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs en imposant un suivi médical et judiciaire obligatoire pour les personnes condamnées pour les infractions les plus graves et principalement de nature sexuelle.

Elle introduit également une incitation ferme les détenus à accepter des soins durant leur incarcération.

Elle rend par principe obligatoire l'injonction de soins chaque fois qu'une expertise conclut qu'un traitement est possible pour les auteurs des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru (homicide, tous crimes ou délits sexuels, enlèvement et séquestration, pédopornographie, corruption de mineurs...).

Cette obligation de soins s'appliquera dans le cadre :

- d'un suivi socio-judiciaire ;
- d'une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve ;
- d'un placement sous surveillance judiciaire d'un prisonnier libéré ;
- d'une libération conditionnelle de la personne incarcérée.

Si le condamné refuse les soins, des sanctions lui seront applicables (mise à exécution de la peine prévue dans la condamnation ordonnant le suivi socio-judiciaire, révocation du sursis, réincarcération après retrait des réductions de peine du condamné placé sous surveillance judiciaire et révocation de la libération conditionnelle).

Ce dispositif fera intervenir un médecin coordonnateur, lien entre le juge de l'application des peines et le médecin traitant, afin d'assurer un suivi à la fois médical et judiciaire plus efficace.

Il résulte au surplus des modifications ainsi apportées une simplification du dispositif d'injonction de soins, liée à sa généralisation et à l'harmonisation de son régime.

La lettre rectificative introduit enfin des incitations à se faire soigner pendant leur incarcération à l'égard des personnes déjà condamnées pour des infractions pour lesquelles les soins seront à l'avenir obligatoires dans le cadre du suivi socio-judiciaire.

Ces dispositions complètent le régime actuel d'aménagement des peines applicable aux auteurs de faits pouvant traduire une perturbation mentale ou des troubles du comportement sexuel pour qu'ils soient systématiquement soumis à des soins. La date de leur libération et leur maintien en liberté en dépendra.

Regroupées au sein d'un chapitre II, les principales dispositions de la présente lettre rectificative sont les suivantes :

L'article 5 prévoit qu'en matière de suivi socio-judiciaire, l'injonction de soins sera applicable de plein droit si une expertise conclut à la possibilité d'un traitement, y compris si cette expertise intervient après la condamnation.

Il simplifie les textes actuels, en n'exigeant pas que l'expertise soit réalisée par deux experts.

L'article 6 aligne le régime de l'obligation de soins actuellement prévue dans le cadre du sursis avec mise à l'épreuve sur celui de l'injonction de soins prévu pour le suivi socio-judiciaire.

Ainsi, un médecin coordonnateur assurera le lien entre le médecin traitant et le juge d'application des peines pour le suivi et la bonne exécution de l'injonction.

L'article 7 pose également le principe d'une injonction de soins obligatoire en matière de surveillance judiciaire, mesure de sûreté applicable aux personnes dangereuses après l'exécution de leur peine. Celle-ci comprendra par principe une injonction de soins si l'expert admet une possibilité de traitement du condamné.

L'article 8 renforce l'incitation faite aux condamnés à commencer un traitement pendant leur incarcération, sans attendre leur libération.

Il prévoit ainsi que le condamné qui refuse les soins qui lui seront proposés en prison ne pourra pas bénéficier d'une réduction supplémentaire de sa peine.

L'article 9 reprend le même principe d'incitation aux soins en prison en empêchant l'octroi d'une libération conditionnelle au condamné incarcéré qui refuse les soins qui lui sont proposés.

De même, le condamné qui encourait une peine de suivi socio-judiciaire devra s'engager à suivre le traitement proposé après sa libération, sauf si le juge décide qu'une injonction de soins n'est pas justifiée en l'espèce.

L'article 10, intégré dans un chapitre III, prévoit que ces nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1^{er} mars 2008, de façon à permettre le renforcement du nombre de médecins coordon-

nateurs nécessaires. Seront, par dérogation, immédiatement applicables les dispositions de procédure pénale relatives à l'aménagement des peines en cours d'exécution.

Ces différentes dispositions sont de nature à prévenir, de façon efficace et cohérente, la récidive des infractions sexuelles.

POINTS PRINCIPAUX DU PROJET DE LOI

A la suite de la lettre, les principales dispositions que devront étudiées les parlementaires sont les suivantes :

Articles 1 et 2

Détermination de peines minimales de privation de liberté pour les récidivistes ;

Article 2 bis

Obligation pour le Procureur de la République de prescrire une enquête de personnalité avant de requérir des peines en état de récidive légale ;

Article 2 ter

Information du condamné sur les conséquences de la récidive ;

Article 3

Atténuation de l'excuse de minorité pour les mineurs de plus de 16 ans ;

Article 5

Obligation de l'injonction de soins en matière de suivi socio-judiciaire ;

Article 6

Injonction de soins dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve ;

Article 7

Obligation de l'injonction de soins dans le cadre de la surveillance judiciaire ;

Article 8

Interdiction de réductions de peine pour certains condamnés refusant les soins en détention ;

Article 9

Renforcement des obligations liées au suivi médical dans le cadre de la libération conditionnelle

OBJET DU TEXTE

L'objet du texte, tel qu'il est présenté sur les sites parlementaires est présenté de la manière suivante (les passages en gras sont soulignés par nous) :

« La notion de récidive légale est très précise : il faut, en matière délictuelle, une condamnation définitive suivie d'une nouvelle infraction identique à la précédente ou assimilable à celle-ci, commise dans les cinq ans suivant l'expiration ou la prescription de la peine. Le délinquant en état de récidive légale encourt alors le doublement des peines maximales inscrites dans le code pénal.

Les autres infractions commises après une condamnation définitive relèvent de la notion de réitération. Les réalités sont très différentes, ainsi, en 2005, 2,6 % des personnes condamnées en matière criminelle et 6,6 % des personnes condamnées en matière correctionnelle étaient des récidivistes au sens légal. En revanche, 30 % des personnes condamnées en 2005 avaient déjà fait l'objet d'une condamnation.

Le contraste est encore plus marqué pour les mineurs, entre un taux de 0,6 % de récidive mais de 55 % de réitération. La délinquance d'habitude reste donc préoccupante.

En outre, les juges ne relèvent pas systématiquement l'état de récidive légale, ne serait-ce que parce qu'ils l'ignorent. Il y a toutefois des progrès : moins de six mois s'écoulent désormais entre le prononcé de la condamnation et son inscription judiciaire.

Ces données permettent de prendre la mesure de la récidive et de comprendre la portée de ce projet de loi qui prolonge les lois du 12 décembre 2005 et du 5 mars 2007. Il innove en instaurant des peines minimales pour les récidivistes, à l'exemple d'autres États démocratiques. Pour les délits punissables de dix ans d'emprisonnement, le quantum moyen effectivement prononcé est d'un an et demi ; une peine plancher de quatre ans aura donc un effet dissuasif sur les délinquants d'habitude.

L'exigence constitutionnelle de la personnalisation de la sanction est respectée puisque le juge peut toujours adapter le mode d'exécution en décidant un sursis avec mise à l'épreuve, voire simple. En outre, il pourra, sous conditions, prononcer une peine inférieure minimale.

Le projet de loi ne met pas en cause les principes constitutionnels de la justice des mineurs. Il ne modifie pas l'âge de la majorité pénale et il maintient la spécialité des juridictions pour mineurs. Il ne fait qu'élargir les exceptions que le droit en vigueur admet d'ores et déjà à l'application de l'excuse de minorité pour les mineurs de seize à dix-huit ans.

Enfin, le projet de loi a utilement intégré des dispositions permettant la généralisation de l'injonction de soins en particulier dans le cas des condamnés pour des infractions à caractère sexuel. Il faut souligner, en outre, que le juge de l'application des peines pourra toujours s'opposer à l'injonction de soins.

Ce projet de loi répond à une nécessité. Il peut exercer un effet dissuasif et ne met en cause aucun des grands principes de notre droit. Il semble néanmoins que l'effort pour lutter contre la récidive doit connaître deux prolongements indispensables. D'abord, par la mise en oeuvre des moyens humains et financiers nécessaires au

suivi médical des personnes condamnées. Ensuite par l'exécution effective des décisions de justice qui constitue le meilleur moyen de lutte contre le sentiment d'impunité ».

On remarque que les notions de récidive, de récidive légale et de réitération sont complexes et vont bien au-delà des raccourcis des débats préélectoraux.).

LES TRAVAUX DES SENATEURS

Les sénateurs ont débattu du texte déposé au Sénat le 13 juin 2007. Ils ont étudié la lettre rectificative (n°356) du Premier ministre déposée le 27 juin qui concerne l'injonction de soin. Il s'en est suivi un texte rectifié (27 juin 2007).

Un rapport, suite aux travaux de la commission des lois, a été déposé par François Zocchetto le 3 juillet 2007 et des amendements ont été déposés. Le compte-rendu intégral des débats, dont nous allons faire l'analyse, est consultable et téléchargeable sur le site du Sénat. Un texte modifié a été transmis à l'Assemblée nationale le 6 juillet 2007.

Le rapport Zocchetto

1) Synthèse rapport François Zocchetto

Après avoir entendu, le mercredi 20 juin 2007, Mme Rachida Dati, garde des sceaux, ministre de la justice, la commission des lois, réunie le jeudi 28 juin 2007, sous la présidence de M. Jean-Jacques Hyest, président, a examiné le rapport de M. François Zocchetto sur le projet de loi renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs.

La commission des lois a largement approuvé les orientations du projet de loi. Celui-ci, par l'instauration de peines minimales privatives de liberté complète l'arsenal juridique actuel pour lutter contre la récidive et exercer un effet dissuasif sur les délinquants d'habitude.

La commission a jugé l'échelle des peines minimales proposée par le projet de loi en matière criminelle et correctionnelle conforme au principe de proportionnalité et de nécessité de la sanction. Elle a relevé en outre que le juge conservait la possibilité d'aménager les conditions d'application de la peine privative de liberté.

La commission des lois a ensuite observé que le projet de loi, sans remettre en cause aucun des grands principes de la justice des mineurs, élargissait les conditions actuelles dans lesquelles

l'excuse de minorité pouvait être écartée pour les mineurs récidivistes s'agissant des infractions les plus graves.

En outre, elle a approuvé l'adjonction, par lettre rectificative du 27 juin 2007, dans le projet de loi d'un volet consacré à l'injonction de soins qui constitue un moyen essentiel de favoriser la réinsertion des personnes condamnées.

Outre des amendements de clarification, votre commission a adopté quatre amendements tendant à prévoir que :

- le juge ne pourrait déroger à l'application des peines minimales s'agissant d'un multirécidiviste, qu'en prenant en compte, à titre exceptionnel, non seulement les éléments concernant l'insertion ou la réinsertion du condamné mais aussi les circonstances de l'infraction et la personnalité de l'auteur (articles premier et 2) ;

- le ministère public ne pourrait prendre aucune réquisition visant à retenir la circonstance aggravante de récidive s'il n'a préalablement requis la réalisation d'une enquête de personnalité propre à éclairer la juridiction de jugement sur la personnalité de l'intéressé (article additionnel après l'article 2) ;

- le président de la juridiction avertirait la personne condamnée pour une première infraction de l'aggravation de la peine encourue en cas de récidive (article additionnel après l'article 2) ;

- le juge de l'application des peines la faculté pourrait s'opposer à la suppression, motivée par un refus de soin, d'une réduction de peine supplémentaire pour une personne incarcérée (article 8).

La commission des lois a adopté le projet de loi ainsi modifié.

2) L'injonction de soins dans le rapport Zocchetto (pp 43-45)

L'injonction de soins (IS) y est présentée comme devant être systématisée suite au projet de loi en généralisation la mesure non seulement aux auteurs d'infractions sexuelles mais à toute personne encourant un suivi socio-judiciaire (SSJ) même lorsque celui-ci n'a pas été prononcé au moment de la condamnation. L'IS serait systématisée au SSJ, au sursis avec mise à l'épreuve, au contrôle judiciaire et à la surveillance judiciaire après une expertise concluant à l'indication d'une IS et tant que le JAP ne s'y oppose pas.

Les réductions supplémentaires de peine et la libération conditionnelle seraient subordonner à un suivi médical pour les personnes condamnées et relevant d'un SSJ.

Pour étudier ces points et donner un avis, la commission a auditionné les professionnels de santé suivants :

1) Sophie Baron-Laforêt, psychiatre des Hôpitaux, alors secrétaire de l'ARTAAS (depuis vice-présidente chargée de la communication) ; 2) Evry ARCHER, psychiatre des Hôpitaux, chef de service du SMPR de Loos-lès-Lille ; 3) Roland Coutanceau, psychiatre des hôpitaux, membre de la commission de suivi de la récidive.

Sophie Baron-Laforêt a observé que la systématisation de l'IS ne doit pas empêcher le JAP de porter un regard individualisé sur le condamné. Evry Archer rappelle que tous les délinquants sexuels ne sont pas susceptibles de bénéficier d'un traitement, notamment quand l'intéressé niait les faits ou refusait les soins et rappelait les dispositions de la conférence de consensus de 2001. Il soulignait également la difficulté pour un expert avant jugement de déterminer l'opportunité d'un traitement lorsque celui ne pourra intervenir qu'à la libération de la personne. Roland Coutanceau plaidait pour une diversification de la prise en charge des délinquants sexuels, notamment en recourant à un accompagnement criminologique dans le cadre de groupe de détenus afin de leur faire prendre conscience de la portée de leurs actes. Ce suivi permettant en outre d'évaluer la dangerosité des participants.

