FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée

Président
Dr M. JURUS

Secrétaire Générale
Dr S. ANDREI

Secrétaire Général Adjointe
Dr I. SECRET-BOBOLAKIS

Trésorier
Dr T. TOUSSAINT

Trésoriers Adjoints
Dr JJ. BONAMOUR du TARTRE
Dr C. DESOBRY

Président sortant
Dr B. MARTIN

Président élu
Dr J. CHAMBRY

Secrétariat
N. DUFOUR

Président Fondateur
Dr S.D. KIPMAN

Anciens Présidents
Pr J.F. ALLILAIRE
Pr Ch. AUSSILLOUX
Dr H. BOKOBZA
Dr JJ. BONAMOUR du TARTRE
Pr G. DARCOURT
Dr M. DAVID
Dr J. FORTINEAU
Dr J. GARRABE
Dr N. GARRET-GLOANEC
Dr. C. GERNEZ
Dr M. HORASSIUS
Dr N. HORASSIUS
Dr J-J. LABOUTIERE
Dr O. LEHEMBRE
Pr H. LOO
Pr Ph. MAZET
Dr B. ODIER
Dr J-Ch. PASCAL
Pr G. SCHMIT
Dr J.M. THURIN

CONSIDÉRATIONS SUR LA PROPOSITION DE LOI VISANT À RENFORCER LA SÉCURITÉ, LA RÉTENTION ADMINISTRATIVE ET LA PRÉVENTION DES RISQUES D'ATTENTAT

L'Association mondiale de psychiatrie dénonce la malfaisance des campagnes de contestations antipsychiatriques d'inspiration politico-idéologique qui font jouer à la psychiatrie un rôle qui n'est pas le sien, celui d'être un instrument de la répression sociale.
L'Association mondiale de psychiatrie, en affirmant que la psychiatrie est et ne peut être qu'une des principales branches de la médecine appliquée à la prophylaxie et au traitement des "maladies" mentales, recommande expressément à toutes les Sociétés qui la composent d'attirer l'attention de chacun de ses membres, celle de l'opinion publique et celle du Gouvernement de leur pays, sur le caractère essentiellement médical et l'usage exclusivement thérapeutique de l'action et des institutions psychiatriques.
L'Association mondiale de psychiatrie condamne toute exploitation politique qui aurait été ou pourrait être faite des concepts, méthodes et institutions propres à l'exercice de la psychiatrie au service des seuls malades mentaux".

Henri Ey. Motion du congrès mondial de psychiatrie. Mexico, 1970.

L'heureuse influence exercée dans ces derniers temps sur la médecin par l'étude des autres sciences ne peut plus permettre aussi de donner à l'aliénation le nom général de folie, qui peut avoir une latitude indéterminée et s'étendre sur toutes les erreurs et les travers dont l'espèce humaine est susceptible, ce qui, grâce à la faiblesse de l'homme et à sa dépravation, n »aurait plus de limites. Ne faudrait-il point alors comprendre dans cette division toutes les idées fausses et inexactes qu'on se forme des objets, toutes les erreurs saillantes de l'imagination et du jugement, tout ce qui irrite ou provoque des désires fantastiques ? ce serait alors s'ériger en censeur suprême de la vie privée et publique des hommes, embrasser dans ses vues l'histoire, la morale, la politique et même les sciences physiques dont le domaine a été si souvent infecté par des subtilités brillantes et des rêveries.

Philippe Pinel. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Seconde édition, 1802.

Rédacteur pour la Fédération française de psychiatrie

Dr Michel DAVID
Ancien président de la Fédération française de psychiatrie

SOMMAIRE

Préambule, p.2

Sur l'article 1, p.3

Conclusion, p.6

Points à retenir, p.7

Références, p.8

Annexe 1, p.9

Annexe 2, p.11

Annexe 3, p.14

Addenda après audition, p. 19

RÉSUMÉ

La présente contribution a pour objet de démontrer que la proposition de loi (PPL) visant à renforcer la sécurité, la rétention administrative et la prévention des risques d'attentat est incompatible avec les missions de la psychiatrie. La PPL est largement rejetée par l'ensemble de la profession et tend à faire évoluer la psychiatrie, notamment hospitalière, vers des objectifs de défense sociale bien éloignée de ses missions thérapeutiques. D'autant plus que l'exercice de la psychiatrie qu'elle concerne les adultes, les adolescents et les enfants devient de plus en plus difficile avec une précarité grandissante. Même si une PPL n'a pas l'obligation d'une étude d'impact, force est de constater que pour un sujet aussi important, une telle étude aurait été indispensable. Cette contribution détaille essentiellement l'article 1, concernant une injonction d'examen. Si les articles concernant la rétention de sûreté terroriste ne sont pas détaillés, il convient de rappeler que la rétention de sûreté a été largement critiquée lors de son adoption en 2008, mais qu'elle n'a jamais été évaluée depuis cette date.

