

## Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté

par Jean-Louis Senon

Professeur des Universités, psychiatre des Hôpitaux, collège de recherche et d'information en criminologie (CRIMCUP) Université de Poitiers, CHU et CHHL

et Cyril Manzanera

Ancien chef de clinique, Psychiatre des Hôpitaux, chargé de cours

LA CROYANCE  
POPULAIRE  
SUPERPOSE LE  
CRIME FOU ET  
LE CRIME D'UN  
FOU. TOUT CRIME  
N'EST ÉVIDEM-  
MENT PAS LE  
CRIME D'UN  
MALADE MENTAL.

La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental vient d'être promulguée. Ainsi donc les articles 706-53-13 à 706-53-22 du code de procédure pénale disposent qu'« à titre exceptionnel, les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité, peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté [...], à la condition qu'elles aient été condamnées à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour les crimes, commis sur une victime mineure, d'assassinat ou de meurtre, de torture ou actes de barbarie, de viol, d'enlèvement ou de séquestration » ou sur une victime majeure, lorsque ces crimes sont aggravés. La cour d'assises doit avoir expressément prévu la possibilité d'une mesure de rétention de sûreté à l'issue de la peine. La mesure, valable pour une durée d'un an renouvelable, est prise par la juridiction régionale de la rétention de sûreté, sur saisine du procureur général, au moins trois mois avant la date prévue pour la libération du condamné. La personne est placée en « centre socio-médico-judiciaire de sûreté » dans lequel elle est soumise à une « prise en charge médicale, sociale et psychologique ». Les dispositions autorisant un placement en rétention de sûreté sont d'application immédiate en cas de méconnaissance des obligations résultant de la surveillance de sûreté. Le Conseil constitutionnel a considéré qu'il ne s'agissait « ni d'une peine, ni d'une sanction ayant le caractère d'une punition » mais a censuré l'application rétroactive, « eu égard à sa nature privative de liberté, à la durée de cette privation, à son caractère renouvelable sans limite et au fait qu'elle est prononcée après une condamnation par une juridiction ».

Plus que l'une des multiples lois pénales promulguées depuis 2002, elle interroge les rapports entre la société, la justice et la psychiatrie autour des peurs qui envahissent les citoyens et animent nos politiques. Face au risque de récidive, tout se passe comme si le législateur exprimait sa défiance vis-à-vis de la prison, inefficace pour amender, comme vis-à-vis de l'hôpital et de ses soignants (qui ne savent pas, bien entendu, soigner le crime) en proposant une sur-couche sécuritaire de privation de liberté pouvant être renouvelée à perpétuité.

Avant de focaliser notre attention sur quelques points particuliers de la loi attardons-nous avant tout sur son esprit et ce qu'elle a révélé comme points de tensions critiques entre justice et psychiatrie au point de provoquer une confusion extrême entre le soin et

la peine et au risque de détourner la psychiatrie publique de sa mission qui est bien celle de soigner les malades mentaux.

Le principe de la loi a de quoi émouvoir le psychiatre comme tout citoyen car que dire de cette nouvelle forme de privation de liberté qui n'est ni du domaine de la nécessité d'administrer des soins pour une personne malade mentale non consentante comme le permet la loi de 1990, ni de la peine prononcée par un tribunal pour un crime commis? Effectivement nous sommes là dans le champ d'un crime susceptible d'être commis, la probabilité de celui-ci étant évaluée par deux expertises psychiatriques complétées par un bilan de six semaines dans un « service spécialisé » imaginé initialement sur la base du Centre national d'observation (CNO) de la maison d'arrêt de Fresnes. Depuis le vote de l'Assemblée nationale, la rétention de sûreté va bien au-delà des auteurs de violences sexuelles, elle concerne tous les auteurs des crimes les plus graves.

### ■ Les auteurs de crime ne sont qu'exceptionnellement des malades mentaux : pourquoi vouloir les soigner à tout prix ?