La question des moyens a ensuite été abordée et de leur notable insuffisance pour l'application actuelle des mesures. L'absence de médecins coordonnateurs (MC) est un des maillons faibles pour faire fonctionner le dispositif. L'association nationale des JAP avance un effectif de 90, la ministre de la justice recense 202 MC et l'ARTAAS 150 (cf. Kamo n°4-2006 et CR de la journée consacrée aux médecins coordonnateurs par l'Artaas au ministère de la santé en novembre 2006). Des juridictions ne disposent pas encore de MC, bloquant le prononcé d'IS. Au déficit de MC s'ajoute celui de médecins traitants (pénurie de psychiatres et répartition inégale sur le territoire).

Toutefois, le principe de l'IS est reconnu comme intéressant et son élargissement est demandé par la commission qui propose également un amendement permettant au JAP de s'opposer à la suppression des réductions de peines supplémentaires pour refus de soin par le condamné.

Les débats des sénateurs

Le projet de loi a été lu en première lecture au Sénat et discuté le 26 juillet. Présentant son projet, la ministre de la justice considère qu'il répond à quatre ambitions : 1) Bâtir une justice proche des Français qui saura répondre aux comportements insupportables qui « traduisent l'état d'esprit d'une société ravagée par l'individualisme » ; 2) Bâtir une justice qui protège les plus faibles et en premier lieu les victimes ; 3) Ambitionner une justice sereine ayant les outils nécessaires à son administration et 4) Affirmer une justice ferme, notamment pour les condamnés pour infractions

sexuelles.

Concernant l'injonction de soin, la ministre de la justice l'a argumenté de la manière suivante :
« ... le troisième axe de ce projet de loi concerne le suivi médical et psychiatrique nécessaire aux personnes condamnées, notamment pour des infractions de nature sexuelle. À cette fin, le recours à une injonction de soins deviendra le principe dès lors qu'une expertise aura conclu à une possibilité de traitement. Les détenus seront incités fermement à se soumettre aux soins et l'acceptation de celle-ci sera un préalable à la possibilité de bénéficier d'une libération, voire d'une remise de peine. Les soins constituent la première mesure contre la récidive. Nous devons favoriser cette prise en charge médicale. Je crois fondamentalement aux vertus de l'injonction. Elle peut aider les personnes concernées à consentir aux soins qui leur sont proposés ».

Les sénateurs de l'opposition et de la majorité s'accordent en général pour reconnaître l'utilité de l'injonction de soins mais ils insistent sur le manque de moyens pour appliquer les dispositions existantes, que ce soit en nombre de psychiatres ou en conseillers d'insertion et de probation. Les débats qui entourent les discussions de articles 5 à 9 relatifs à l'injonction de soins sont particulièrement intéressants car ils illustrent un triste dialogue de sourds. En effet, il semble ne pas y avoir de réelles divergence entre droite et gauche sur ce point, ce qui n'est pas étonnant puisque l'injonction de soins a été créée par un gouvernement de gauche. On peut discuter une trop large extension à des infractions autres que sexuelles, débattre sur la marge de manœuvre du juge par rapport aux expertises, craindre l'extension du pouvoir médical (l'appropriation du discours médical sur la sexualité comme l'écrivait Georges Lantéri-Laura), mais le plus affligeant est de voir la compulsion politique à l'échec, uniquement par idéologie, en refusant de voir la réalité de terrain en face. Pour illustrer ces points, laissons la parole aux sénateurs (En italique, dactylographie des débats, en caractère normal, quelques articulations) :

« [M. Jean-Pierre Sueur](#). Tous les magistrats que j'ai consultés au sujet du suivi socio-judiciaire et de l'injonction de soins m'ont dit qu'il était très difficile, voire impossible dans certaines juridictions, de trouver des experts. Et il n'y a pas davantage de psychiatres pour faire appliquer les décisions qui sont prises. Or, après l'adoption du présent projet de loi, le juge aura les mains liées : si un expert décide qu'il faut prononcer une injonction de soins, le juge devra l'ordonner, même si sa juridiction ne dispose pas des moyens nécessaires pour appliquer sa décision. Madame le garde des sceaux, je me permets donc de vous suggérer une démarche pragmatique. Pourquoi ne pas en rester aujourd'hui à la loi existante, loi dont vous avez, avec M. le rapporteur, reconnu la nécessité et les aspects positifs ? Parallèlement, nous nous doterons des moyens nécessaires en matière d'expertise et de psychiatrie, ce qui demandera de l'argent et du temps. Ensuite, nous pourrions peut-être revoir la législation. Cette démarche me

paraît plus conforme au réalisme que de vouloir à toute force modifier un dispositif qui permet déjà l'injonction de soins lorsqu'elle est indispensable.

.....

M. Robert Badinter. Mes chers collègues, quelles que soient les travées sur lesquelles nous siégeons, nous nous sommes à maintes reprises inquiétés de savoir ce que devenaient les textes que nous votons. Nous avons évoqué l'attente de l'opinion publique. Je considère que l'une des fautes les plus graves que le législateur et un Gouvernement peuvent commettre est de laisser croire que l'on prend une mesure alors que, dans la pratique, elle n'est pas appliquée. Le Conseil d'État a relevé - et j'ai fait le même constat - qu'en matière de suivi socio-judiciaire avec injonction de soins il n'y avait aucun compte rendu, aucun bilan, aucune appréciation des progrès réalisés, aucune évaluation des besoins, aucune étude d'impact. ... Écoutez les magistrats, écoutez ceux qui contribuent à l'oeuvre de justice : tous vous diront qu'ils n'en peuvent plus de tous ces textes qui s'enchevêtrent, qui s'entremêlent, dont on ne parvient même plus à distinguer l'objet. C'est au point que le président de la chambre criminelle de la Cour de cassation, qui est certainement le meilleur expert en procédure pénale en France, nous a déclaré qu'il n'était plus sûr de rien et qu'il lui fallait à tout instant se référer aux textes pour s'assurer qu'il ne se trompait pas, parce qu'il lui fallait toujours s'assurer qu'il prenait bien en compte la énième et dernière modification intervenue. Et, pendant ce temps, sur le terrain, il n'y a rien, ou presque rien, pas de moyens ! Pourquoi promettre que l'on donnera à tous ceux qui en ont besoin l'accès à un suivi socio-judiciaire, déclarer qu'on leur prodiguera des soins, alors que, dans la réalité carcérale - bien affligeante réalité, le plus souvent -, il n'y a ni médecin coordonnateur ni psychiatre disponibles, ni traitement possible. C'est cette situation que dénonce la commission d'analyse et de suivi de la récidive ».

Consciente des manques de moyens, la ministre de la justice s'engage à y remédier d'ici au 1^{er} mars 2008, ce dont doute, avec bon sens des sénateurs de l'opposition mais dont se gausse un sénateur de la majorité en plagiant un slogan publicitaire :

« Mme Rachida Dati, garde des sceaux. S'agissant des moyens, je rappelle qu'on dénombre actuellement 1 000 mesures de suivi socio-judiciaires et 192 médecins coordonnateurs. Nous allons en outre lancer un plan de recrutement massif de médecins coordonnateurs, psychologues et psychiatres, d'ici au 1er mars 2008, date d'entrée en vigueur de cette mesure. ...

MM. Jacques Mahéas et Jean-Pierre Sueur. Il faut dix ans pour former un psychiatre !

M. Dominique Braye. Vous en avez rêvé, nous le ferons ! ».

LES TRAVAUX DES DEPUTES

La discussion en séance publique a eu lieu le 17 et le 18 juillet après que la commission des lois ait nommé le député Guy Geoffroy en tant que rapporteur. Le texte a été adopté le 18 juillet.

Le rapport Geoffroy

Le rapport Geoffroy consacre la troisième partie de son rapport au « *Renforcement du suivi médical des condamnés* ». Les premières pages seront utiles de manière didactique pour les lecteurs intéressés par un résumé clair du champ d'application du suivi socio-judiciaire. Les réformes incessantes législatives rendent difficiles pour le non juriste (et parfois semble-t-il par les magistrats) une connaissance actualisée de ces données (pp 40-41).

Lors de l'audition du Garde des Sceaux (le 11 juillet) par la commission des lois a soulevé les questions suivantes relatives à l'injonction de soins :

- l'importance des moyens nécessaires pour rendre opérationnelle l'injonction de soins.
- l'importance du champ de l'injonctions de soins pose la question de sa validité scientifique « *la définition du champ de l'injonction de soins proposé dans ce texte vise à couvrir tout ce qui effraie l'opinion publique, mais qui ne relève pas nécessairement d'une action thérapeutique* » (S. Blisko, p. 59).
- l'importance des problèmes psychiatrique des détenus : les UHSA pourront-elles répondre à toutes ces situations, notamment celle des délinquants dangereux (p. 61).

La Garde des Sceaux a répondu que pour permettre l'injonction de soins des décrets était en préparation pour préciser les diplômes nécessaires dont devront être titulaires les psychologues pour intervenir dans le processus thérapeutique et pour valoriser la rémunération des experts : « *Le recrutement de médecins coordonnateurs exigera la mise en place d'un plan ambitieux d'ici mars 2008. Étant donné le fort taux de chômage qui frappe les psychologues, peut-être serait-il opportun de permettre à ceux-ci, par la mise en place de filières spécifiques, de se rapprocher des univers carcéral ou judiciaire. À cet égard, l'exemple de l'entrée de psychologues dans les commissariats et les gendarmeries est éclairant : elle a constitué une avancée alors même qu'elle s'était initialement heurtée à de vives résistances* » (p.61). Le nombre de médecins coordonnateurs devra être porté de 192 à 500. La date d'application des mesures concernant l'injonction de soins est fixée au 1^{er} mars 2008 afin de permettre de réaliser ces objectifs et d'ici 2011, 15 UHSA seront mises en place (les fameux Hôpitaux-prison).

Les débats des députés

Concernant l'injonction de soins, si l'ensemble des parlementaires est favorable sur son principe, le manque de moyen et l'extension de son champ d'application restent au centre du débat. Ci-dessous, des extraits choisis (de manière partielle et subjective probablement) des moments les plus significatifs des débats des députés. Pour un maximum d'objectivité, la consultation intégrale des débats est conseillée sur le site de l'AN. On retiendra entre autre, une évaluation des dispositions sur l'injonction de soins pour le 31 mars 2011 (seul amendement de l'opposition retenu), en espérant que les délais seront retenus, contrairement à ce qui avait été prévu pour la loi du 27 juin 1990 (les hospitalisations sous contraintes, avec évaluation au bout de 5 ans, que l'on attend toujours...).

Rappelons de nouveau que seule l'Association pour la Recherche et le Traitement des auteurs d'Aggression sexuelle (ARTAAS) s'est préoccupée de l'évaluation de la loi de 1998 (notamment avec sa journée consacrée aux médecins coordonnateurs au ministère de la santé en novembre 2006).

1) Extrait des débats lors de la discussion générale (mardi 17 juillet)

M. Christian Vanneste : Le rôle des psychiatres et des psychologues doit être clairement défini, afin que de telles catastrophes judiciaires ne se reproduisent pas. Aujourd'hui, le législateur laisse carte blanche au magistrat, qui s'en remet au psychiatre : il faut mettre fin à ce « rugby » judiciaire ! Nos concitoyens sont exaspérés par les délinquants récidivistes et le sentiment d'impunité des uns nourrit le sentiment d'insécurité chez les autres.

M. André Wojciechowski : Enfin, l'injonction de soins deviendrait obligatoire. On en revient à la question des moyens, car le suivi socio-judiciaire suppose l'existence de médecins coordonnateurs. Or le secteur public manque de médecins volontaires et formés... (*« Très juste ! » sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche et du groupe de la Gauche démocrate et républicaine*) et le projet ne prévoit pas la nécessaire coordination entre services médico-sociaux et services judiciaires.

M. Philippe Goujon : Pour limiter davantage encore la récidive, reste l'impérieuse nécessité de trouver des solutions pour les personnes arrivées en fin de peine, mais toujours dangereuses car refusant de se soigner – on pense notamment aux délinquants sexuels. La systémati-

sation de l'injonction de soins répondra, en partie, à cette nécessité. Mais il nous faudra aller plus loin et développer des « hôpitaux-prisons », sur le modèle néerlandais. Je préconise la création, dans les quinze établissements de ce type prévus d'ici à 2011, d'une unité accueillant les délinquants dangereux atteints de troubles mentaux pendant la durée de leur peine et même au-delà, si leur état le nécessite, sur décision de l'autorité judiciaire, pour une durée limitée et après avis de deux experts. Ainsi répondrait-on sans moyens financiers importants, et très rapidement, aux attentes de nos concitoyens, qui veulent être protégés des prédateurs les plus dangereux, susceptibles de récidiver.

M. Serge Blisko : J'en viens à la généralisation de l'injonction de soins, prévue dans les articles 5 à 10 et rajoutée au texte une semaine seulement avant sa discussion au Sénat, ce qui n'est pas sérieux.

Nous savons que la santé – et plus particulièrement la santé mentale – ne fait pas partie des priorités du Président de la République. Sous la législature précédente, pas plus tard qu'au début de cette année, nous avons pu le mesurer avec les revirements successifs de M. Sarkozy au sujet du volet « santé mentale », un temps ajouté au projet de loi contre la délinquance. Devant les critiques très vives suscitées par cet amalgame entre délinquance et santé mentale, ce texte fut incorporé à une ordonnance sans aucun rapport, et finalement censuré par le Conseil constitutionnel. Je constate que nous sommes devant le même cas de figure aujourd'hui : impréparation, absence de concertation et confusion sur ce qui relève ou non de la psychiatrie publique en milieu pénitentiaire.