MOTS-CLÉS

Proposition de loi – Sécurité – Terrorisme – Avis - Injonction d'examen – Experts cour d'appel - Défense sociale – Trouble mental – Troubles du comportement – Troubles de la personnalité -Soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) – Traçabilité – Hopsyweb – FSPRT - Dangerosité – Rétention de sûreté.

PRÉAMBULE

Le présent texte est rédigé à l'occasion de l'audition le mercredi 29 avril 2026 de la Fédération française de psychiatrie au Sénat par le sénateur Hervé Reynaud rapporteur pour la proposition de loi (PPL) visant à renforcer la sécurité, la rétention administrative et la prévention des risques d'attentat.

Au fronton du texte, la mémorable motion adoptée au congrès mondial de psychiatrie à Mexico en 1971 à l'initiative du célèbre psychiatre Henri Ey qui insiste sur le rôle exclusivement thérapeutique des institutions psychiatriques et une citation du livre du fondateur de la psychiatrie en France qui se montre précis sur le périmètre de l'aliénation mentale qui annonce les maladies psychiatriques.

Cette PPL a eu de nombreuses versions. Le texte utilisé est celui de la « petite » loi », mais comme les intentions du député rapporteur de la PPL s'expriment dans les différentes versions, évoquer des éléments de la généalogie du texte permet de se représenter l'image de la psychiatrie chez le législateur. L'autre version évoquée sera celle présentée à la commission des lois de l'Assemblée nationale.

La critique de cette PPL, et son rejet, reflète le respect des missions de la psychiatrie et ne doit pas être comprise comme un déni du risque terroriste que tout soignant, comme tout autre personne, ne peut que souhaiter voire disparaître ou être le plus faible possible.

Les propos suivants se centreront exclusivement sur l'article 1 relatif à l'injonction d'examen psychiatrique.

1. L'esprit du texte a été largement rejeté par la profession (Annexe 1) comme confondant terrorisme et psychiatrie et recourant à la psychiatrie à des fins non thérapeutiques.

2. Au préalable de la présente question, il convient de se demander de quoi l'on parle, notamment sur la définition des troubles mentaux. Pendant les débats à l'Assemblée nationale, cette question a été récurrente, notamment quelle différence entre trouble psychiatrique, plus ou moins grave et trouble du comportement. Il ne s'agit pas ici de développer cette question complexe, mais de soulever la nécessité d'être précis. Pour davantage de détails, le législateur intéressé peut se référer au rapport fait par la Fédération française de psychiatrie en 2020 [1]. Le député rapporteur parle de troubles psychiatriques très graves (Rodwell, pp. 103, 118, 142) [2]. Pour les psychiatres, il s'agit notamment des pathologies délirantes avec ou non des hallucinations et autres symptômes avec ou sans troubles de l'humeur. Ces pathologies peuvent (mais non systématiquement) relevées de soins en milieu hospitalier de durées plus ou moins longues. Ces pathologies mentales sont à distinguer des troubles de la personnalité de gravité variable, plus délicates à soigner, et ne pouvant justifier, si elles ne sont pas associées à des troubles psychiatriques avérés, une hospitalisation sous contrainte. La loi sur la rétention de sûreté parle de troubles graves de la personnalité (rétention de sûreté). Autre terme employé : les troubles du comportement, notion le plus souvent vague, à tel point qu'un député dit, avec humour, se sentir concerné, d'autant plus qu'il tient des positions souvent radicales…Trop souvent, l'expression virulente de convictions idéologiques, voire de comportements suicidaires peuvent passer pour des maladies mentales. Si tel était le cas, il faudrait construire de nombreux hôpitaux psychiatriques. Les personnes concernées par la PPL seraient présumées avec des troubles mentaux graves. Comment ont-elles été « prédiagnostiquées » ? Par qui ? Selon quelles classifications (DSM-V, CIM-11, autres ?) ? Selon quelles méthodologies ? Rien n'est précisé. Pourtant de nombreux parlementaires demandent une transparence sur la méthodologie utilisée par les pouvoirs publics, comme à propos des soixante-treize porteurs de projets terroristes depuis 2020

dont quarante-sept présenteraient des troubles du comportement et un tiers souffriraient de pathologies psychiatriques avérées, selon le rapporteur. Les psychiatres seraient intéressés de connaitre la méthodologie employée pour établir ces critères. La psychiatrie, discipline médicale, nécessite une rigueur dans les définitions. Son absence est la porte ouverte à tous les abus.

3. Si l'esprit de la PPL est éthiquement inacceptable pour la psychiatrie, la présente contribution considère qu'il est inutile que ce point suffisamment dénoncé par la profession (annexe 1), et de longue date, soit développé d'autant plus que l'argument n'a jamais été écouté par tous ceux qui veulent utiliser la psychiatrie à des fins répressives de relégation et de défense sociale, et cela depuis des années.