La croyance populaire superpose un crime fou et le crime d'un fou. Tout crime n'est bien évidemment pas le crime d'un malade mental. Gardons raison et acceptons l'idée que tout homme a une vie psychique qui l'amène à éprouver amour comme haine, tendresse comme colère, frustration ou sentiment d'injustice. Nous ne sommes pas là dans le champ de la pathologie psychiatrique mais bien dans celui de la complexité de la vie psychique humaine. Nos peurs ne nous amènent-elles pas à une quête irraisonnable d'une représentation aseptisée et angélique de l'homme en imposant à la psychiatrie, à la police et à la justice de nous prémunir contre toute effraction de sentiments tels que colère, haine ou rage pouvant susciter un passage à l'acte violent? Huxley et son « meilleur des mondes » ne reviendraient-ils pas à grands pas dans l'inconscient collectif? Toutes les sociétés ont toujours été tentées d'assimiler maladie mentale et crime et depuis la création de la clinique psychiatrique dans le sillage de Pinel et d'Esquirol, politiques, cliniciens et associations de familles ou de malades ont dû s'attacher à déstigmatiser la maladie mentale. Il nous faut rappeler qu'elle est avant tout corrélée à un risque accru de victimisation dans un facteur 17 par rapport à la population générale, alors qu'elle est associée à un risque majoré de violence dans un facteur 4 à 7. La stigmatisation de la maladie mentale est toujours très présente dans l'opinion publique: en France, dans les dernières enquêtes en population générale, 48 % des Français considèrent

que les patients schizophrènes sont dangereux pour les autres.

Les recherches internationales confirment que les crimes commis par les malades mentaux sont l'exception. Les études internationales avancent des données sensiblement homogènes tant en ce qui concerne les homicides que les violences sexuelles <sup>1</sup> : — pour les homicides, dans les pays industrialisés, le taux d'homicide est compris entre 1 et 5 pour 100 000 habitants. Les troubles mentaux graves sont considérés comme responsables de 0,16 cas d'homicides pour 100 000 habitants. Les malades mentaux représentent donc, selon les pays, entre 1 auteur d'homicide sur 20 et 1 sur 50. Les homicides commis par les malades mentaux ont souvent comme victimes les proches et la famille. Ils sont en général commis dans une poussée évolutive de la maladie, schizophrénie ou dépression sévère ou dans un moment de rupture de soins. Le passage à l'acte criminel est souvent précédé de relations orageuses avec la future victime.

— pour les violences sexuelles, les études internationales font état de 1 à 5 % d'auteurs de violences sexuelles présentant une pathologie psychiatrique au sens clinique du terme.

La confusion crime et maladie mentale est ravivée par la médiatisation de violences commises par des malades mentaux à l'image du double crime de Pau. Bien que rares, les violences commises par les malades mentaux doivent cependant être prises en compte sans angélisme et faire l'objet d'une vigilance particulière de la santé sur les modalités d'intervention et d'organisation des prises en charge de la psychiatrie publique. La violence émaille le parcours de nombreuses pathologies, en particulier quand elles sont associées à une consommation d'alcool ou de drogues; elle est présente dans les institutions de soins psychiatriques, les psychoses et les troubles de l'humeur pouvant être à l'origine de décompensations marquées par des comportements violents souvent intrafamiliaux ou intra-institutionnels. Ceci impose à la psychiatrie publique de conserver des unités de crise fermées, à l'époque où l'on prône un modèle tout ambulatoire de prise en charge, et justifie le maintien des UMD, SMPR et UHSA, institutions qui, comme les urgences, sont confrontées à la violence de la maladie mentale.

### ■ La psychiatrie a comme mission le traitement des troubles mentaux; la prise en charge des troubles de la personnalité ne peut être que multidisciplinaire, transversale et expérimentale

La définition des troubles mentaux est réalisée dans les deux classifications des troubles mentaux qui s'imposent aux psychiatres: la CIM 10 et le DSM IV <sup>2</sup>. Les maladies mentales et notamment les psychoses schizophréniques ou les troubles de l'humeur (dépression et manie) sont représentés sur l'axe 1 et opposées aux troubles de la personnalité de l'axe 2. Cette opposition a un corollaire quotidien dans les soins: aux

maladies de l'axe 1, les équipes de psychiatrie proposent des traitements chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques et des conduites à tenir qui font l'objet de recommandations internationales dans des guidelines ou des conférences de consensus. Par contre, face aux troubles de la personnalité, il n'y a pas de « traitement » faisant consensus et les soignants sont là à la marge de leur exercice, dans le domaine de prises en charges ou plutôt d'accompagnements sociopsychoséducatifs ayant un caractère expérimental qui ne sauraient s'élargir à toutes les équipes soignantes. Les troubles de la personnalité ne peuvent être accompagnés que dans un exercice transversal avec les professionnels socio-éducatifs à condition que la loi soit représentée. Nous sommes là dans le champ de la criminologie qui suppose une démarche multidisciplinaire (associant des professionnels du droit, socio-éducatifs, psychologues et psychiatres). La criminologie suppose une formation complémentaire transversale pour ces quatre catégories de professionnels, formations encore peu développées en France.