Je rappelle aussi l'émoi, quand il y a trois mois, M. Sarkozy déclarait que la délinquance sexuelle relevait de la génétique ; je reprends ses termes : « J'inclinerais, pour ma part, à penser qu'on naît pédophile, et c'est d'ailleurs un problème que nous ne sachions pas soigner cette pathologie. » Passons ! Si nous sommes dans le domaine de la génétique, et donc de l'inné, il n'y a pas grand-chose à faire. Alors, bien sûr, il y a notre collègue très répressif Philippe Goujon, qui avec l'aide de son détecteur numéro un, M. Bénisti, voudrait enfermer dès leur plus jeune âge les pédophiles en puissance dans un établissement dont ils ne sortiraient jamais... (*Murmures*)

À présent, nous tombons dans l'excès inverse : le médical est la réponse à tout et l'on va généraliser l'injonction de soins. Arrêtez donc de simplifier et entrons dans le détail. Mais a-t-on seulement ouvert le débat public sur la réalité de la psychiatrie pénitentiaire ? Pouvez-vous, Madame la ministre, nous informer de la teneur de vos entretiens avec le secteur psychiatrique ? Avec les médecins experts ? Avec les médecins coordonnateurs ? Je pense connaître la

réponse : vous n'avez consulté personne. Au mieux, certains médecins psychiatres ont été reçus au ministère de la santé. Vous ne disposez d'aucune donnée scientifique ni d'aucun bilan de l'application de la loi Guigou de 1998.

Le projet de loi propose une psychiatisation de la justice. Le taux de pathologies psychiatriques est certes vingt fois plus élevé en prison que dans la population en général, et il faut partir de là ; mais cela exige un effort intellectuel important, plus exigeant que les effets de tribune ! Manifestement, le champ d'application de l'injonction de soins tel que vous l'avez finalement introduite est beaucoup trop large : « homicides, tous crimes ou délits sexuels, enlèvements et séquestrations, pédopornographie, corruption de mineurs,... », autant de situations très différentes. *(Interruptions sur les bancs du groupe UMP)* Un délit sexuel par exemple n'est pas du tout de même nature lorsqu'il est commis à l'issue d'un raid prédateur, si j'ose l'expression, organisé par des mineurs ou dans le cadre conjugal. Et êtes-vous certains que l'auteur d'un enlèvement et d'une séquestration peut faire l'objet d'un quelconque suivi thérapeutique ? Moi, je l'ignore. Quant à la corruption de mineurs, incrimination très rare, appelle-t-elle une injonction de soins ? Je suis atterré par une telle confusion, qui traduit une profonde méconnaissance de la psychiatrie. En réalité, votre définition du champ de l'injonction de soins vise d'abord ce qui effraie, à juste titre, l'opinion publique, mais ne relève pas nécessairement d'une action thérapeutique. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche)*

La Fédération française de psychiatrie, fortement opposée à ce projet de loi, rappelle que moins d'un homicide sur vingt et moins d'une agression sexuelle sur cinquante sont commis par un malade mental. Le danger est dès lors de traiter la plupart des délinquants comme des malades mentaux alors que leur acte a des origines psychologiques, sociales, circonstancielles comme la prise de toxiques, mais n'est pas imputable à une maladie mentale. Il faut en finir avec cette vision simpliste qui consiste à tenir pour aliéné celui qui commet un acte fou – par quoi le sens commun entend un acte s'écartant de la norme, laquelle a beaucoup varié selon les siècles et les civilisations.

Vous vous centrez exclusivement sur ce que le délinquant a fait et non sur ce qu'il est. C'est là une profonde erreur. Tout acte qualifié d'anormal ne relève pas de la psychiatrie. La Fédération française de psychiatrie, toujours elle, rappelle « qu'une prise en charge thérapeutique ne saurait se concevoir pour l'ensemble des troubles du comportement ». Vous ne pouvez ainsi vous décharger sur la médecine et la psychiatrie de tous les comportements déviants. Et surtout vous ne pouvez pas prétendre que le principal moyen de prévenir les crimes et délits réside dans les

soins, car il y aura toujours des personnes soignées durant des années susceptibles de recommencer.

Dans une récente étude sur l'expertise psychiatrique pénale, le docteur Cyril Manzanera note fort justement que, s'agissant de l'évaluation de la dangerosité, « la justice d'une société contemporaine portée par ses peurs devant l'insécurité sollicite l'expert bien au-delà de sa compétence de psychiatre en lui demandant d'élargir son approche et de faire une analyse psycho-criminologique, en oubliant que la criminologie est par essence multidisciplinaire, associant notamment un regard social, environnemental et culturel, sans parler de l'ouverture indispensable au droit pénal et à la pénologie ». On demande à l'expert-psychiatre de se prononcer sur le risque que présente un individu de récidiver. Or, il ne peut que poser un diagnostic à un moment donné, en aucun cas prédire le futur, ce qui ne relève pas de sa fonction.

Les attentes de la société à l'égard de la psychiatrie sont fortes, trop fortes. Que faire pour celui qui ne relève pas d'elle ou celui qui refuse de se soigner ? Un consentement aux soins « arraché » aux condamnés sera contre-productif. C'est là confondre dangereusement sanction et soins. Dans de nombreux cas, ne nous leurrions pas, les soins seront subis par des condamnés sans réelle volonté de se soigner ou qui dissimuleront à seule fin de voir leur peine réduite ou aménagée, ce qui ne pourra que conduire à l'échec de leur traitement.

Il conviendrait de revenir aux fondamentaux, si j'ose dire, et de bien distinguer le processus judiciaire du processus thérapeutique. Beaucoup de mes collègues ont insisté avant moi sur le manque de moyens de la justice et de la psychiatrie. Le rapporteur lui-même souligne dans son rapport que le principal obstacle aux mesures de suivi socio-judiciaire tient, dans certains départements, à la pénurie de psychiatres, en particulier formés au traitement des délinquants sexuels, et à la difficulté de désigner un médecin coordonnateur. Ce texte ne pourra pas être appliqué, faute de moyens. L'association nationale des juges d'application des peines dénombre cent médecins coordonnateurs, quand vous en comptez, vous, Madame la ministre, deux cents. Où sont passés les cent de différence ? Devant la pénurie générale de médecins dans certaines zones, vous aurez bien du mal à lancer le « plan ambitieux » promis d'ici à mars 2008, d'autant qu'aucune ligne budgétaire correspondante n'a été ouverte. Vous élargissez le champ de l'injonction thérapeutique, sans avoir ne serait-ce que les moyens d'appliquer la législation existante en ce domaine, à savoir la loi Guigou du 17 juin 1998. Nous serons très vigilants sur ce point.

Une loi de 1954 faisait déjà obligation aux personnes en état d'ivresse de se soigner -si elles ne se soumettaient pas à un sevrage très sévère, on pouvait leur retirer leur permis de conduire, ce qui était une très lourde sanction. C'est la loi de 1970 relative à la toxicomanie qui la première a invoqué l'« injonction thérapeutique ». Si ces deux lois ont pu être convenablement appliquées au début et permis des résultats, c'est qu'on y avait mis les moyens. Mais, au fil des ans, faute de personnels, faute de crédits, faute de lieux, faute d'évaluation, et, il faut le concéder, devant l'afflux de demandes, ces deux textes sont tombés en désuétude. Il eût été utile d'en dresser le bilan et d'analyser pourquoi ils avaient cessé de fonctionner.

M. Guy Geoffroy, *rapporteur de la commission des lois* - Comme beaucoup ici, j'ai un respect sincère pour les compétences de M. Blisko, mais il se méprend. Le Gouvernement n'a aucune intention de médicaliser la réponse pénale à l'égard des récidivistes. Nous vous l'avons d'ailleurs dit en commission lors de l'examen de tous les amendements de suppression des articles 5 à 9, qui attestent au contraire d'une volonté à la fois de réprimer, dans certains cas, plus sévèrement la récidive, mais aussi de mieux la prévenir. L'essentiel pour cela, on le sait, est d'éviter les sorties sèches de prison. Les articles 5 à 9 précisément prévoient que l'injonction de soins peut s'articuler avec une libération conditionnelle, un sursis avec mise à l'épreuve, un contrôle judiciaire, un aménagement de peine.

Il y a donc un cadre : c'est une expertise préliminaire à la décision du juge, qui peut ne pas prononcer d'injonction thérapeutique, même si l'expertise y incline. En outre, un amendement adopté au Sénat prévoit qu'en cas de refus du justiciable d'accepter les soins, le juge peut considérer que d'autres circonstances attestent que ce refus n'est pas suffisant pour priver ce justiciable des droits auxquels il peut prétendre. Ce que vous avez dit, Monsieur Blisko, pour pertinent que ce soit, est donc très éloigné de la philosophie, comme de la lettre, de ce texte.

Si vous avez abondamment cité le rapport, vous avez toutefois omis les passages qui montrent bien que nous voulons que l'État dégage des moyens suffisants pour l'application des articles 5 à 9. D'ores et déjà, le Gouvernement s'est engagé à porter à 500, contre 202 aujourd'hui, le nombre de médecins coordonnateurs. Sans de tels moyens, le texte perdra en effet de sa substance, mais je fais confiance au Gouvernement, et c'est pourquoi je ne suis pas favorable à un renvoi en commission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP*)

M. Michel Hunault : J'ai écouté attentivement M. Blisko, et je constate qu'il n'a pas prononcé une seule fois le mot « victime ». (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs du groupe UMP*) Or, je crois que les victimes sont au cœur de ce projet.

Il a contesté ce qu'on apprend à la faculté de droit, à savoir que la peine est dissuasive. Au contraire, ce texte est un signal, pour dire « assez ! » à la récidive. Monsieur Blisko, j'ai cru un moment que vous étiez le porte-parole de la fédération de la psychiatrie. Tel n'est pas le rôle du législateur, à qui il incombe bien plutôt de trouver les meilleures solutions contre la récidive, pour faire face à cette situation inadmissible qu'est l'augmentation de la délinquance du fait d'un sentiment d'impunité.

M. Noël Mamère : ...on est en train d'essayer de « psychiatriser » la récidive, et de procéder à un amalgame dangereux entre délinquance et pathologie. On essaie de faire croire, dans le droit fil des propos tenus par le Président de la République pendant la campagne électorale, qu'il y aurait une prédestination psychiatrique à la délinquance sexuelle ou au crime. Or, l'injonction de soins, qui a été introduite dans notre droit par une loi de 1998, sans être jamais évaluée et a été étendue en 2005 au suivi socio-judiciaire, prive le juge de toute capacité d'appréciation, car c'est l'expert psychiatrique qui décide à sa place, ce qui est inacceptable.

2) Extrait des débats lors de la discussion par article (mercredi 18 juillet)

A propos de l'article 5

M. Serge Blisko – Nous avons souligné dans la discussion générale l'extrême difficulté dans laquelle les articles 5 à 9 allaient mettre le monde de l'expertise psychiatrique et les juges de l'application des peines.

L'injonction de soins suppose en effet une extrême précision dans ce qu'on cherche à obtenir ; à cet égard, comme nombre de professionnels qualifiés l'ont indiqué, l'extension du champ des incriminations visées n'est pas satisfaisante. À force de tout psychiatriser, on va déresponsabiliser : la médecine va tenir lieu de sanction.

Le paradoxe, c'est que dans le même temps, on va continuer à demander de punir des gens qui sont vraiment malades ; on en trouve de plus en plus dans le monde carcéral, où elles sont mal soignées. Il faudrait que les services médico-psychologiques régionaux – SMPR –, voire, demain, les unités hospitalières spécialement aménagées – UHSA – soient beaucoup mieux dotés en personnels compétents pour accomplir correctement ce travail difficile, qui suscite tant d'angoisses et d'interrogations. Il faut aussi multiplier les SMPR, car le délabrement de ce volet de la médecine pénitentiaire est bien réel. Enfin, il faut qu'il y ait des structures intermédiaires pour continuer à aider et à soigner ces personnes lorsque leur détention prend fin. Les obliger

de manière aussi détestable à se faire soigner en mettant leur sursis ou leur libération conditionnelle dans la balance ne me paraît pas de bon augure, surtout en psychiatrie, où le consentement aux soins est essentiel. Bref, tout cela est confus, grave et peu étayé.

M. Michel Vaxès – J'irai plus loin, Monsieur le président, puisque mon intervention sur l'article vaudra défense de tous mes amendements de suppression des articles relatifs aux injonctions de soins, à commencer par l'amendement 43.

La psychiatrisation de la délinquance que vous organisez opère un transfert dangereux de la responsabilité de la justice vers la médecine. Je crains surtout qu'elle ne serve de justification à l'absence de prise en charge socio-éducative des délinquants. Le cadre socio-éducatif demeure pourtant, dans l'immense majorité des cas, le plus adéquat pour prévenir la délinquance.

En confiant finalement un pouvoir juridictionnel aux experts, vous vous défaussez de toute responsabilité. Nous ne sommes plus dans la logique de la séparation des pouvoirs. Le manque de médecins coordonnateurs assurant l'interface entre le juge de l'application des peines et le médecin traitant est au surplus tel que le phénomène sera encore amplifié. Vous assurez vouloir en recruter en nombre, et c'est pourquoi vous n'envisagez l'application de ces mesures qu'en mars 2008. Vous n'ignorez cependant pas que plusieurs centaines de postes de praticiens hospitaliers sont vacants en psychiatrie. Comment allez-vous faire ? Imposerez-vous aux psychiatres du secteur privé de s'investir dans le secteur pénitentiaire ? Je vous souhaite bien du plaisir !

J'ajoute que les psychiatres considèrent – à juste titre – que l'instauration d'une relation de confiance avec le patient est indispensable à l'évolution positive de toute psychothérapie. Il serait d'ailleurs utile, dix ans après la loi de 1998 instaurant le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins, de dresser un bilan de cette mesure. Rien n'a été fait en ce sens à ma connaissance. Mais qu'importe, puisque vous systématisez ces injonctions de soins sans même vous préoccuper de leur pertinence. Au fond, ce qui vous intéresse n'est pas de soigner, mais de vous débarrasser des problèmes que posent les délinquants. Les articles 8 et 9 prévoient même d'interdire les réductions de peine et la libération conditionnelle aux personnes refusant les soins !