4. Le rapport du député Charles Rodwell [2] visant à renforcer la sécurité, la rétention administrative et la prévention des risques d'attentat comporte des faiblesses méthodologiques et notamment aucune audition de la profession psychiatrique - psychiatres, infirmiers, directeurs - n'a été menée si l'on s'en tient à la liste des personnes auditionnées en fin de rapport. Il est difficile d'imaginer des dispositifs sans avoir l'avis de ceux qui doivent les appliquer. Les soixante-quinze références citées à la fin du document sont exclusivement juridiques, pas de références médicales, sauf une (référence 13) citant le rapport cité supra de la Fédération française de psychiatrie, mais sans exploitation notable de son contenu. Par ailleurs, et même si une étude d'impact n'est pas obligatoire pour une PPL – ce que souligne et semble regretter le Conseil d'État dans son considérant 1 [3] - celle-ci aurait été bien utile pour s'assurer que l'éventuelle loi votée ne serait pas une énième loi inapplicable ou inappliquée, contribuant ainsi à la perte de confiance des citoyens dans leurs institutions.

SUR L'ARTICLE 1

5. De la qualité du psychiatre donnant un **avis préalable**. Pas de précision sur son exercice professionnel ou plutôt par défaut, car selon le ministre de l'Intérieur (débat AN du 14 avril, 2e séance), ce ne seront pas les psychiatres participant aux groupes d'évaluation départementaux (GED) ou aux cellules de prévention de la radicalisation et d'accompagnement des familles (Cepraf). Ces psychiatres ne se prononcent pas sur des cas individuels, mais ne donnent que des éléments généraux sur ce qu'est la psychiatrie. Par ailleurs, le psychiatre prévu dans la PPL donne un avis sans examen clinique à partir des renseignements donnés, et probablement triés, par les autorités, dont ceux faisant état de présumés troubles mentaux dont on peut interroger la pertinence clinique puisque ces observations ne seront pas faites par des psychiatres et pourront être entachées des préjugés communs relatifs à ce qui relève ou non de troubles mentaux. Le ministre de l'Intérieur admet que les agents de la DGSI n'ont pas de compétence psychiatrique et qu'ils ont besoin de l'avis de psychiatres sur le profil des personnes qu'ils suivent. À ce stade, ce qui semble certain, c'est **le positionnement de la personne concernée autour de théories faisant l'apologie d'actes de terrorisme sans encore de passage à l'acte**, mais uniquement « *une menace grave pour l'ordre public et la sécurité publics* ».

6. Pour faire suite à l'avis du psychiatre, le représentant de l'État « peut faire obligation » (on remarque d'ailleurs qu'il peut, mais pas qu'il doit, comment optera-t-il pour orienter sa décision soit vers la possibilité, soit vers l'obligation ?) à la personne de choisir un psychiatre sur une liste établie par la cour d'appel pour « *se soumettre à un examen psychiatrique* ». Difficile d'imaginer comment la personne concernée va choisir le psychiatre, ce qu'elle en perçoit. Elle n'a pas évidemment la possibilité de consentir puisqu'elle doit se soumettre à l'examen. Dans ce contexte, il est probable de considérer

que les conditions de réalisation de l'examen psychiatrique ne facilitent pas l'instauration et le déroulement d'un examen non consenti par la personne et pouvant être, pour elle, une des manifestations du fonctionnement d'un État qu'elle réprouve. Les conclusions de cet unique examen pourraient ne pas répondre aux attentes des autorités. Faisons la différence ici avec un examen fait par un expert pour une personne mise en examen et vue en prison. Les personnes refusent rarement l'examen, s'y prêtent en général de bonne grâce, car il s'inscrit dans une procédure où elles se savent impliquées d'une manière ou d'une autre (même si elles clament leur innocence). Dans le cas de la PPL, pas encore d'infractions reprochées, pourquoi un examen psychiatrique ?

7. Qu'en est-il de la liste établie par les cours d'appel ? Est-ce la liste de tous les experts inscrits sur les cours d'appel (voire sur la liste nationale près la Cour de cassation) ? où est-elle extraite de la liste des experts ? Dans ce dernier cas des appels à candidatures ont-ils été faits ? Dans le premier cas, a-t-on demandé l'avis des experts inscrits sur ces nouvelles missions (contenu et délai pour l'exécuter) ? Et justement quelles missions (les expertises pénales ont des missions bien définies) ? Quelles rémunérations ? Qui paye : l'État, la personne concernée ? Ces questions, notamment le nombre de réponses positives à un appel à candidatures, auraient été bien utiles dans une étude d'impact afin de s'assurer de la faisabilité de l'examen. Rappelons que le nombre d'experts est en régulière diminution (800 en 2007, moins de 300 aujourd'hui). Il s'agit donc de sélectionner des volontaires parmi un « vivier » en diminution, du fait de l'attractivité décroissante de l'expertise psychiatrique au pénal, alors qu'elle fut pendant des décennies une activité assez prestigieuse.