La psychopathie, le trouble de la personnalité le plus retrouvé chez les auteurs de violences, encore dénommé, selon l'audition publique de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2005, « l'organisation limite de la personnalité à expression psychopathe » <sup>3</sup> est très représentée dans les populations précarisées, notamment dans les CHR ou dans les établissements pénitentiaires. Comme le rappelle l'audition publique de la HAS, la psychopathie n'est pas une maladie mais un trouble de la personnalité qui se situe aux confins du social, du judiciaire et du sanitaire. Pour autant, le psychopathe français n'a rien à voir avec le psychopathe américain assimilé à un meurtrier prédateur. Les psychopathes français ont une trajectoire de carence affective et éducative, de relations affectives précoces discontinues, d'abandons, de ruptures et de placements multiples et de vie institutionnelle chaotique. Du fait de cette carence affective, leur rapport à la loi est difficile. Ceci explique en partie la surreprésentation pénitentiaire des psychopathes qui pour la plus grande part ne se confondent pas nécessairement avec les auteurs des crimes les plus graves. Ils sont au contraire très représentés parmi les auteurs de coups et de blessures volontaires, de violences ou dans une criminalité contre les biens. Il faut se garder de l'idée que traiter du problème de la psychopathie pourrait éradiquer de façon définitive le crime et notamment les crimes les plus graves.

Comme le rappelle l'audition de la HAS, la prise en charge de la psychopathie est par essence multidisciplinaire: elle suppose que la loi soit représentée et que l'institution soit contenante, conditions indispensables pour qu'un travail éducatif et psychologique soit réalisé. L'hôpital psychiatrique n'est pas le lieu de la prise en charge du psychopathe qui n'y a sa place que pour des décompensations transitoires. Tous les pays industrialisés se sont posés la question de la place réciproque du judiciaire, de l'éducatif et du psychiatrique dans la prise en charge des psychopathes graves ayant commis un crime. Kendell, en Grande-Bretagne, a soulevé un tollé parmi les professionnels de santé en proposant de mettre au

FACE AUX TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ, IL N'Y A PAS DE « TRAITEMENT » FAISANT CONSENSUS ET LES SOIGNANTS SONT LÀ À LA MARGE DE LEUR EXERCICE, DANS LE DOMAINE DE PRISES EN CHARGE OU PLUTÔT D'ACCOMPAGNEMENTS SOCIO-PSYCHO-ÉDUCATIFS AYANT UN CARACTÈRE EXPÉRIMENTAL QUI NE SAURAIENT S'ÉLARGIR À TOUTES LES ÉQUIPES SOIGNANTES.

(1) J.-L. Senon, C. Manzanera, M. Humeau, L. Gotzamanis: Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? Information Psychiatrique, 2006, vol. 82, p. 645-652.

(2) V. J.-L. Senon et C. Manzanera, Psychiatrie et justice : évolutions contemporaines de la clinique et de l'organisation des soins, AJ pénal 2007. 123.

(3) Prise en charge de la psychopathie, Audition publique de la Haute Autorité de Santé, Rapport d'orientation, 15 et 16 déc. 2005, www.has-sante.fr

(4) J.-L. Senon, Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société: de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives, Information Psychiatrique, 2008, vol. 84.

même niveau les pathologies psychiatriques et les psychopathies graves<sup>4</sup>. Les psychopathies graves posent le problème de la mise en place d'institutions de défense sociale et du rapport entre justice, éducatif et psychiatrique. Il en est de même pour les auteurs de violences sexuelles qui ne présentent en règle générale pas de troubles mentaux et chez lesquels on retrouve le plus souvent des troubles de la personnalité décrits dans les paraphilies. Quand il s'agit d'auteurs de crimes, il semble légitime que la privation de liberté protégeant la société soit faite par la justice garante de la loi comme de la liberté individuelle. Un établissement de défense sociale pourrait par contre avoir une convention avec la Santé lui permettant de compléter un travail socio-éducatif par des prises en charge psychiatriques complémentaires réalisées par des équipes psychiatriques surspécialisées et formées à cette fin. Un site expérimental serait utile en ce sens à condition qu'il fasse l'objet d'évaluations régulières.