M. Jacques Domergue – Il ne s'agit pas de psychiatriser les délinquants, Monsieur Vaxès, mais d'identifier ceux d'entre eux qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique. Les arguments fallacieux sur le manque d'effectifs dans le secteur psychiatrique n'y changeront rien : la

société demande que l'on prenne en considération les problèmes auxquels elle est confrontée. Certains délinquants relèvent d'une prise en charge purement éducative

M. Noël Mamère – Mon intervention vaudra défense de l'amendement 29 de suppression de l'article. On ne peut nier qu'il y a une psychiatrisation de la délinquance. Vous savez pertinemment qu'un certain nombre de criminels et de délinquants sexuels ne sont pas atteints de troubles psychiatriques, mais de troubles de la personnalité – devant lesquels la psychiatrie moderne reste assez impuissante. Nous savons en revanche, pour avoir visité des prisons dans le cadre de la commission d'enquête sur les prisons, qu'un certain nombre de malades y sont envoyés alors qu'ils n'ont rien à y faire. J'ai rendu visite avec l'Observatoire international des prisons au SMPR d'Amiens, qui a été supprimé. Dans bien des prisons, les détenus ne peuvent pas rencontrer de spécialistes pour les aider. Les articles 8,9 et 10 sont encore un autre moyen de supprimer l'individualisation des peines. Si l'on veut vraiment se pencher sur la question des malades en prison, il faut aborder celle des moyens médicaux à l'intérieur comme à l'extérieur des prisons. Mais on préfère donner 13 milliards d'euros à 1 % de la population plutôt que se donner les moyens de la pacification et de la réinsertion ! (*Protestations sur les bancs du groupe UMP*)

M. le Rapporteur – Ma réponse vaudra pour ces amendements de suppression comme pour ceux qui portent sur les articles 6 à 9. L'injonction de soins n'est pas née d'une réflexion récente du Gouvernement, puisqu'elle résulte de la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs. L'objectif était, en aidant le délinquant par une meilleure prise en charge, à prévenir la récidive. Je tiens à souligner que les articles 5 à 9 du présent projet fixent des orientations mais que la juridiction conserve toujours la maîtrise complète de la décision pénale. Toute autre vision du dispositif conduit à une interprétation réductrice, partielle donc erronée du texte. Il est faux de dire que cet article opérerait un transfert de responsabilité de la justice vers la médecine. Le juge se prononcera sur la base de l'expertise médicale, mais il aura toujours la faculté de ne pas suivre l'avis des experts. L'expertise médicale sera donc mise au service de la justice et du délinquant, et si le prononcé de l'injonction de soins est systématisé, elle n'est pas imposée au juge, qui pourra ne pas la prescrire s'il l'estime opportun.

Mais tout cela n'a de sens que si des moyens supplémentaires sont accordés à la médecine psychiatrique en milieu judiciaire. C'est pourquoi la mesure ne prendra effet qu'au 1^{er} mars 2008, ce délai permettant à la chancellerie, en coordination avec le ministère de la santé, de procéder

à un recrutement massif de médecins coordonnateurs, dont le nombre passera de 202 à 500. Mme la garde des Sceaux l'a indiqué en commission et, plusieurs fois, dans cet hémicycle.

L'injonction de soins est une chance pour le condamné, et elle contribue à lutter contre la récidive. C'est pourquoi la commission s'est prononcée contre les amendements de suppression des articles 5, 6, 7, 8 et 9.

Mme la Garde des Sceaux – L'injonction de soins a fait la preuve de son efficacité. Dès que les experts diront considérer un traitement nécessaire, les soins deviendront obligatoires, sauf si le tribunal ne l'estime pas nécessaire. S'agissant des personnes déjà condamnées, le projet tend à systématiser la faculté offerte au juge de l'application des peines de prononcer une injonction de soins. En aucune manière le juge ne se fait médecin ni le médecin juge. Je rappelle par ailleurs que seule pouvant être jugée une personne responsable de ses actes, des experts psychiatres sont déjà chargés, aux assises, de déterminer l'existence de troubles graves de la personnalité. Leur intervention, dans le cadre de ce projet, contribuera à la prévention de la récidive. J'exprime donc un avis défavorable aux amendements de suppression.

M. Serge Blisko – J'ai quelques doutes sur la possibilité pour le Gouvernement de recruter, en sept mois, 300 psychiatres publics formés aux tâches qui les attendent. De plus, l'article supprime l'obligation de double expertise, ce qui n'est pas innocent. On pourrait penser que la pénurie étant ce qu'elle est, la mesure tend à s'éviter des difficultés insurmontables et des délais impossibles, mais ces raisons ne sont pas recevables. Si la loi de juin 1998 a institué la double expertise, c'est qu'elle est indispensable tant est lourde la responsabilité qui découle de la décision qui sera prise.

Tous les experts psychiatres le savent, ce sont là des questions éminemment complexes. Aucun d'entre eux n'est capable de prédire ce que deviendra tel ou tel délinquant sexuel dans tel délai si lui est appliqué tel programme de soins. Ce n'est pas possible, à moins de recourir à des traitements radicaux que notre humanisme en matière médicale nous interdit d'envisager.

M. Jean-Yves Le Bouillonnet – L'ensemble des experts psychiatres entendus par la commission d'enquête sur l'affaire d'Outreau ont souligné l'extrême difficulté de leur tâche et le poids de la responsabilité qui pèse sur eux, encore accrus en cas d'expertise unique. À supprimer l'obligation d'une double expertise, vous prenez des risques considérables. Je comprends bien que c'est le manque de moyens qui dicte votre décision mais à chaque fois que l'on a modifié la procédure pénale pour des raisons budgétaires, on s'est lourdement trompé et on a pris le ris-

que d'aboutir à des situations de non droit et à des errements – dont la commission d'enquête sur l'affaire d'Outreau a unanimement conclu qu'ils ne devaient plus pouvoir se reproduire.

Après l'article 9

M. Serge Blisko – L'amendement 79 demande que le Gouvernement dresse, avant l'entrée en vigueur des dispositions du présent texte, un bilan, quantitatif et qualitatif, de l'application de l'injonction de soins instituée par la loi du 17 juin 1998.

D'après les statistiques de la Chancellerie, 1 066 justiciables se seraient vu imposer un suivi socio-judiciaire, soit seulement 10 % des quelque dix mille condamnés potentiellement concernés. Laurent Bedouet, membre du bureau de l'Union syndicale des magistrats, expliquait dans *Le Figaro* du 16 juin dernier que le recours encore insuffisant à ce dispositif s'expliquait en grande partie par le manque de médecins coordonnateurs. Xavier Lameyre, ancien juge de l'application des peines dans l'Essonne, aujourd'hui chargé de formation et de recherche à l'ENM, explique, pour sa part, que les juges disposent aujourd'hui de tous les outils juridiques nécessaires, et de conclure : « Là n'est pas la question, l'important est de pouvoir mettre en œuvre les dispositions existantes, notamment en matière de soins. »

Nombre de magistrats partageant notre scepticisme, nous aimerions savoir exactement quels moyens seraient nécessaires pour que la loi de 1998 soit correctement appliquée.

Mme la Garde des sceaux – Même avis, car le bilan demandé existe déjà : il est consultable sur le site du ministère de la justice. Cela étant, votre préoccupation est légitime car, si le suivi socio-judiciaire est en effet extrêmement efficace pour lutter contre la récidive, il n'est prononcé que dans 10 % des cas où il serait nécessaire. Voilà pourquoi, soucieux de disposer des moyens indispensables à ce suivi, nous renvoyons au 1^{er} mars 2008 l'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'injonction de soins.

Après l'article 10.

M. Serge Blisko – À partir du 1^{er} mars 2008, nous serons en terrain mouvant, car le juge d'application des peines devra appliquer la loi sans en avoir les moyens. Selon l'amendement 68 rectifié, une évaluation de la loi est nécessaire afin de mesurer la pertinence des dispositifs créés et les effets bénéfiques ou néfastes des mesures adoptées. Cela permettra d'introduire d'éventuelles corrections. Il s'agit d'un amendement de repli, qui demande une

évaluation pour le 31 mars 2011, à défaut de l'obtenir pour le 1^{er} mars 2008 ou le 1^{er} mars 2010.

M. le Rapporteur – Dans sa première version, l'amendement nous semblait contenir une idée intéressante que nous souhaitions pouvoir retenir. Je remercie nos collègues socialistes d'en avoir retravaillé la rédaction. La commission est favorable à l'amendement ainsi amélioré (« Ah ! » sur de nombreux bancs) ... Tout comme il nous a paru nécessaire de différer l'entrée en vigueur de la loi, il nous paraît légitime d'en accepter l'évaluation, en particulier s'agissant du suivi socio-judiciaire. Le Gouvernement est donc favorable à cet amendement.

Les articles du code pénal et du code de procédure pénale modifiés

par la loi n°2007-1198 du 10 août 2007

Le texte a été étudié en commission mixte paritaire et adopté par l'Assemblée nationale le 26 juillet 2007. Suite au recours des sénateurs et des députés de l'opposition, aux observations du gouvernement sur ces recours, le conseil constitutionnel a rendu sa décision le 9 août 2007 stipulant que les articles 1^{er}, 2, 5 et 7 à 11 ne sont pas contraires à la Constitution. La loi paraît au JO le 10 août 2007 sous le n°2007-1198.

Ci après, les articles du code pénal et du code de procédure pénale modifiés par la loi et relatifs à l'injonction de soins (entre parenthèses, à côté de l'article du code, référence en italiques à l'article de la loi du 10 août 2007). On remarquera que certains articles ont fait l'objet de nombreux remaniements législatifs.

CODE PENAL

Article 131-36-4 (*article 7 loi du 10 août 2007*)

(*Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 1 Journal Officiel du 18 juin 1998*)

(*Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 7 I Journal Officiel du 11 août 2007 en vigueur le 1er mars 2008*)

Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale. Le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans

son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 pourra être mis à exécution.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

Article 132-45-1 (article 8 loi du 10 août 2007)

(inséré par Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 8 I Journal Officiel du 11 août 2007 en vigueur le 1er mars 2008)

Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve pour l'une des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

En cas d'injonction de soins, le président avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé pourra être mis à exécution.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une peine privative de liberté qui n'est pas intégralement assortie du sursis avec mise à l'épreuve, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

CODE DE PROCEDURE PENALE

Article 712-21 (article 11 loi du 10 août 2007)

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 161 Journal Officiel du 10 mars 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 11 III Journal Officiel du 11 août 2007)

Les mesures mentionnées aux articles 712-5, 712-6 et 712-7, à l'exception des réductions de peines n'entraînant pas de libération immédiate et des autorisations de sortie sous escortes, ne peuvent être accordées sans une expertise psychiatrique préalable à une personne condamnée

pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru. Cette expertise est réalisée par deux experts lorsque la personne a été condamnée pour le meurtre, l'assassinat ou le viol d'un mineur de quinze ans.

Cette expertise détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 721-1 (article 10 loi du 10 août 2007)

(Loi n° 75-6241 du 11 juillet 1975 art. 38 Journal Officiel du 13 juillet 1975 en vigueur le 1er janvier 1976)

(Loi n° 86-1021 du 9 septembre 1986 art. 1 Journal Officiel du 10 septembre 1986 en vigueur le 1er octobre 1986)

(Loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 décembre 1997)

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 6, art. 7 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 art. 119 Journal Officiel du 16 juin 2000)

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 193 II Journal Officiel du 10 mars 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 8 II Journal Officiel du 13 décembre 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 10 Journal Officiel du 11 août 2007)

Une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l'acquisition de connaissances nouvelles, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes. Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7.

Cette réduction, accordée par le juge de l'application des peines après avis de la commission de l'application des peines, ne peut excéder, si le condamné est en état de récidive légale, deux mois par année d'incarcération ou quatre jours par mois lorsque la durée d'incarcération restant à subir est inférieure à une année. Si le condamné n'est pas en état de récidive légale, ces limites sont

respectivement portées à trois mois et à sept jours.

Elle est prononcée en une seule fois si l'incarcération est inférieure à une année et par fraction annuelle dans le cas contraire.

Sauf décision du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes condamnées pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 si, lorsque leur condamnation est devenue définitive, le casier judiciaire faisait mention d'une telle condamnation.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 723-30 (article 9 loi du 10 août 2007)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 13 Journal Officiel du 13 décembre 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 9 I Journal Officiel du 11 août 2007)

La surveillance judiciaire peut comporter les obligations suivantes :

1° Obligations prévues par l'article 132-44 et par les 2°, 3°, 8°, 9°, 11°, 12°, 13° et 14° de l'article 132-45 du code pénal ;

2° Obligations prévues par l'article 131-36-2 (1°, 2° et 3°) du même code ;

3° Obligation prévue par l'article 131-36-12 du même code.

Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, le condamné placé sous surveillance judiciaire est soumis à une injonction de soins, dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, lorsqu'il est établi, après expertise médicale prévue à l'article 723-31, qu'il est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 723-31 (article 9 loi du 10 août 2007)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 13 Journal Officiel du 13 décembre 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 9 II Journal Officiel du 11 août 2007)

Le risque de récidive mentionné à l'article 723-29 doit être constaté par une expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines conformément aux dispositions de l'article 712-16, et dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné

est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Cette expertise peut être également ordonnée par le procureur de la République.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 729 (article 11 loi du 10 août 2007)

(loi n° 72-1226 du 29 décembre 1972 art. 39 Journal Officiel du 30 décembre 1972)

(loi n° 75-624 du 11 juillet 1975 art. 39 Journal Officiel du 13 juillet 1975)

(Loi n° 81-82 du 2 février 1981 art. 69 Journal Officiel du 3 février 1981)

(Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 art. 91 Journal Officiel du 23 décembre 1992 en vigueur le 1er mars 1994)

(Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 art. 126 Journal Officiel du 16 juin 2000)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 14 Journal Officiel du 13 décembre 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 11 I Journal Officiel du 11 août 2007)

La libération conditionnelle tend à la réinsertion des condamnés et à la prévention de la récidive. Les condamnés ayant à subir une ou plusieurs peines privatives de liberté peuvent bénéficier d'une libération conditionnelle s'ils manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment lorsqu'ils justifient soit de l'exercice d'une activité professionnelle, soit de l'assiduité à un enseignement ou à une formation professionnelle ou encore d'un stage ou d'un emploi temporaire en vue de leur insertion sociale, soit de leur participation essentielle à la vie de famille, soit de la nécessité de subir un traitement, soit de leurs efforts en vue d'indemniser leurs victimes.

Sous réserve des dispositions de l'article 132-23 du code pénal, la libération conditionnelle peut être accordée lorsque la durée de la peine accomplie par le condamné est au moins égale à la durée de la peine lui restant à subir. Toutefois, les condamnés en état de récidive aux termes des articles 132-8, 132-9 ou 132-10 du code pénal ne peuvent bénéficier d'une mesure de libération conditionnelle que si la durée de la peine accomplie est au moins égale au double de la durée de la peine restant à subir. Dans les cas prévus au présent alinéa, le temps d'épreuve ne peut excéder quinze années ou, si le condamné est en état de récidive légale, vingt années.

Pour les condamnés à la réclusion à perpétuité, le temps d'épreuve est de dix-huit années ; il est de vingt-deux années si le condamné est en état de récidive légale.

Lorsque la personne a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, une libération conditionnelle ne peut lui être accordée si elle refuse pen-

dant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles 717-1 et 763-7. Elle ne peut non plus être accordée au condamné qui ne s'engage pas à suivre, après sa libération, le traitement qui lui est proposé en application de l'article 731-1.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 731-1 (article 11 loi du 10 août 2007)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 22 Journal Officiel du 13 décembre 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 11 II Journal Officiel du 11 août 2007)

La personne faisant l'objet d'une libération conditionnelle peut être soumise aux obligations prévues pour le suivi socio-judiciaire si elle a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel cette mesure est encourue. Sauf décision contraire du juge de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines, cette personne est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique s'il est établi, après l'expertise prévue à l'article 712-21 du présent code, qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Cette personne peut alors être également placée sous surveillance électronique mobile dans les conditions et selon les modalités prévues par les articles 763-10 à 763-14.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

Article 763-3 (article 10 loi du 10 août 2007)

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 art. 8 Journal Officiel du 18 juin 1998)

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 art. 162 XVIII Journal Officiel du 10 mars 2004 en vigueur le 1er janvier 2005)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005 art. 21 Journal Officiel du 13 décembre 2005)

(Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 art. 7 II, art. 7 III Journal Officiel du 11 août 2007)

Pendant la durée du suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter les mesures prévues

aux articles 131-36-2 et 131-36-3 du code pénal.

Sa décision est exécutoire par provision. Elle peut être attaquée par la voie de l'appel par le condamné, le procureur de la République et le procureur général, à compter de sa notification selon les modalités prévues au 1° de l'article 712-11.

Si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. S'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines. Le juge de l'application des peines avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 du code pénal pourra être mis à exécution. Les dispositions des deux alinéas précédents sont alors applicables.

Le juge de l'application des peines peut également, après avoir procédé à l'examen prévu à l'article 763-10, ordonner le placement sous surveillance électronique mobile du condamné. Le juge de l'application des peines avertit le condamné que le placement sous surveillance électronique mobile ne pourra être mis en oeuvre sans son consentement mais que, à défaut ou s'il manque à ses obligations, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 du code pénal pourra être mis à exécution. Les dispositions des deux premiers alinéas du présent article sont applicables.

NOTA : Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

QUE RETENIR DE TOUT CELA ?

- 1) Les dispositions sur l'injonction de soins ont été rattachées à la loi en dernière minute. La préparation a-t-elle été suffisante ? On peut en douter vu l'imprécision des chiffres. Lors du débat à l'Assemblée nationale du 17 juillet 2007, la Garde des Sceaux recense 202 médecins coordonnateurs inscrits : *« Avec la ministre de la santé, nous élaborons un plan d'accompagnement, d'ores en déjà en cours de discussion. Le nombre de médecins coordonnateurs – chargés d'assurer l'interface entre les médecins traitants et l'autorité judiciaire dans le cadre de l'injonction de soins – est passé de 145 en 2005, à 202 inscrits à ce jour sur les listes des tribunaux. Leur effectif continuera de progresser ; je souhaite aussi que leur mission soit revalorisée et leur formation améliorée. Parallè-*

lement, le Gouvernement prendra toutes les mesures nécessaires pour recruter les psychiatres supplémentaires que nécessitera la bonne application du présent texte ». Envisageant recruter 300 MC (comment on ne sait ?), le nombre des MC doit être porté à 500. Le 24 août dans le Figaro Magazine, la ministre de la justice déclare que 150 MC sont inscrits (chiffre notamment de l'ARTAAS) et que leur nombre va être porté à 450. Les parlementaires ont discuté sur une approximation.

- 2) Le risque de psychiatrisation de la justice est réel. Michel Foucault le disait dès les années 1970. Le rapport de la commission d'analyse et de suivi de la récidive (cf. infra) est en accord sur ce point avec les visées gouvernementales puisque la dangerosité se décline selon deux modalités : psychiatrique en lien avec des maladies mentales et criminologique en lien avec des troubles de la personnalité. Dans tous les cas, le psy est incontournable.
- 3) L'avenir est brillant pour les psychiatres en voie de raréfaction. Ils pourront travailler jusqu'à 68 ans sans tracasserie, contrairement à certains entraîneurs sportifs.MD.

LES POSITIONS DU SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX SUR L'INJONCTION DE SOINS



SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX

Pour le SPH, le projet de loi (N° 333 rectifié (2006-2007)) renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs dans sa rédaction résultant de la lettre rectificative appelle les remarques suivantes :

La présentation du texte souligne d'emblée le caractère *imposé* du suivi médical et judiciaire *obligatoire* pour les personnes condamnées pour des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru (homicide, tous crimes ou délits sexuels, enlèvement et séquestration, pédopornographie, corruption de mineurs...). Mais ces dispositions ne s'appliqueront qu'aux condamnés qui sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement, évalués après une expertise mé-

dicale¹.

Ainsi, bien que l'injonction de soins demeure en droit :

- *non obligatoire* : la personne condamnée garde la possibilité de refuser de s'y soumettre, cette mesure représentant une alternative à la peine,
- *non systématique* puisqu'elle continue à être décidée par le juge sur avis de l'expert psychiatre²,

ces garanties disparaissent en pratique derrière la volonté de renforcer considérablement le dispositif actuel :

- le juge est contraint, sauf à motiver précisément sa décision, de prononcer l'injonction de soins.
- Les sanctions applicables aux condamnés en cas de refus des soins sont aggravées (mise à exécution de la peine prévue dans la condamnation ordonnant le suivi socio-judiciaire, révocation du sursis, réincarcération après retrait des réductions de peine du condamné placé sous surveillance judiciaire et révocation de la libération conditionnelle). Les incitations à se faire soigner concernent également la période d'incarcération. La date de libération ou du maintien en liberté dépendra de l'acceptation des soins.

Quels seront les effets prévisibles de ces nouvelles dispositions ?

A- Le nombre d'expertises médicales psychiatriques va augmenter, le législateur favorisant en supplément l'expertise de « dangerosité » au détriment de l'expertise de « responsabilité » avec une confusion grandissante entre dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. Dans le rapport de l'audition publique de janvier 2007 auprès de la HAS sur l'expertise pénale, la commission suggérait au contraire d'éviter de prévoir de nouveaux cas réglementaires ou législatifs de recours à l'expertise psychiatrique notamment au regard de la démographie décroissante des experts psychiatres, certaines cours d'appel, avec une inégalité de répartition sur le territoire national, n'ayant plus d'experts. Elle proposait de privilégier les missions d'expertise à visée diagnostique et thérapeutique sur l'expertise de dangerosité, de façon à répondre à la mission première du

¹ Sur ce point de l'article 5 notons au passage que le texte pourrait être utilement modifié en précisant « expertise médicale *psychiatrique* ».

²Rappelons que la conférence de consensus de novembre 2001 recommande que la négation des faits poursuivis soit considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction de soins.

psychiatre, c'est-à-dire donner des soins au malade mental : *« Dans la perspective de la diminution attendue du nombre des psychiatres et des experts, la multiplication programmée d'expertises évaluant la dangerosité – dont la fiabilité, la finalité et la faisabilité sont encore l'objet de discussions parfois polémiques – ne laisse pas d'inquiéter. En effet, comment concilier cette pénurie et cette prolifération alors que, d'une part, aucune certitude n'est acquise quant au lien « expertise de dangerosité-prévention de la récidive », et que, d'autre part, nombre de jeunes psychiatres affichent un manque d'intérêt pour les pratiques expertales. »*

B- Le nombre d'injonctions de soins prononcées va progresser considérablement.

Entre 1999 et 2004, le nombre de suivis socio-judiciaires serait passé de 75 à 1063. Mais les rapporteurs de la mission d'information sur le traitement de la récidive des infractions pénales de l'Assemblée nationale de juillet 2004 (*« 20 mesures pour placer la lutte contre la récidive au coeur de la politique pénale »*) constataient les *« in conséquences du suivi socio-judiciaire »* et la défaillance du pilotage au niveau central, puisque le SSJ et tout spécialement l'IS étaient peu prononcés et peu appliqués : parmi les SSJ, le nombre d'IS représenterait en effet moins de 8% des délinquants sexuels incarcérés.

Rappelons que la mission menée par l'ex ministre de la justice Pascal Clément invitait les pouvoirs publics compétents à prendre les mesures d'urgence nécessaires afin de pourvoir les 800 postes vacants de psychiatres dans les hôpitaux !

Dans son rapport de juillet 2005 de la commission Santé-Justice *« Santé, Justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive »* Jean-François Burgelin relevait que *« les tribunaux souffrent actuellement d'une pénurie de moyens qui a pu, à juste titre, décourager certaines juridictions d'ordonner des suivis socio-judiciaires qui resteraient inappliqués »*.

En juin 2006, le rapport d'information du Sénat *« Les mesures de sûreté concernant les personnes dangereuses »*, proposaient de renforcer le suivi des personnes après leur libération. Cet objectif nécessitait *« à l'évidence une forte mobilisation des moyens – y compris de formation de personnes spécialisées - justifiés, au regard des enjeux de santé publique et de sécurité soulevés par la prise en charge des personnes dangereuses atteintes de troubles mentaux »*.

A l'évidence, les moyens en place déjà totalement insuffisants, ne permettront pas l'application de la mesure.

C- Le nombre de condamnés faisant l'objet de soins pendant l'incarcération sera multiplié.

Il faut rappeler que l'incitation au soin en prison est déjà très largement utilisée, que le principe de l'obligation de soin en prison pose de façon aiguë la question de la double peine, et qu'une thérapie imposée sans la participation volontaire du patient demeure dans cette catégorie de trouble particulièrement aléatoire. Mais surtout, les équipes psychiatriques des SMPR et celles des DSP sont actuellement débordées et manquent des moyens et de l'équipement minimum pour mettre en place les prises en charges au sein d'un cadre thérapeutique adéquat.

D- Ces soins s'appliqueront à une population grandissante de personnes n'ayant fait le choix du traitement que pour éviter la prolongation de la peine.

La question de l'obligation ou de l'injonction de soins est considérée par le Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé « *La santé et la médecine en prison* », avis n° 94, octobre 2006 comme « *un problème d'éthique médicale d'une grande complexité* ». Le consentement libre et informé suppose l'absence de contrainte ou de sanction et la mise en balance des bénéfices de remises de peine contre une thérapie pour prévenir la récidive constitue une forme de « *chantage* » qui « *apparaît inacceptable au point de vue éthique* », à l'opposé des règles professionnelles des professionnels de la santé en milieu pénitentiaire. Seule une « *proposition de soins* » resterait compatible avec l'exercice d'un véritable consentement libre et informé.

« *On est là aux limites des problèmes éthiques posés par l'ambiguïté et la complexité des relations entre médecine et justice, et des risques de confusion et de pertes de repères qui en découlent* » ajoute le comité. La médecine est par essence une médecine de la personne malade ou en souffrance, dans un dialogue singulier et individualisé et non dans une démarche d'obligations de soins qui tendrait vers la systématisation du contrôle social.

Pour toutes ces raisons, il aurait donc été largement préférable, avant de se poser la question d'un éventuel élargissement de l'injonction de soins, de se donner les moyens d'appliquer vraiment le dispositif actuel, et d'en tirer les enseignements.

Si l'IS est peu utilisée aujourd'hui, c'est que les magistrats la prononcent à la mesure des moyens qui permettent de l'appliquer. La mise en œuvre d'une mesure aussi délicate que l'injonction de soins suppose, sur une longue durée, la coordination entre les différents acteurs de la justice et du sanitaire. Or, les juges d'application des peines et les conseillers d'insertion et de probation sont en nombre insuffisant, les tribunaux souffrent dramatiquement d'une pénurie de moyens. La rareté des experts psychiatres et des coordonnateurs, la tension dans laquelle travaillent actuelle-

ment les équipes de soins en psychiatrie, le déclin de la démographie des psychiatres, l'absence de formations programmées dans ce domaine, et plus généralement l'absence de pilotage réelle de la situation depuis des années par l'administration centrale font que ces mesures, largement surestimée quant à l'espoir d'une prévention accrue de toutes les formes de récidive, resteront inapplicables, tout en aggravant le malaise des professionnels.