8. Quelles suites après l'examen du psychiatre. Plusieurs possibilités qui n'ont pas été toutes envisagées : a) le psychiatre suggère des soins, mais librement consentis, soit en ambulatoire, soit en hospitalisation ; b) le psychiatre propose des soins contraints qui ne peuvent être que sans consentement (sur demande d'un tiers, mais lequel ? soit en péril imminent si risque de suicide avéré par exemple), mais pas sur décision du représentant de l'État (SDRE) en l'absence de trouble grave à l'ordre public (ce qui dans tout le processus n'a pas encore été constaté). Pourtant la PPL n'envisage qu'une hospitalisation SDRE, décidée par le préfet. Ajoutons que proposer des soins librement consentis en ambulatoire ou en hospitalisation, que la clinique exigerait, ne sera probablement pas l'option la plus fréquente afin d'éviter d'encourir tout reproche ultérieur en cas d'incidents ou d'accidents ultérieurs.

9. Si refus de l'examen, dans un délai qui ne doit pas être inférieur à quinze jours, sauf urgence - il est considéré que le plus souvent il n'y aurait pas d'urgence, ce qui est étonnant puisque le comportement de l'intéressé constituerait une menace grave – le préfet peut demander à un magistrat de l'autoriser à requérir les forces de l'ordre pour aller chercher la personne concernée et la présenter à un psychiatre de la liste de la cour d'appel. Il va falloir une bonne organisation des forces de l'ordre avec le psychiatre pour que l'opération se déroule adéquatement.

10. Comme annoncé dans le préambule, il est intéressant de rappeler des versions préalables de la PPL qui sont assez illustratrices des représentations du rapporteur sur la psychiatrie. Dans la version étudiée en commission des lois, un magistrat peut autoriser le préfet à décider d'une « *admission provisoire en soins psychiatriques* », soit dans un service de psychiatrie d'un hôpital général, soit dans un hôpital psychiatrique afin de procéder à l'examen psychiatrique prescrit au même I (de l'article L.229-7)». À noter que cette hospitalisation provisoire déroge au droit commun de l'hospitalisation en priorisant l'action du juge sur le préfet (c'est l'inverse en droit commun, ce que certains auraient

parfois préféré). L'admission provisoire ne doit durer que 24 h, le temps que le psychiatre de la liste de la cour d'appel se déplace. Le délai est d'ailleurs court, mais surtout que fait-on de la personne dans l'attente de la venue du psychiatre ? Elle est sous l'autorité du directeur de l'hôpital. Où attend-elle l'examen ? dans une salle d'attente ? dans un service d'hospitalisation ? Qui est affectée à sa surveillance ? uniquement les soignants, ou les forces de l'ordre restent-elles sur place ? Cette admission provisoire est ambigüe : l'objet semble être l'attente de l'examen du psychiatre de la cour d'appel, pourtant il s'agit d'une « admission effective en soins » (dernière phrase du paragraphe 14). Quelle mission alors donnée aux équipes soignantes dans ce temps d'attente (médecins et équipe soignante) ? Quelles responsabilités ? Et l'on imagine l'ambiance dans une unité d'hospitalisation : un présumé terroriste au milieu des autres patients avec peut-être une surveillance des forces de l'ordre (ce qui ne se fait jamais en psychiatrie). Ces remarques sans réponses dans la PPL, et qui probablement seraient bien difficiles à préciser, qui s'appuient sur un déroulement concret de la procédure montrent la méconnaissance des réalités concrètes.

11. Enfin, si l'examen du psychiatre fait apparaître que l'intéressé est atteint de troubles mentaux compromettant la sureté des personnes ou portant gravement atteinte à l'ordre et à la sécurité publics et nécessitant des soins psychiatriques, le préfet peut décider de l'hospitalisation. La rédaction des certificats doit être très précise. La Haute autorité de santé précise que pour un SDRE, le médecin doit : « *décrire les caractéristiques des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui permettront au préfet de considérer qu'ils compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ; et exposer les éléments de fait qui permettront au préfet de considérer qu'il existe un trouble à l'ordre public* » [4]. Pourtant à ce stade, comme il n'existe uniquement que « *des raisons sérieuses de penser que son comportement constitue une menace grave pour l'ordre et la sécurité publics* ». Dans la procédure de droit commun, le trouble à l'ordre public est d'abord constaté, puis le médecin est sollicité pour examiner la personne, s'il est constaté des troubles psychiatriques en lien avec le trouble à l'ordre public et que la sûreté des personnes est compromise, les deux conditions sont réunies : trouble grave à l'ordre public et troubles mentaux qui y sont en relation. Dans la PPL, les conditions pour une hospitalisation en SDRE ne semblent pas remplies. Quels faits seront rapportés au médecin ? quelles sont ces raisons sérieuses ? La HAS rappelle que si le certificat médical n'est pas suffisamment motivé, le préfet ne peut pas se prononcer, ni prendre de décision, le cas échéant la décision du préfet peut être annulée par la juridiction compétente. Par ailleurs, si le médecin ne conclue pas à un tableau clinique ouvrant à un SDRE, le préfet peut demander l'avis d'un deuxième psychiatre [4] **Une solution plus simple, plus rapide, plus efficace et moins coûteuse serait pourtant possible**.