■ **Quel statut pour le «retenu»? s'il n'est plus détenu, il n'en est pas pour autant «patient» ou «malade»!**

La loi relative à la rétention de sûreté traduit bien l'ambiguïté de l'opinion publique et de nos politiques sur la place réciproque de la peine et celle du soin pour les auteurs de crimes. La question de savoir si la personne «retenue» est un «patient» ou un justiciable (il n'est plus détenu) ne devrait pas se poser. Si cette «personne» a été condamnée par les assises à une peine d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour des crimes particulièrement graves (assassinat ou meurtre, torture ou actes de barbarie, viol, enlèvement ou séquestration commis sur une victime mineure, ou crimes aggravés sur une victime majeure), elle a nécessairement fait l'objet d'une expertise psychiatrique qui n'a pas retrouvé de pathologie psychiatrique ayant aboli son discernement au moment des faits. Par ailleurs, sa pathologie éventuelle n'a pas, dans la suite de sa détention, justifié l'application de l'article D. 398 du code de procédure pénale qui peut provoquer la mise en place de soins en hospitalisation d'office sur l'hôpital psychiatrique pour un détenu malade mental. Pourquoi un détenu, ayant purgé près de 15 ans de réclusion criminelle pour un crime particulièrement grave serait-il considéré, dans les semaines précédant sa sortie de l'établissement pénitentiaire, comme un malade relevant de soins? Pourquoi envisager à son encontre, pour le «retenir», une hospitalisation d'office (HO) «de rétention» alors que cette modalité d'hospitalisation s'applique à un malade mental, nécessitant des soins psychiatriques, et dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes comme le prévoit l'article 3213-1 et 2 du code de la santé?<sup>5</sup> Trois conditions sont effectivement clairement établies pour l'HO par le code de la santé depuis la loi du 4 mars 2002:

- l'existence d'un trouble mental;
- la nécessité de soins;

(5) Art. L. 3213-1 c. santé publ.: À Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'État prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office, dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1, des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes...

- le fait que ces troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Dans la plupart des cas des détenus susceptibles d'être retenus, il n'a pas été retrouvé de pathologie psychiatrique et il n'y a pas de soins à donner.

N'y a-t-il pas, à «sanitariser» la rétention de sûreté, un double risque inadmissible pour notre société démocratique:

- celui de confondre criminel et malade mental, ce qui est inacceptable pour les malades comme pour leurs familles mais aussi pour tous les soignants; donc un risque de stigmatisation du malade comme de l'hôpital qui le soigne?

- celui de laisser penser que la psychiatrie a des soins à donner au criminel, soins susceptibles de limiter les risques de récidive?

Il faut cependant faire des réserves pour des détenus appartenant à deux catégories:

- des détenus ayant été reconnus comme présentant des troubles mentaux ayant altéré (et non aboli) leur discernement au moment des faits au sens de l'article 122-1 alinéa 2;

- des détenus ayant déclaré, au cours de longues peines, des psychoses autrefois dénommées «carcérales».

Dans ces deux cas une évaluation devrait être proposée dans les mois précédant leur libération en envisageant pour les cas difficiles d'aider les psychiatres intervenant dans les maisons centrales par une mission d'évaluation et d'orientation interrégionale.

■ **Dérive soignante de la justice? Élargir à tous les crimes l'application de l'injonction de soins au-delà de la loi de 1998 rend l'injonction de soins inapplicable**

Tous les pays qui développent un droit pénal sécuritaire connaissent cette dérive de compléter la peine par des obligations de soins assimilées à des mesures de sûreté comme pour se déculpabiliser de la rigueur de la loi pénale et dans l'illusion d'un traitement du crime. Cette tendance se retrouve dans la loi relative à la rétention de sûreté qui, si elle crée bien des «centres socio-médico-judiciaire de sûreté» (le «médico» étant à juste titre précédé et encadré par social et judiciaire), propose pour ceux-ci une «prise en charge médicale, sociale et psychologique», où le médical en premier rang laisse penser à une action déterminante du médecin alors que l'accompagnement (plus que la prise en charge) vise bien chez l'auteur de crimes à structurer ses capacités sociales pour permettre une insertion, à restaurer des relations aux autres, à développer l'empathie et les capacités d'insight, autant de défaillances éducatives qu'une équipe criminologique multidisciplinaire peut tenter à titre expérimental et sans que des études validées aient pu démontrer l'efficacité de la démarche sur la diminution du risque de récidive. Il ne s'agit donc pas de «soigner» ni de proposer un «traitement» en l'état actuel des connaissances.