Comme l'ont souligné tous les observateurs, l'importance des moyens à mettre en œuvre, qui ne porteraient leurs fruits qu'au terme de plusieurs années, est considérable en termes d'investissements, de personnels, de formations, de réseaux de communication entre équipes, de spécialisations, de développement de centres Ressources et de recherche.

Au-delà de la question du bien fondé de la mesure et de celle de son efficacité potentielle, largement critiquées dans le champ professionnel psychiatrique, qui pourrait croire que ce qui a été très incomplètement mis en œuvre hier pour un dixième de la population relevant de l'injonction de soins le sera véritablement demain pour la totalité ? Quelques mesures d'affichage ne sauraient répondre à l'ampleur du problème.

COMMISSION D'ANALYSE ET DE SUIVI DE LA RECIDIVE
et l'injonction de soins
Rapport 28 juin 2007

Les premiers travaux de la commission d'analyse et de suivi de la récidive, présidée par le Professeur Jacques Henri Robert, colligés dans un rapport en date du 28 juin 2007 étaient demandés par les parlementaires au cours des débats préparatoires à la loi du 10 août 2007. Le rapport (110 pages) n'a été rendu public qu'à la fin des travaux et n'a donc été d'aucune utilité pour les parlementaires, ce que l'on peut regretter.

Ce rapport est composé de deux parties : 1) Observation, évaluation du phénomène de la récidive ; 2) Les traitements appliqués aux récidivistes. Parmi les membres de la commission (au nombre de 10), on compte un psychiatre : le docteur Roland Coutanceau.

Nous aborderons essentiellement les points relatifs aux soins médicaux, mais on peut remarquer que les membres de la commission insistent sur la nécessité d'un travail d'élaboration et de précision de la notion de récidive afin qu'un minimum de discours commun soit partagé sur ce concept afin de « bien connaître, pour bien agir » (p.7). Dans l'ensemble, ce rapport s'avère intéressant et affiche la volonté de mieux cerner les problèmes

avant proposer des solutions simplistes ou nouvelles sans avoir épuisés tous les moyens dont nous pouvons disposer dès maintenant pour lutter contre les formes variées de récidive.

La partie consacrée aux traitements appliqués aux récidives s'ouvre sur le distinguo fait entre diagnostic psychiatrique et criminologique de dangerosité. Les définitions appellent quelques remarques. Selon les rapporteurs, « *la dangerosité psychiatrique traduit la présence d'un trouble mental (au moment des faits) qui justifie une hospitalisation en milieu psychiatrique* » (p.43). Pourtant nombre de prévenus présentent une dangerosité psychiatrique mais ne sont pas pour autant hospitalisés. Acceptant les soins en détention, l'hospitalisation n'est pas demandée. Quant à la dangerosité criminologique, elle concerne des « *sujets ni malades mentaux, ni normaux, ni de structure névrotique, mais qui présentent des troubles de la personnalité* ». La dangerosité ne serait que l'apanage des malades mentaux ou de sujets présentant des troubles de la personnalité. Dans ces deux cas, les psychiatres et les psychologues sont incontournables pour détecter ces situations. Il s'agit d'une appropriation « psy » de la dangerosité et la confirmation que le couple crime/folie est inséparable. Il n'existerait donc pas de personnalités « normales » dangereuses. J'en doute.

Le suivi socio-judiciaire (SSJ) est traité à la fin de la partie consacrée au traitement pénal de droit commun (pp. 65-71). Il est considéré comme « *une peine hors norme et un outil de prévention de la récidive* ». Après avoir rappelé les singularités de cet outil, gages d'efficacité, les rapporteurs notent que la liste des infractions relevant du SSJ ne cesse de s'élargir. Si on ne peut que se réjouir d'un dispositif considéré comme efficace, son « succès » pourrait conduire à son échec et une évaluation serait nécessaire avant d'en poursuivre l'extension qui est motivée « *par l'intérêt constant que porte le législateur à une peine réputée pour son efficacité, peut cependant poser question. Cette peine connaît en effet un certain nombre de difficultés, lesquelles ne pourront qu'être aggravées par ces incessantes extensions (...). Il serait donc indispensable de procéder à une évaluation du dispositif avant de poursuivre cet élargissement. A défaut, le risque est grand de voir le SSJ se banaliser et perdre du même coup son efficacité* ».

L'évaluation devrait reposer sur la pertinence et l'efficacité du SSJ. Un indicateur quantitatif serait à préciser. Comme tous les rapports sur le sujet, les auteurs signalent ne connaître que le nombre de SSJ prononcés (853 en 2003 et 1063 en 2004) mais pas celui des injonctions de soins. Les médecins coordonnateurs (MC) seraient au nombre de 90 sur les 181 tribunaux (on sait que ce chiffre est très variable selon les sources (cf. supra débats parlementaires loi du 10 août 2007).

Les auteurs remarquent qu'aucune étude ou évaluation n'a été faite concernant l'effet du

suivi dans la durée ou encore la pertinence de cette peine en terme de prévention de la récidive. Certains praticiens considèreraient que le SSJ peut être contre-productif au bout d'un certain temps.

Etant donné le climat de principe de précaution, le risque est grand de voir le SSJ prononcé de plus en plus souvent et conduire à une paralysie des services devant le contrôler ou l'exécuter, faute de moyens.

Une clarification des textes en vigueur serait nécessaire avec une redéfinition précise des fonctions de chaque acteur de la chaîne du SSJ (SPIP, Médecins coordonnateurs etc.). Des textes peu appliqués seraient à abroger notamment l'obligation faite au juge d'application des peines de renouveler tous les 6 mois au détenu condamné à un SSJ avec IS le conseil d'entamer des soins en milieu carcéral. La formalité serait trop lourde à gérer.

Un point important soulevé par les membres de la commission mérite d'être discuté. De nombreux détenus condamnés à un SSJ avec IS ne peuvent recevoir les soins en prison faute de moyens. Les auteurs recommandent que ces personnes soient « *reçues **en priorité** par le personnel soignant de l'établissement* » (souligné en gras par les auteurs). Là on ne peut pas être d'accord, le travail thérapeutique en prison est particulièrement mobilisé par les souffrances psychiques liées ou non à l'incarcération. Le problème du suicide qui est souvent soulevé (rapport Terra) révèle les difficultés psychologiques à vivre en prison. Notre travail s'adresse en urgence (et donc en priorité) à ces sujets demandeurs de soins et en difficulté sérieuse. Cela fait partie de l'urgence quotidienne et du vécu professionnel agité des soignants. Le tri pour nous ne pose aucun état d'âme : il convient avant tout de répondre à ces demandes plutôt que de s'efforcer « en priorité » de travailler une demande de soins, souvent absente ou réticente. La proposition de recevoir en priorité les condamnés à une IS est complètement déconnectée de la réalité clinique carcérale (troubles du comportement, agitation, bagarres, automutilations, avaleurs, TS de toutes sortes, choc carcéral, dépressions, anxiété, vigilance par rapport aux échéances et tous les psychotiques et leurs problèmes d'inadaptation à la prison etc.) ;

Nous n'avons donc pas la même analyse de la réalité de terrain car « *ce traitement prioritaire des condamnés à une injonction de soins permettrait ainsi d'assurer la cohérence des textes avec la réalité du terrain : vous devez suivre des soins pour espérer obtenir des réductions de peines et on fait en sorte que vous accédiez prioritairement aux soins lorsque vous les sollicitez* ».

Parmi les faiblesses du dispositif de l'IS, les auteurs rappellent, comme tous les travaux sur ce sujet, l'insuffisance d'experts, la pénurie de psychiatres, de médecins coordonnateurs mais aussi l'insuffisante formation des psychiatres dans le domaine de l'agressologie sexuelle et de

la persistance de l'idée que les délinquants sexuels sont tous inaccessibles à un traitement psychiatrique.

Pour pallier le manque de médecins coordonnateurs, il est préconisé de supprimer le *numerus clausus* de 15 condamnés suivis par médecin, de pouvoir permettre à l'expert qui a déjà examiné le sujet d'être aussi son MC, de revaloriser les indemnités (et j'ajouterais de simplifier la procédure de paiement), d'inciter le MC à ne plus travailler seul mais dans un réseau Santé-Justice, par exemple en s'appuyant sur les centres ressources prévus au plan « Psychiatrie et santé mentale ». Il conviendrait également de nommer le MC dès la condamnation à l'IS si une peine privative de liberté doit précéder l'exécution de la peine complémentaire d'IS. Cette désignation précoce permettrait une meilleure articulation avec les différents services pénitentiaires et une anticipation optimale des conditions de la libération.

A la fin de cet exposé, les auteurs insistent sur l'impérieuse nécessité de donner les moyens nécessaires pour l'accomplissement du SSJ.

Juste un mot pour finir sur ce rapport, dont le compte-rendu ici voulait essentiellement rester sur la thématique de ce numéro consacrée à l'IS dans la loi de lutte contre la récidive, sur une suggestion faite par la commission dans le chapitre relatif au traitement des récidivistes auteurs d'infractions graves. Concernant l'évaluation psychocriminologique de ces délinquants, les auteurs font plusieurs préconisations à mettre d'ailleurs en place prioritairement avant d'envisager « *une structure institutionnelle de défense sociale à la sortie de prison* » (p.84). L'une d'entre elle consisterait à « *convaincre des équipes de soins d'intégrer un regard d'évaluation à tonalité expertale. Mais il s'agirait d'une véritable révolution culturelle* ». Il s'agit d'un espoir récurrent de voir les SMPR et les futures UHSA servir de lieux d'observation et d'expertise. Le refus des équipes soignantes de confondre l'expertise et le soin n'est pas une position idéologique mais, outre que la distinction des fonctions est encore énoncée dans le code de déontologie médicale, est une disposition technique : la confiance nécessaire à toute forme de thérapies ne sera pas possible dans le cadre méfiant du monde carcéral si les patients ont des doutes sur la confidentialité qui leur est due. Il est certain que les équipes de SMPR et les DSP ont une expérience psychocriminologique, qu'ils sont préoccupés par la dangerosité et dans les situations où l'articulation avec les SPIP est bonne, cette considération est prise en compte. Les utiliser comme évaluateurs seraient intéressants essentiellement financièrement. Ce serait donc plus une bonne affaire économique qu'une révolution culturelle... L'autre préconisation de la commission prévoyant des équipes formées à l'évaluation psychocriminologique, séparées des équipes thérapeutiques paraît mieux respecter les missions de chacun. MD.

PROJET DE LOI RELATIF AU CONTRÔLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATIFS DE LIBERTE

Le Sénat et l'Assemblée nationale ont étudié un projet de loi instaurant un contrôleur général de lieux privés de liberté. A la demande du Professeur Jean-Louis Senon, président du Collège de psychiatrie légale auquel adhère Socapsyleg, je communique la rapide analyse que j'en ai faite.

« Voici une réaction qui suit mon mèl précédent où j'exprimais ma perplexité de voir encore la psychiatrie mélangée avec la délinquance (SMPR, UHSA, expertises, médecins coordonnateurs et autres inventions suffisent déjà amplement, sans compter toutes les commissions de "surveillance" à venir). Le projet de loi déposé auprès du Sénat instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté présenté au nom du premier ministre par le ministre de la justice prévoit dans ses motifs : *"un contrôle indépendant et effectif de l'ensemble des lieux de détention, quelle que soit la structure concernée : établissements pénitentiaires, centres hospitaliers spécialisés, dépôts des palais de justice, centres de rétention administrative, par exemple"* (le par exemple est « savoureux »...). Le principe d'un contrôleur des lieux de détention semble en soi retenu comme une initiative positive, mais comme toujours le diable est dans les détails. Si les motifs évoquent les CHS, l'article 1 ne précise par les lieux (le « par exemple » des motifs permet beaucoup). Les CHS doivent-ils être considérés comme des lieux de détention à l'instar des prisons ? La commission départementale des hospitalisations psychiatriques, dont les missions ont été renforcées avec la loi du 4 mars 2002 n'est elle pas suffisante pour assurer les droits des usagers de la psychiatrie ? La privation de liberté suite à une hospitalisation sous contrainte (HSC) relève d'une assistance et d'une solidarité dues à des soins et non à une sanction pénale (prison) où à une décision administrative liée à un séjour irrégulier (centres de rétention). Ne s'agit-il pas d'un retour à la confusion délinquance psychiatrie que nous avons combattue récemment ? Toute surveillance des hôpitaux doit relever du sanitaire, en collaboration avec la justice si la judiciarisation des HSC voit le jour, avec la réforme de la loi de 1990. L'argument de conformité avec les standards européens n'est-il que factice et l'existence de la CDHP ne permet-elle pas d'y répondre ? (J'interroge là mes collègues férus en droit et des éventuels juristes). Où est le ministre de la santé dans l'affaire ? Outre cette confusion psychiatrie/délinquance, le pouvoir du contrôleur semble en retrait par rapport à d'autres pays européens :

- l'article 6 prévoit que la règle est de prévenir les autorités responsables de la visite. Non pré-

venir est possible mais exceptionnel.

- La transparence est toute relative (article 8) : le contrôleur « peut » rendre publics des avis etc. (mais ce n'est pas obligatoire) et l'on suppose que le rapport annuel d'activité ne fera pas état des avis ou recommandations non politiquement corrects.

Au total, texte un peu court pour un sujet aussi important qui mériterait moins de précipitations et plus de concertation.