12. Cette solution, le ministre de l'Intérieur s'y approche quand, lors de la séance du 14 avril, justifiant la PPL et expliquant que pour être plus efficaces les services de renseignement doivent avoir un éclairage psychiatrique sur les personnes qui font l'objet d'une étroite surveillance. Il donne l'exemple suivant : un individu qui souffrirait de troubles du comportement ne cache pas « qu'il veut tuer des kouffars ». L'injonction d'examen permettrait de savoir si le trouble du comportement relève ou non de la psychiatrie. Il y a plus simple. Les propos de la personne sont une menace de mort, voire un projet de tuerie de masse. Il s'agit d'un délit qui permet une garde à vue au cours de laquelle, selon une pratique très répandue et bien encadrée, une expertise peut être demandée, se limitant strictement à la mission d'expertise de garde à vue (et non à la mission de l'expertise en vue d'un jugement), c'est-à-dire faire un examen clinique et déterminer en cas de troubles si ceux-ci nécessitent des soins, dont éventuellement une hospitalisation. Le délit de menace de mort n'est pas le seul qui peut conduire à la garde à vue, près d'une dizaine d'autres infractions peuvent y conduire en relation avec le terrorisme et étant donné la surveillance très étroite de la DGSI sur les individus concernés,

il ne doit pas être difficile d'en constater une. Avec cette procédure très courante et bien rodée est évité le montage complexe de la PPL. L'article 1 est donc inutile.

13. Quelles que soient les procédures utilisées pour hospitaliser une personne « radicalisée » sur décision du représentant de l'État, il faut signaler au législateur qu'il sera extrêmement difficile de mettre fin à la mesure ou en proposer des aménagements (comme un programme de soins). Ce constat est déjà largement fait pour des situations hors terrorisme. La neutralisation par la psychiatrie se met insidieusement en place.

14. L'article 4 semble superflu. Il traite de l'information du préfet à propos de sorties non accompagnées, de modification dans la forme de prise en charge ou de la levée de la mesure de soins psychiatriques. Ces démarches sont déjà actuellement prévues. A remarquer que l'administration dispose déjà d'u outil de « traçabilité » des patients dénommé « Hopsyweb » (décret n°2018-383 du 23 mai 2018), déjà alors largement dénoncé par la profession (https://fedepsychiatrie.fr/missions/affaire-hopsyweb/) et qui est mis en relation avec le fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT) (décret n°2019-412 du 6 mai 2019). A ce propos, le décret prévoit que les données ne sont conservées que trois ans. A notre connaissance, le nettoyage des données n'est pas rendu public. Est-il effectif ? La CNIL avait rendu un avis critique sur Hopsyweb (Délibération n°2018-354 du 13 décembre 2018 portant avis sur un projet de décret modifiant le décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement (demande d'avis n°18020552).

15. Une dernière remarque est aussi utile. Il semble que la radicalisation islamique attire malheureusement de plus en plus de personnes mineures dont de plus en plus de filles. Chez des adolescents révoltés, mal dans leur peau, pouvant être excessifs dans leurs propos comme dans leurs comportements, il peut être tentant d'y voir une maladie psychiatrique émergente. Quelles que soient les procédures utilisées, il faut être attentif à ne pas être tenté à recourir aux soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, car leur hospitalisation risque de se tenir dans un service pour adultes, par défaut de structures pédopsychiatriques adéquates, avec un possible recours non cliniquement justifié aux mesures d'isolement, voire de contention.

CONCLUSION

L'ensemble de la proposition de loi est contestable, mais l'article 1 est à rejeter que ce soit éthiquement ou en tant qu'il est difficilement applicable et qu'une solution alternative existe. La psychiatrie, dans son ensemble, et tout particulièrement la pédopsychiatrie, est dans un état désastreux qui est largement reconnu, documenté, médiatisé, comme le rappelle encore une récente tribune dans Libération signée par des président(e)s de conseil de surveillance d'hôpitaux [5]. Cette PPL participe à la désorganisation de la psychiatrie, aux confusions des genres qu'elle instille dans les esprits.