Ne retournons pas à un modèle de «thérapie» purement psychologique ou psychiatrique du crime et à l'idée d'un «traitement» psychologique et psychiatrique du criminel. Face aux peurs qui hantent nos citoyens, ne laissons pas penser que le psychiatre aurait le bon traitement pour éradiquer tout risque de récidive et pourrait, dans la société, prévenir tout crime. L'idée d'un déterminisme essentiellement indi-

POURQUOI UN DÉTENU, AYANT PURGÉ PRÈS DE QUINZE ANS DE RÉCLUSION CRIMINELLE POUR UN CRIME PARTICULIÈREMENT GRAVE SERAIT-IL CONSIDÉRÉ, DANS LES SEMAINES PRÉCÉDANT SA SORTIE DE L'ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE, COMME UN MALADE RELEVANT DE SOINS ?

viduel et donc psychologique du crime a eu cours pendant des années aux États-Unis avant d'être abandonnée dans les années 1980 après l'analyse de son échec. Elle était basée sur la représentation de la délinquance comme maladie curable. Depuis, les diverses écoles de criminologie retiennent l'idée de la multifactorialité du crime comme passage à l'acte de l'individu sûrement soumis à son aménagement psychologique et à son histoire, mais aussi au poids de son environnement. Sutherland par exemple rappelait que le crime peut être analysé comme situé à l'union des éléments qui entrent en jeu au moment où l'infraction est commise (éléments mécanistes ou situationnels) et des éléments qui ont exercé leur influence plus tôt dans la vie du délinquant (éléments historiques ou génétiques). Pour lui « les facteurs immédiats du comportement criminel dépendent du complexe personnalité-situation ».

Cette dérive soignante des mesures de sûreté accompagnant la peine peut très vite avoir des effets pervers. La loi sur la rétention de sûreté, initialement centrée sur les auteurs de violences sexuelles graves sur mineurs, a été élargie par l'Assemblée nationale à tous les auteurs de crimes graves. Comment penser que les acteurs de santé déjà en difficulté pour l'application de la loi de 1998 puissent élargir leurs interventions à tous les auteurs de crimes graves pour des prises en charge structurées tout au long de la détention, et, pendant des années après la libération, à des condamnés pour un accompagnement ambulatoire <sup>6</sup> ?

La « prise en charge » d'un auteur de violences sexuelles suppose une formation et une pratique que nombre de psychiatres ou de psychologues ne possèdent pas. Que dire alors de l'accompagnement d'un auteur de crime remplissant le degré de gravité fixé par la loi ? Cela suppose un travail en équipe et une formation théorique que peu d'équipes peuvent proposer en France que ce soit dans un cadre théorique psychanalytique (dans le sillage des travaux de Claude Balier <sup>7</sup> réalisés uniquement en détention) ou avec des références cognitivo-comportementales qui ne sont pas enseignées dans notre pays et restent expérimentales dans tous les cas ?

**■ Il n'est pas raisonnable de penser que la psychiatrie publique ait les compétences et les moyens de répondre aux besoins de prise en charge de tous ceux qui relèvent de la loi**

Le questionnement actuel sur le positionnement psychiatrie-justice doit prendre en compte la situation actuelle de la psychiatrie publique de notre pays :

- une désinstitutionnalisation faisant passer le nombre de lits installés de 170 000 lits en 1970 à moins de 40 000 lits en 2003 dans une politique de soins de secteur valorisant l'ambulatoire pour favoriser l'insertion des patients;
- la diminution de la durée moyenne de séjour passant de 250 jours en 1970 à moins de 40 jours actuellement;
- une surcharge des services d'urgence comme des unités de secteur avec augmentation des files actives;

- une augmentation des hospitalisations contraintes: Hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT) passant de près de 28 000 en 1985 à près de 65 840 en 2003, HO passant de 8 817 à 10 894 en 2003; les HO D. 398 du code de procédure pénale passant de 687 en 1998 à 1 547 en 2003;

- une inégalité grandissante des moyens entre un axe privilégié Paris, Lyon, Marseille, Nice et des zones quasi désertiques en soignants qu'ils soient psychiatres, psychologues et infirmiers;

- une démographie médicale préoccupante avec plus de 800 postes de psychiatres vacants dans les hôpitaux.