Surtout, selon mon sentiment, mais j'attends des argumentations qui pourraient infléchir ma position, il faudrait exclure les CHS des missions de ce contrôleur. »

Petit retour en ces temps de discussion sur un risque de rupture du secret professionnel à propos d'une suggestion de pratiques échangistes entre les dossiers pénitentiaires et médicaux. L'article 4 du projet de loi traite du secteur professionnel du contrôleur général : « *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté et ses collaborateurs sont astreints au secret professionnel pour les faits, actes ou renseignements dont ils ont pu avoir connaissance en raison de leurs fonctions, sous réserve des éléments nécessaires à l'établissement des rapports, recommandations et avis prévus aux articles 8 et 9* ».

Au cours du débat parlementaire au Sénat, afin que le contrôleur et ses collaborateurs aient accès à la vérité, rien que la vérité, les sénateurs ont suggéré qu'aucun secret professionnel, y compris médical, ne leur soit opposé :

« **M. Robert Badinter.** ... J'ai évoqué la frilosité du texte sur bien des points, et contre laquelle s'inscrivent déjà des amendements que la commission des lois a déposés. Nous les soutiendrons, nous irons plus loin, la discussion naîtra. Je le dis clairement : le contrôleur doit disposer du pouvoir de se rendre à son gré dans les établissements qu'il doit contrôler. On n'imagine pas qu'il donne un préavis solennel et, comme le réviseur de Gogol, prévienne des mois à l'avance de son arrivée ! Non seulement il doit avoir absolue liberté d'accès, non seulement il doit être sûr de pouvoir s'entretenir librement avec toute personne susceptible de l'éclairer, mais se posera la question difficile, et pourtant importante, de l'accès à tous les documents. Je rappelle que le contrôleur général sera tenu par le secret professionnel - ce qui, on le reconnaîtra, est la moindre des obligations -, mais que l'on ne saurait, à notre sens, lui opposer...

M. Jacques Blanc. ...le secret médical !

M. Robert Badinter. ...quelque secret que ce soit, et même le secret médical.

Je donne simplement un exemple : qu'il y ait allégation, suspicion ou constat de violences subies par un détenu de la part d'un autre détenu ou des personnels pénitentiaires, comment savoir si le fait allégué est exact sinon en se référant d'abord aux documents médicaux qui établissent la réalité des violences subies ? Dire que, au nom du secret médical, ce sera impossible me paraît une erreur, comme ce le serait également dans les établissements psychiatriques s'agissant, par exemple, de l'usage des ceintures de contention. ».

Qu'en pensez-vous ? MD.

LE PSYCHIATRE ET LES ATTESTATIONS DE SUIVI

Dans le précédent numéro de Kamo, la question des attestations de suivi des personnes détenues et de leurs contenus a été exposée. Le Docteur Alex MOZAR, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Guadeloupe y'a répondu clairement : le psychiatre ne doit délivrer aucune autre information que l'attestation d'un suivi.

Le débat national récent sur la divulgation du dossier médical des personnes détenues à l'administration pénitentiaire montre à quel point la notion de secret et de confidentialité se perd dans notre société. Il faut compter sur la vigilance du conseil de l'Ordre des médecins pour rappeler nos principes fondamentaux comme il l'a fait pour la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et son article 35 qui prévoyait la transmission au bailleur du dossier médical personnel (DMP) en cas de demande de logement adapté ou spécifique. MD.

IRRESPONSABILITE PENALE DES MALADES MENTAUX

La semaine du 20 au 25 août aura été une semaine noire pour la psychiatrie légale. Après les délinquants sexuels, puis le dossier médical des personnes détenues, le président de la République s'attelle à vouloir réformer l'irresponsabilité pénale des malades mentaux, sans prendre en compte les travaux les plus récents, notamment ceux de l'audition publique sur l'Expertise psychiatrique pénale de janvier 2007. On se demande quelle peut être l'utilité des travaux des professionnels et de la mobilisation intense que requiert une audition publique. Celle-ci avait été demandée depuis des années et si ces travaux peuvent être toujours contestés et remis en question, au moins faudrait-il avoir l'honnêteté intellectuelle de les évoquer, plutôt que de brandir l'ambiguïté du terme

de non- lieu devant l'opinion publique. La fonction des responsables politiques devrait être d'expliquer les fondements de notre droit républicain et non de le mépriser en le présentant de manière simpliste. Notons toutefois que la Garde des Sceaux a précisé que « *lorsqu'on dit qu'il y a non-lieu, cela ne veut pas dire que les faits n'ont pas existé* ».

Pour l'heure, voici ce que disent les recommandations de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale de 2007 (p. 21) et qui tiennent particulièrement compte du sentiment des victimes. N'oublions pas que l'auteur des faits faisant l'objet d'un non lieu à poursuivre en application de l'article 122-1 alinéa 1 du code pénal est un malade mental « victime » de sa maladie et qui n'a pas demandé à être schizophrène par exemple. Rappelons également que le nombre de non- lieux pour raisons psychiatriques oscille autour de 250 par an.

Extrait des recommandations de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale :

« II.3 Une meilleure organisation du procès civil

Malgré leur caractère exceptionnel, la médiatisation de crimes ou délits commis par des malades mentaux et la demande soutenue des victimes ou des familles de victimes afin que ces crimes ou délits soient reconnus par la justice rendent plus actuelle encore l'étude des conditions dans lesquelles l'institution judiciaire apporte une réponse à des faits criminels commis par des personnes atteintes de troubles mentaux. Lorsque l'auteur des faits punissables a été reconnu irresponsable, l'enquête et les poursuites pénales cessent immédiatement et un non-lieu est prononcé. Pour les victimes et leurs familles, cette situation est difficile à vivre et elles ont le sentiment que le débat judiciaire et la réalité des faits sont escamotés, compromettant chez elles le processus de deuil ou de réparation.

Le Garde des Sceaux avait en 2003 nommé une commission pour réfléchir à ce problème. Les conclusions de ce groupe d'experts avançaient que la question de l'irresponsabilité de l'auteur ne doit pas occulter la réalité des faits qui ont été commis et il avait été proposé que des procédures concernant les irresponsables ne s'achèvent plus par un non-lieu mais par une décision juridictionnelle avec l'objectif de reconnaître la réalité des faits et de fixer les dommages et intérêts dus aux victimes. La Commission Santé-Justice³ proposait quelques mois après « la création d'une juridiction ad hoc statuant sur l'imputabilité des faits reprochés à une personne déclarée pénalement irresponsable en application de l'article 122-1 alinéa 1 du CP ainsi que sur les intérêts civils et d'éventuelles mesures de sûreté. »

La commission d'audition pense que c'est au civil que la victime ou sa famille doivent être entendus et que doit être jugée leur réparation avec toute l'attention et la compassion souhaitables. Effectivement juger un malade mental irresponsable pose des problèmes multiples et attente aux fondements mêmes du droit et de son article 121.3 du CP qui prévoit qu'il n'y a ni crime ni délit sans intention de le commettre, alors que l'irresponsabilité pénale a comme nature la non imputabilité. La commission d'audition pense que l'audition du sujet par une juridiction pénale ad

³ Ministère de la Justice et ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Rapport de la commission Santé-Justice présidée par Jean-François Burgelin. Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive. Juillet 2005.

hoc ne peut que poser un problème pour l'évolution de l'auteur malade, lequel se trouverait confronté au paradoxe d'être reconnu comme malade non responsable par un expert psychiatre et adressé dans le même temps devant la justice pénale, avec le risque de discréditer ainsi le cadre des soins. Ce système aurait comme objet de déporter vers l'expert les responsabilités qui doivent être assumées par la justice. Par contre, la commission d'audition estime que l'audience civile devrait être renforcée dans la prise en compte de la souffrance des victimes et de leurs familles ».
MD.

LA PSYCHIATRIE POUR LES AGITATEURS

Un cocasse article du Monde du 16/08/2007 intitulé « *Invitée à voir le psychiatre pour avoir envoyé des mails Place Beauvau* » mérite le détour. Il fait sourire évidemment, mais est bien inquiétant dans le fond et pose la question assignée à la psychiatrie dans notre société.

Une dame résidant dans le 18^e arrondissement de Paris se plaint de troubles à l'ordre public dans son voisinage. Menacée, elle adresse des mails à plusieurs responsables du ministère de l'intérieur, qui restant sans réponse la conduit à un dépôt de plainte selon les voies habituelles. Peu après, elle reçoit une proposition de consultation psychiatrique dans un important hôpital psychiatrique de la région parisienne. Le psychiatre, auteur du courrier de convocation explique, selon l'article, qu'il s'agit d'une procédure classique pour les agitateurs, diligentée par l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris. Selon le psychiatre, « *la majorité ne vient pas au rendez-vous. Généralement, ça les calme* ».

Quel merveilleux anxiolytique, purement sous forme de courrier que la psychiatrie, qui semble dorénavant pouvoir se passer de ses saintes huiles ! L'article a été résumé en évitant même quelques détails croustillants car quels que soient les tenants et les aboutissants de cette affaire, ce qu'il faut retenir, c'est l'image de la psychiatrie que donne un grand quotidien à ses lecteurs.

Voilà donc la psychiatrie pour les agitateurs, et quid de la psychiatrie pour les agités, car il y en a beaucoup par ces temps modernes qui courent trop vite... (Mais rassurons-nous, les pédopsychiatres ont un traitement castrateur de l'hyperactivité avec AMM). MD.

FONCTIONS PSYCHOSEXUELLES ET INCARCERATION

L'incarcération perturbe les principales fonctions physiologiques : le sommeil bien souvent, l'appétit et les fonctions digestives parfois (troubles du transit, notamment constipation), les fonctions sexuelles fréquemment (fonctions psychosexuelles comme l'impuissance ou l'inhibition

relationnelle ou fonctions physiologiques comme l'aménorrhée réversible). Masturbation vécue comme un succédané honteux, homosexualité forcée ou consentie avec culpabilité et honte de nouveau. Privation sur de longues périodes en cas de lourdes peines privatives de liberté du mode habituel de la sexualité du sujet. Sexualité furtive dans les parloirs : « cachez moi ce sexe que je ne saurai voir ». Sujet tabou par excellence. Déjà que les détenus s'offrent un luxe oisif dans des prisons 4 étoiles, il ne conviendrait pas de leur permettre une activité sexuelle conforme à leurs aspirations et leur procurant du plaisir. Les condamnés à de moyennes ou de longues peine se montrent souvent angoissés à l'occasion de leur première permission ou de la libération : serais-je à la hauteur ? je crains la panne, elle va se moquer de moi etc. Ne parlons pas des unités de vie familiale pudiquement nommées, expérimentées parcimonieusement pour ne pas choquer une opinion publique avide de sadisme pénitentiaire.

Alors évidemment quand un dramatique fait divers associe pédophilie et prescription d'une roue de secours anti-panne sexuelle, il est certain que le risque de parler de la sexualité en prison est écarté pour une longue durée. Les débats publics sont d'un conformisme réducteur effrayant. La santé psychique inclut l'analyse de l'équilibre sexuel de la personne et qui aura un retentissement sur son comportement. Une sexualité épanouie, prenant en compte le consentement d'autrui, écartant les interdits (pédophilie, inceste, viol et autres agressions sexuelles), répondant aux exigences physiologiques variables à chaque individu, est probablement un facteur à retenir pour envisager une réinsertion réussie (dont l'absence de récidives est un critère) d'un condamné à une peine privative de liberté.

Mais pour l'instant, la psychiatrie semble ne se préoccuper que des déviances sexuelles aux conséquences délétères qu'il convient évidemment de considérer avec la plus extrême attention, répondant en cela à une certaine forme de pensée unique. Toutefois, un changement « géométrique » de perspective du regard sur la sexualité des condamnés serait souhaitable, ne serait-ce que parce que les frustrations sexuelles et une sexualité imposée ego-dystonique sont des facteurs de risque d'irritabilité au minimum, d'angoisse et de dépression souvent, d'agressivité fréquemment.

Peut-on le dire en ce moment ? Un médecin psychiatre doit le dire et ne pas céder à la censure émotionnelle collective. MD.

DE LA DANGEROUSITE

De celle des cyclones à celle des humains

Une partie de ce numéro de Kamo a été écrite dans les temps du passage du cyclone Dean dans le bassin caraibéen. Ce qu'on y vit alors, notamment dans les moments de réclusion et de passivi-

té en attendant que la violence déchaînée de la nature se calme, permet de méditer sur la dangerosité.

Un cyclone, ça se scrute, ça se surveille. Dès la naissance, il est fiché, rapidement baptisé d'un prénom masculin ou féminin (parité stricte oblige). Il est ensuite mesuré, avec de nombreux paramètres scientifiques : taille globale, celle de l'œil, vitesse de déplacement, pression atmosphérique, vitesse des vents etc. Doté de son bracelet électronique satellitaire, on ne peut perdre sa trace. C'est d'autant plus important que les cyclones sont parfois bien imprévisibles dans leur déplacement. Parfois, sagement si l'on peut dire, leur trajectoire prévue ne dément pas les prévisions des météorologues, d'autres fois à la dernière minute, ils bifurquent. Leur dangerosité et leur capacité de destructivité dépendent évidemment de leur « personnalité » savamment mesurée mais aussi de ce qu'ils vont rencontrer sur leur passage. S'ils restent en mer, ce sont les embarcations qui vont ne pouvoir que les craindre. Les avions se détourneront. Rencontrant des terres habitées, la qualité de la préparation des populations, des infrastructures, en somme des caractéristiques des victimes va influencer sur sa nuisance. De la même manière, entre un pays riche, comme les Antilles françaises ou un pays pauvre, en grande difficulté comme Haïti, la manière de se reconstruire après les désastres d'un cyclone sont très variables.