Ces dernières années, plusieurs questions prioritaires de constitutionnalité ont eu pour sujet la psychiatrie, notamment en ce qui concerne l'isolement et la contention. Des instructions très rigoureuses ont été imposées aux unités d'hospitalisation, souvent d'une grande complexité, comme l'est l'instruction de 49 pages relatives à l'isolement et la contention nécessaire [6] pour expliquer un

décret de deux pages. Il est paradoxal de reprocher à la psychiatrie des intentions (erronées) liberticides, de légiférer en ce sens et par ailleurs de renforcer des tendances contraignantes. Non à l'injonction d'examen et non aux injonctions paradoxales.

C'est d'aide et de soutien dont les usagers de la psychiatrie, patients comme professionnels, ont besoin. À défaut de plus de moyens dans ces périodes de disette, la moindre des attentions serait ne pas alourdir inutilement sa charge. Face à ce psychiatricide, c'est sur l'assistance à psychiatrie en danger qu'il convient de légiférer (une loi sur la psychiatrie) et non sur sa fin de vie.

POINTS À RETENIR	
1.	Rejet du texte par la profession.
2.	Insuffisance dans la définition des « troubles mentaux ». Pas de précision sur les présumés troubles mentaux chez les auteurs de projets terroristes.
3.	Évolution de la psychiatrie vers la défense sociale au détriment de ses missions thérapeutiques.
4.	Faiblesse méthodologique du rapport du député sur la PPL. Références presque exclusivement juridiques. Une seule référence psychiatrique sur les soixante-quinze citées.
5.	Manque de précision sur la qualité du psychiatre sollicité pour donner un avis.
6.	Positionnement complexe de la personne intéressée pour « choisir « un psychiatre sur la liste de la cour d'appel et ambiguïté sur son consentement.
7.	Manque de précision sur la liste établie par la cour d'appel, sur le libellé de la mission, sa rémunération, etc.
8.	Quelle suite à l'examen : pas de soins, soins libres soins sur décision du représentant de l'État.
9.	Complexité des opérations si refus de la personne de se « soumettre » à l'examen et doute sur l'urgence de la situation (délai de 15 jours).
10.	Parmi les versions préalables à la petite loi, il était prévu une « admission provisoire » dans un hôpital dans l'attente de l'examen du psychiatre de la cour d'appel dans les 24 heures. Nombreuses difficultés pratiques et juridiques de cette situation ubuesque.
11.	Si à l'issue de l'examen, le psychiatre constate des troubles pouvant relever d'un SDRE, mais que le trouble à l'ordre public n'a pas été constaté (une menace, mais pas d'actes), le SDRE n'est pas possible.
12.	Un examen psychiatrique est réalisable en garde à vue en considérant que la personne intéressée a pu se mettre en situation délictuelle par rapport au terrorisme. Cette procédure existante, moins coûteuse, moins complexe est à privilégier.
13.	À noter que dans la situation d'un SDRE, il sera extrêmement difficile d'obtenir du préfet une levée ou un aménagement de la mesure (programme de soins par exemple) par principe de précaution. Ici se trouve le risque de neutralisation par instrumentalisation de la psychiatrie et la dérive de son utilisation comme outil de défense sociale.
14.	Les modifications des modalités de prise en charge des patients sont déjà prévues : l'article 4 est inutile. Hopsyweb en lien avec le FSPRT permet déjà une « traçabilité » des patients.
15.	Il serait intéressant que les parlementaires obtiennent des informations sur l'évolution des personnes mineures dans l'engagement dans des voies de radicalisation. L'hospitalisation des mineurs en SDRE pose de nombreux problèmes pratiques, cliniques, juridiques.

RÉFÉRENCES SUCCINCTES

[1] Fédération française de psychiatrie. Psychiatrie et radicalisation, janvier 2020, Microsoft Word - FFP rapport Psychiatrie et Radicalisation Janvier 2020 (V3) .docx

[2] Rodwell C. Rapport fait au nom de la commission des lois constitutionnelles de la législation et de l'administration générale de la République sur la proposition de loi *visant à* **renforcer** *la* **sécurité**, *la* **rétention administrative** *et la* **prévention** *des* **risques** *d'***attentat**, N°2468
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion_lois/l17b2468_rapport-fond

[3] Conseil d'État. Assemblée générale, séance du 25 septembre 2025, N° 409914.
file:///C:/Users/david/Downloads/409914-1.pdf

[4] Haute autorité de santé. Fiche mémo. Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures. Mars 2018. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures;

+

[5] La psychiatrie publique ne peut plus être le parent pauvre de notre système de santé. Tribune, Libération, 27/04/2026,
https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/la-psychiatrie-publique-ne-peut-plus-etre-le-parent-pauvre-de-notre-systeme-de-sante-20260427_Z5KFFVZVSBFSJA2UGAUMDLMDLM/?poppConnect=true&redirected=5914

[6] INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, NOR : SSAH2210093J.