Dans ce contexte que peut faire la psychiatrie publique pour répondre aux demandes de plus en plus larges de la justice ?

Quatre niveaux d'intervention de la psychiatrie vis-à-vis des personnes sous main de justice peuvent être étudiés:

*Niveau 1:* prise en charge des malades mentaux auteurs de délits ou de crimes: les soins et la prise en charge sont susceptibles de limiter le risque de passage à l'acte quand il est en rapport avec la clinique de la maladie. Ce niveau de prise en charge est en particulier réalisé dans les établissements pénitentiaires: depuis la loi de 1994, les secteurs de psychiatrie assurent les entretiens d'accueil et de « dépitage » et la prise en charge des troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires de leur ressort.

*Niveau 2:* Prise en charge des usagers d'alcool et de drogues, facteurs de premier rang du passage à l'acte criminel;

*Niveau 3:* Prise en charge depuis la loi de 1998 des troubles de la personnalité identifiés: auteurs de violences sexuelles; organisations limitées de la personnalité à expression psychopathique;

*Niveau 4:* Prise en charge comme l'envisage la loi sur la rétention de sûreté de tout auteur de crime ayant un trouble de la personnalité ?

La psychiatrie publique est en France déjà très en difficulté pour prendre en charge les niveaux 1 et 2, malades mentaux auteurs de délits ou de crimes et les addictions à l'alcool ou aux drogues. La prise en charge des auteurs de violences sexuelles prévue par la loi de 1998 est, en 10 ans, à peine ébauchée et avec des inégalités flagrantes sur le territoire. Le manque de coordonnateurs est noté dans de nombreux départements de même que l'insuffisance en nombre des psychiatres et psychologues traitants <sup>8</sup>. Comment penser que l'obligation de soins puisse être élargie à tous les auteurs de crimes condamnés à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans ?

**■ La complexité de la notion de dangerosité impose une évaluation multidisciplinaire**

La loi prévoit que « les personnes dont il est établi, à l'issue d'un réexamen de leur situation intervenant à la fin de l'exécution de leur peine, qu'elles présentent une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité <sup>9</sup>,

COMMENT PENSER QUE LES ACTEURS DE SANTÉ DÉJÀ EN DIFFICULTÉ POUR L'APPLICATION DE LA LOI DE 1998, PUISSENT ÉLARGIR LEURS INTERVENTIONS À TOUTS LES AUTEURS DE CRIMES GRAVES POUR DES PRISES EN CHARGE STRUCTURÉES TOUT AU LONG DE LA DÉTENTION, ET, PENDANT DES ANNÉES APRÈS LA LIBÉRATION, À DES CONDAMNÉS POUR UN ACCOMPAGNEMENT AMBULATOIRE ?

(6) J.-L. Senon, C. Manzanera, L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive, AJ pénal 2007. 367.

(7) C. Balier, *Psychanalyse des comportements violents*, Fil Rouge, PUF.

(8) J.-L. Senon, C. Manzanera, L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive, préc.

(9) Souligné par nous.

SI ON PREND EN COMPTE QUE LES AUTEURS DE CRIMES NE SONT PAS DES MALADES MENTAUX ET QUE L'HO NE LEUR EST PAS APPLICABLE, IL FAUDRA PROPOSER UN SUPPORT À LA RÉTENTION RELEVANT DU DROIT PÉNAL QUI PERMETTE DE METTRE EN PLACE UNE STRUCTURE RELEVANT DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE ET LIÉE PAR UNE CONVENTION AVEC LA SANTÉ POUR L'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE.