Malgré toute cette surveillance, certains apparaissent sans prévenir et empêchent les autorités de prendre toutes les habituelles mesures de précaution. Ce fut le cas du cyclone Lenny en 1999. Alors que tout cyclone digne de ce nom naît dans l'atlantique sud puis fait route d'est en ouest et du sud au nord, Lenny est né entre le Honduras et la Jamaïque. Il a circulé d'ouest en est, du nord au sud. Lenny est resté pendant 30 heures sur St Martin et Saint-Barthélemy où il a tout dévasté. Puis il s'est scindé en deux pour descendre sur la Guadeloupe mais sous la forme d'une tempête tropicale et non d'un cyclone d'où une alerte impossible. Ce n'est pas le vent qui a provoqué des dégâts mais surtout les précipitations et une forte houle.

Bien que très surveillés dès leur plus petite enfance (pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans) avec des critères très scientifiques, mesurables, objectivables, les cyclones qu'ils soient masculins ou féminins, restent imprévisibles et dangereux.

Mais quand on est un être humain doté en outre du libre arbitre, peut-on être mesuré, quantifié, deviné par des collègues d'experts psychiatres même triés sur le volet afin de deviner toute dangerosité future ?

Les événements mondiaux politiques se caractérisent ces dernières années par une part d'imprévisibilité redoutable. Le 20^e siècle, en ses débuts, a vu la découverte d'un principe de physique quantique dénommé principe d'incertitude d'Heisenberg (impossibilité de mesurer à la fois la vitesse et la position d'une particule à un temps t) : selon les physiciens, le comportement de la

matière à l'échelle de l'infiniment petit n'est pas déterminé ni prévisible.

Un siècle plus tard, le principe de certitude de prédictivité du comportement humain par les psychiatres est acquis : le comportement de l'homme à son échelle est devenu déterminé et prévisible.

On vit une époque formidable ! MD.

LE SMPR DE BAIE-MAHAULT EN GUADELOUPE ET LE PARTAGE DE DOSSIERS MEDICAUX ET PENITENTIAIRES

Suite aux intentions de la ministre de la justice de rendre communicable à l'administration pénitentiaire le dossier médical des détenus, le SMPR de Baie-Mahault (unité fonctionnelle du Pôle de psychiatrie légale) a décidé de plus participer au travail constructif engagé avec le centre pénitentiaire et a remis au directeur du centre pénitentiaire la lettre dont le texte est reproduit ci-dessous. Copie de cette lettre est adressée aux ministres de la santé et de la justice et aux différentes autorités administratives et judiciaires de la Guadeloupe avec le plus souvent une lettre d'accompagnement expliquant à chaque destinataire (19 en tout) le sens de notre action en relation avec sa fonction. La lettre a été co-signée par les trois psychiatres du service, la psychologue et la cadre de santé après exposé et discussion avec l'ensemble de l'équipe. La remise de cette lettre au directeur du centre pénitentiaire a été l'occasion d'un échange riche, à la hauteur du respect mutuel qui peut exister entre professionnels qui reconnaissent les limites des champs d'intervention des uns et des autres.

Monsieur le Directeur,

Suite aux intentions du ministre de la justice d'instaurer le partage des dossiers médicaux et pénitentiaires, en réaction nous vous informons de nos actions à venir.

Vous savez notre attachement au travail partenarial avec vos différents services et qui a été rendu possible par le respect des missions de chaque corps de métier auquel vous et vos collaborateurs avez toujours veillé.

Le SMPR participe donc aux différentes réunions suivantes :

- Réunions de coordination des services de l'établissement à votre initiative
- Réunions de prévention du suicide
- Réunions mensuelles et annuelle relative aux mineurs

- Réunions mensuelles avec le SPIP pour préparer la sortie des détenus
- Réunion annuelle de la commission de surveillance, à laquelle vous nous invitez (sans que cela soit une obligation)

Toutefois, face aux intentions gouvernementales de rompre le secret professionnel, nous vous informons que nous ne participerons plus à ces réunions tant que les ambiguïtés liées à ces annonces n'auront pas été levées, éventuellement dans le cours de l'élaboration de la future loi pénitentiaire. Le secret professionnel est le garant d'un minimum de confiance nécessaire à l'élaboration d'un espace thérapeutique. Si la confidentialité des informations médicales n'est pas respectée, il paraît évident que les détenus ne voudront plus se faire soigner, alors que par ailleurs les pressions politiques, médiatiques et peut-être de l'opinion publique sont fortes pour étendre les soins psychiques à une population carcérale de plus en plus large.

Nous espérons qu'à l'occasion des travaux parlementaires, non seulement ces projets seront abandonnés, mais que les dispositions de la loi permettront d'attribuer aux différents services en charge des personnes sous mains de justice les moyens ajustés à un bon exercice de leur mission, notamment en faveur de la réinsertion (et corrélativement de la lutte contre les différentes formes de récidive).

Nous ne doutons pas que vous comprendrez le sens de notre action que nous espérons pouvoir lever le plus rapidement possible. Dans le cas contraire, il faut s'attendre à notre désaffection du travail en milieu pénitentiaire et à la survenue de mutations vers un cadre professionnel respectueux des règles professionnelles fondamentales.

Nous vous adressons, Monsieur le Directeur, ainsi qu'à vos collaborateurs, nos salutations distinguées.

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

Camp de relégation de Guyane

Criminocorpus informe que l'association guyanaise « Meki Wi Libi Wan » (Vivons ensemble) organise des visites du camp de relégation de Saint-Jean du Maroni dont les vestiges sont en cours de restauration. Ce camp a été en activité de 1887 à 1946 (il se distingue du camp de transportation plus connu). Contact de l'association : mekiwilibinawan@hotmail.com et

<http://www.bagne-st-jean.com/page/garde.htm>; L'association prépare une visite virtuelle du camp pour les journées du patrimoine 2007 et l'exposition sera visible sur le site de Criminocorpus à partir du 15 septembre 2007.

Rapport du groupe de travail sur le traitement des crimes en série

Direction des affaires criminelles et des grâces, Ministère de la justice, 2007, 112 pages

La documentation française (www.ladocumentationfrancaise.fr) présente de la manière suivante un rapport du ministère de la justice sur les crimes en série. Daniel Zagury, expert psychiatre, bien connu pour ses travaux sur les criminels en série, faisait partie du groupe de travail.

« *Le rapport sur le traitement judiciaire des crimes en série est le fruit des réflexions des membres du groupe de travail créé par le garde des Sceaux en février 2006. Piloté par la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG), ce groupe de travail composé de professionnels issus de la police, de la gendarmerie, de la magistrature ainsi que d'experts, avait pour mission de faire toutes propositions utiles pour apporter des réponses rapides et efficaces aux crimes en série.* »

Rapport de la Commission d'analyse et de suivi de la récidive

Ministère de la justice, 110 pages

Le premier rapport de la Commission d'analyse et de suivi de la récidive évoqué *supra* relativement au suivi socio-judiciaire et à l'injonction de soin, signé du 28 juin 2007 est téléchargeable sur le site de la Documentation française et y est présenté de la manière suivante :

« *Créée en 2005 à la demande du Garde des Sceaux, la Commission d'analyse et de suivi de la récidive présente son premier rapport annuel. Consciente qu'il existe des formes de récidive bien différentes suivant les délits ou les types d'auteurs, la Commission s'attache tout d'abord à définir le phénomène de la récidive. Elle se concentre ensuite plus particulièrement sur les récidivistes et les traitements qui leur sont appliqués (outils de diagnostic utilisés notamment par les psychiatres et les criminologues, traitement pénal de droit commun, traitement pénal des mineurs récidivistes, traitement des récidivistes auteurs d'infractions graves). Le rapport récapitule les préconisations de la Commission parmi lesquelles l'amélioration de la définition légale de la récidive, la nécessité de renforcer et de mieux exploiter les dispositifs actuels de suivi des condamnés aussi bien en milieu ouvert que fermé, ou encore la définition de traitements adaptés à chaque type de population (malades mentaux, délinquants sexuels, sujets condamnés à de longues peines, ou hors norme, adolescents, auteurs de violences familiales et conjugales).* »

La Lettre de la Bibliothèque des rapports publics

N°125 du 24 août 2007

A l'occasion de la loi du 10 août 2007 sur la récidive, la lettre de la BRP consacre sa sélection de la quinzaine à la sortie de prison et au risque de récidive. Une bonne occasion pour compléter son internothèque sur le sujet :

La sélection de la quinzaine :

Sortie de prison et risque de récidive

La loi relative à la récidive des mineurs et des majeurs a été adoptée par le Parlement le 26 juillet 2007. Cette loi renforce les sanctions à l'encontre des récidivistes et prévoit d'instaurer une peine minimale (peine plancher) dès la première récidive pour les crimes et délits passibles d'au moins 3 ans d'emprisonnement. Par ailleurs dans son premier rapport, la Commission d'analyse et de suivi de la récidive préconise de renforcer et de mieux exploiter les dispositifs actuels de suivi des condamnés aussi bien en milieu ouvert que fermé et également de trouver des traitements adaptés à chaque type de population (malades mentaux, délinquants sexuels, sujets condamnés à de longues peines...). La BRP vous propose une sélection des autres rapports sur ce thème.

● [Rapport de la Commission d'analyse et de suivi de la récidive - 28 juin 2007](#)

Ministère de la justice (2007)

● [Santé, justice et dangers : pour une meilleure prévention de la récidive - Rapport de la Commission santé-justice présidée par Monsieur Jean-François Burgelin](#)

BURGELIN Jean-François

Ministère de la justice ; Ministère de la santé et des solidarités (2005)

● [Le placement sous surveillance électronique mobile](#)

FENECH Georges

Ministère de la justice (2005)

● [Rapport d'information déposé \[...\] en conclusion des travaux d'une mission](#)

[d'information constituée le 4 mars 2004 sur le traitement de la récidive des infractions pénales](#)

CLEMENT Pascal, LEONARD Gérard

Assemblée nationale. Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République (2004)

● [Les peines alternatives à la détention, les modalités d'exécution des courtes peines, la préparation des détenus à la sortie de prison](#)

WARSMANN Jean-Luc

Ministère de la justice (2003)

● [Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises](#)

MERMAZ Louis, FLOCH Jacques

Assemblée nationale (2000)

● [La Libération conditionnelle](#)

FARGE Daniel

Ministère de la justice (2000)

● [Le Traitement des intraitables : l'organisation sociale de la récidive chez les jeunes](#)

LE MOIGNE Philippe

Ministère de la Justice, Mission de recherche droit et justice (1998)

● [Rapport sur les Unités à Encadrement Educatif Renforcé \(UEER\) et leur apport à l'hébergement des mineurs délinquants](#)

LANGLAIS Jean-Louis, GAGNEUX Michel, FELTZ François

Inspection générale des affaires sociales ; Inspection générale des services judiciaires ; Inspection générale de l'administration (1998)

AGENDA

Contrôle extérieur des lieux privatifs de liberté. Surpeuplement des prisons. Projet « Dati » de loi pénitentiaire, RÉUNION PUBLIQUE, sous la présidence de Nicole BORVO-COHEN-SEAT, vice-présidente de la commission des lois du Sénat, organisée par le Club « DES Maintenant en Europe », Paris, samedi 8 septembre 2007, 10h - 13h30, L'Estran, 10 rue Ambroise Thomas, Paris IXe (Métro Bonne nouvelle).

L'agression sexuelle, Victimes et Agressors, un autre regard sur les violences sexuelles en santé publique – 4^{ème} Congrès international francophone, CIFAS 2007, 13-14-15 septembre 2007, Palais des Congrès, Paris, Secrétariat du congrès : Antenne de Psy Légale, 22, rue de Châteaudun 92250 La Garenne-Colombes. Formulaire d'inscriptions et de proposition de communication : <http://www.cifas2007.com>.

Les troubles de la personnalité, 26^e Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Strasbourg, 3 au 6 octobre 2007. Le samedi 6 octobre le matin a lieu l'habituelle session de psychiatrie légale présidée par J.L. Senon avec le programme suivant : 1) Approche expertale évolutive et comparative, Evry Archer et Alexandre Daillet ; 2) Organisation des soins France/RFA, Erich Wulff ; 3) Psychopathie et organisation des soins, Denis Leguay ; 4) Table ronde animée par Gérard Rossinelli. Renseignements et inscriptions : Dr Michel Potencier, EPSM Val de Lys Artois, BP 30, 62350 Saint Venant, Tél. : 03 21 63 66 39 – Fax : 03 21 63 76 68 – Email : michel.potencier@wanadoo.fr.

Crimes, délits, autres transgressions : recherches cliniques dans les prisons – 19^e Journées Nationales annuelles SPMP & UMD, Lille, 22 et 23 Novembre 2007. Inscription : Fanny BOY, SANTEXCEL, 255, rue Nelson Mandela, 59120 Loos, Tél. : 03 28 55 67 52 – Fax : 03 28 55 67 35 – courriel : fboy@santexcel.com.

Les nouvelles figures de la dangerosité, colloque organisé par l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire, 15, 16, 17 janvier 2008 à Agen. Renseignements site internet : www.enap.justice.fr.

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale d'Hospitalisation : 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

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). Pour recevoir la lettre d'information demandez-en la réception à : [51](mailto:pierre-</p></div><div data-bbox=)

victor.tournier@wanadoo.fr

ARTAAS : www.artaas.org/

Association Française de Criminologie : www.afc-assoc.org

Association Nationale des Visiteurs de Prison : www.anvp.org

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

CHU PAP/Abymes : www.chu-guadeloupe.fr/

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

Collège des soignants intervenant en prison : www.sante-prison.org

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la Santé (CCNE) : www.ccne-ethique.fr

Ecole Nationale de l’Administration Pénitentiaire (ENAP) : www.enap.justice.fr

Fédération Française de Psychiatrie : www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/

Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

Medikar : www.medikar-web.com/. Le site de l’Union régionale des Médecins Libéraux de la Guadeloupe.

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 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. Site géré par l’Institut Philippe Pinel de Montréal et le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du canton de Vaud (Suisse).

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 Jazor).