[7] Senon JL, Jaafari N . La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? L'Information Psychiatrique. 2008;84(6):511-518. doi:10.1684/ipe.2008.0363.

[8] David M . Loi de rétention de sûreté. Lecture des dangerosités. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique. L'Information Psychiatrique. 2008;84(6):519-526. doi:10.1684/ipe.2008.0353.

[9] Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 5 octobre 2015 relatif à la rétention de sûreté. JO du 5 novembre 2015, NOR : CPLX1525592V.

[10] Delmas-Marty M. Libertés et sûreté dans un monde dangereux. La couleur des idées, Seuil, 2010.

ANNEXE 1



Communiqué du 13 février 2026
« Extension des soins psychiatriques sans consentement pour les personnes radicalisées : une dérive législative créant la confusion entre maladie psychiatrique et radicalisation et allant à l'encontre des recommandations de bonnes pratiques médicales de l'HAS »

Les professionnels de terrain, les chercheurs et les experts souhaitent alerter sur les dangers de la PPL N°2180, notamment sur la confusion véhiculée entre radicalisation et troubles psychiatriques, et sur les conséquences potentiellement désastreuses sur le système de soins psychiatriques d'une part et la sécurité de la société dans son ensemble d'autre part. En préambule, si la PPL s'appuie sur 2 exemples dramatiques qui nécessitent une réflexion approfondie sur le devenir des personnes sous OQTF, rappelons qu'à ce jour aucune étude ne montre de lien entre maladie mentale et terrorisme : https://www.cipdr.gouv.fr/wp-content/uploads/2020/07/FFP-rapport Psychiatrie-et-Radicalisation-Janvier2020-valide%CC%81-MB-26022020.pdf . En outre, le deuxième crime mentionné ne concerne pas une problématique terroriste, mais une problématique de violence sexuelle, qui, si elle n'est pas moins dramatique, appelle des réponses différentes (cf. audition au Sénat). Cette nouvelle proposition de loi envisage le recours systématique à la psychiatrie pour traiter la radicalisation violente de certains sujets étrangers sous OQTF. Il existe déjà des dispositifs d'évaluation au niveau départemental et national spécifiquement dédiés aux personnes radicalisées, dans lesquels des psychiatres interviennent, précisément afin d'identifier les rares situations relevant de soins psychiatriques : - Les groupes d'évaluation départementaux (GED), - Les dispositifs régionaux d'appui et de soutien des professionnels (CRESAM), - L'unité de coordination de la lutte antiterroriste (UCLAT) au niveau national. Lorsque la dangerosité d'un individu est en lien avec une pathologie psychiatrique, la loi permet déjà d'imposer une hospitalisation sous contrainte par arrêté municipal (en urgence) ou préfectoral (mesure de soins sans consentement sur décision du représentant de l'État), sur la base d'un certificat médical, et ce sans attendre un passage à l'acte. Cependant, comme déjà souligné lors de plusieurs auditions de professionnels et d'experts de la psychiatrie devant le Sénat (en matière de violences sexuelles notamment), par définition et hors situation d'urgence, aucun parcours de soin cohérent ne peut être déployé pour une personne sous OQTF, dans l'incertitude permanente d'une expulsion à venir, rendant par là même inefficace la perspective d'un soin contribuant à la réduction des risques de violence pour des sujets malades. Cette nouvelle PPL propose donc des réponses à forte puissance symbolique avec des effets contre-productif sur le plan global et systémique, puisqu'affaiblissant encore l'offre de soins pour les personnes qui en relèvent réellement. Cette approche détourne également

l'attention sur les réels leviers et les nombreux problèmes qui alimentent ces parcours et aggravent le risque de commettre des actes violents (destruction du filet social, précarisation administrative des individus, solitude, addictions, désinsertion, etc…). Enfin, plutôt que de subir avec la population générale, une dégradation du cadre de vie et des injonctions paradoxales, les professionnels de terrain, les chercheurs et les experts, qui restent attachés à la prévention des actes terroristes et à la sécurité publique, rappellent que la psychiatrie ne doit pas être instrumentalisée comme un outil de gestion de la dangerosité ou de la politique migratoire. Ils réaffirment leur volonté de contribuer au plus près du législateur et des pouvoirs publics à l'évolution d'un cadre législatif et sanitaire à la fois cohérent et efficient. Gabrielle ALLIO Présidente du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP) François APPAVOUPOULLE Président de la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement de Centres Hospitaliers Spécialisés en Psychiatrie Laurent BEAUMONT Président de l'Association Nationale des Responsables Qualité en PSYchiatrie (ANRQPSY) Sadek BELOUCIF Président du Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Pharmaciens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics (SNAM – HP) Clémence BIED Présidente de la Fédération Française de Soins Psychiatriques Intensifs (2FSPI) Rachel BOCHER Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens d'exercice Hospitalier et hospitalo-universitaire (INPH) Olivier BONNOT et Mircea POLOSAN Président et Vice-président du CNUP - Choisir Psychiatrie Stéphane BOURCET Vice-président de l'Intersyndicale de la Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP) Béatrice CARTON Présidente de l'Association des Professionnels de Santé exerçant en Prison (APSEP) Marie-José CORTES Présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) Claude FINKELSTEIN Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY) Dominique FRIARD ISP, Superviseur d'équipes, Co-président de Soins Etudes et Recherches en Psychiatrie (Serpsy) Pascale GIRAVALLI Présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP).