peuvent faire l'objet à l'issue de cette peine d'une rétention de sûreté. Le lien entre dangerosité, probabilité de récidive et trouble grave de la personnalité ne va pas de soi. Quand Garofalo qui a le premier abordé la dangerosité en 1878 sous le terme de ténacité comme « perversité constante et agissante d'un délinquant et la quantité de mal que l'on peut redouter de sa part », il pondérait sa définition par le concept d'adaptabilité, « conditions dans lesquelles il cessera d'être dangereux ». Il avançait alors que l'évaluation de la dangerosité ne pouvait se faire sans enquête sociale. La dangerosité a toujours été le problème le plus embarrassant de la criminologie dont Christian Debuyst la considérait comme « la maladie infantile ». Christian Debuyst définit la dangerosité comme probabilité pour un individu de commettre une infraction contre les personnes ou contre les biens. Il ajoute aussitôt une autre définition en contrepoint: la dangerosité est « la probabilité que présente une situation de donner lieu à des comportements de ce genre ». Il donne ainsi les deux visages de l'évaluation de la dangerosité: sa dimension individuelle et sa nature situationnelle et environnementale <sup>10</sup>. Ces définitions imposent une évaluation multidisciplinaire de la dangerosité ne se résumant pas aux facteurs psychologiques individuels et dépassant la formation clinique de base de l'expert psychiatre ou psychologue quand le sujet ne présente pas de troubles mentaux.

L'audition publique de la Haute Autorité de Santé sur l'expertise psychiatrique pénale <sup>11</sup> a proposé de maintenir une différenciation entre:

- dangerosité psychiatrique à évaluer par le psychiatre en prenant en compte les facteurs évolutifs de la maladie mentale, l'adhésion aux soins, les connaissances actuelles sur la thérapeutique...

- la dangerosité criminologique à évaluer de façon multidisciplinaire à la façon d'une criminologie confrontant les données du droit, de la sociologie comme de la clinique.

En ce sens, confronter les deux expertises et l'évaluation multidisciplinaire réalisée dans une structure d'un fonctionnement proche du CNO de Fresnes est judicieux.

#### ■ Quelles pistes pour sortir de l'ornière actuelle ?

Le Conseil constitutionnel a tranché en affirmant de façon assez ambivalente que la rétention de sûreté avait le statut « ni d'une peine, ni d'une sanction ayant le caractère d'une punition » mais a censuré l'application rétroactive, « eu égard à sa nature privative de liberté, à la durée de cette privation, à son caractère renouvelable sans limite et au fait qu'elle est prononcée après une condamnation par une juridiction ». Comment dans ces conditions appliquer la loi avec la création, comme cela a été envisagé d'un centre socio-médico-judiciaire à Fresnes? L'urgence est justifiée par le fait que les dispositions autorisant un placement en rétention de sûreté, sont d'application immédiate en cas de méconnaissance des obligations résultant de la surveillance de sûreté, ce qui ne manquera pas de se produire rapidement pour certains détenus ou dans certaines situations médiatisées.

Un décret en Conseil d'État est imminent mais c'est surtout la mission confiée par le président de la République au premier président de la Cour de cassation qui est très attendue. S'il prend en compte que les auteurs de crimes ne sont pas des malades mentaux et que l'HO ne leur est pas applicable, il faudra proposer un support à la rétention relevant du droit pénal qui permette, comme le souhaite le législateur, de mettre en place une structure relevant de l'administration pénitentiaire et liée par convention avec la santé pour l'intervention d'une équipe multidisciplinaire et transversale ayant une mission expérimentale. Difficiles négociations...

(10) C. Debuyst et al., *Dangerosité et justice pénale, Ambiguïté d'une pratique*, Paris-Genève, Ed. Médecine et Hygiène, « Déviance et société », 1981.

(11) Expertise psychiatrique pénale, Audition publique des 25 et 26 janv. 2007, Fédération Française de Psychiatrie et Haute Autorité de Santé, 2007, John Libbey éd.

## Au sommaire du prochain numéro d'Actualité Juridique Pénal

mai 2007

Dossier ▶

### La nouvelle rétention de sûreté, quelles perspectives ?

Avec notamment des articles de :

- Jocelyne Leblois-Happe, Rétention de sûreté vs *Unterbringung in die Sicherungsverwahrung* : les enseignements d'une comparaison franco-allemande ;
- Eric Senna, Premières réflexions sur les adaptations du régime de sûreté des condamnés criminels dangereux ;
- Jean-Paul Céré, La rétention de sûreté à l'épreuve de la Convention européenne des droits de l'homme.