ANNEXE II

Le questionnaire ci-dessous est soumis aux personnes auditionnées. Il n'y sera répondu que succinctement, et sur les points qui n'auraient pas été abordés dans les considérations ci-dessus.

SÉNAT

Paris, le 23 avril 2026

Proposition de loi visant à renforcer la sécurité, la rétention administrative et la prévention des risques d'attentat

Audition des représentants des psychiatres

Questionnaire de M. Hervé Reynaud

COMMISSION DES LOIS

LE RAPPORTEUR

Une réponse écrite est souhaitée d'ici le 6 mai 2026.

(a.sanchez@senat.fr ; v.lespinard@senat.fr ; secretaires.lois@senat.fr)

Article 1er : l'injonction d'examen psychiatrique

1. Existe-t-il des dispositifs similaires pour prévenir la commission d'autres infractions ? Avez-vous connaissance de pays étrangers ayant introduit un tel dispositif (pour la prévention du terrorisme ou d'autres infractions) ?

Réponse.

La psychiatrie n'a pas pour mission de prévenir les infractions. Elle a une mission thérapeutique et dans le cadre de cette mission, elle peut concourir à éviter de possibles infractions. Il faut cantonner cette discipline médicale au droit commun qui la régit déjà (loi de 2011 et code de la santé publique).

Pas de connaissances particulières sur des dispositifs identiques à la PPL dans les pays étrangers, mais la tendance est parfois fréquente chez le législateur de prendre modèle sur des dispositifs étrangers. S'il est toujours opportun d'avoir la curiosité d'autres fonctionnements, il est souvent difficile de les importer, car les organisations de chaque pays ne permettent pas toujours des transpositions à l'identique.

2. L'objectif poursuivi par ce dispositif n'est-il pas déjà couvert par le droit existant (hospitalisation sans consentement à la demande du préfet par exemple) ?

Réponse

Les considérations ci-dessus ont démontré que le droit existant permet d'approcher l'objectif.

3. Comment le préfet identifiera-t-il les personnes pouvant faire

l'objet d'une injonction d'examen psychiatrique ?

Réponse

Il faut renoncer à l'injonction d'examen psychiatrique.

4. Le dispositif proposé prévoit que l'injonction pourra être délivrée par le préfet à condition que **des troubles mentaux aient été identifiés au préalable par l'avis d'un psychiatre**.

   - Quand interviendra cet avis du psychiatre ? Selon quelles modalités ?

     Réponse

     Cf. considérations

   - Quel est l'intérêt de l'injonction d'examen psychiatrique à l'égard d'une personne déjà suivie pour des troubles mentaux ?

     Réponse

     Aucun. Voire contre-productif, car si la personne a réussi à faire confiance à des soignants en psychiatrie, le soumettre à un examen voulu par des autorités pouvant être considérées comme hostiles par l'intéressé pourrait conduire à une rupture thérapeutique.

   - *A contrario*, quel serait l'intérêt de ce dispositif pour une personne radicalisée et souffrant de troubles mentaux, mais n'ayant jamais été suivis par un psychiatre ?

     Difficile d'avoir un avis sur cet intérêt, car ce seront probablement des soins délicats à instaurer en premier temps, avant de pouvoir en évaluer l'efficacité.

5. Au global, le dispositif de l'injonction d'examen psychiatrique vous semble-t-il conforme aux exigences constitutionnelles applicables ? Des garanties supplémentaires devraient-elles être apportées ?

Réponse.

Ce sera au Conseil constitutionnel de porter cette appréciation. Remarquons uniquement que dans l'esprit du rapporteur de la loi, les premières rédactions ont fait l'objet de censure du Conseil d'État ce qui a conduit au renoncement à l'admission provisoire à l'hôpital dans l'attente de l'injonction d'examen (considérants 20,21 22) . Dans le cas présent si aucun trouble à l'ordre public n'est constaté, pas de SDRE possible. De nombreuses personnes présentent des troubles psychiatriques, traités ou non, qui peuvent continuer à vivre sans être hospitalisées et sans manifester de dangerosité psychiatrique pour elle-même ou pour autrui.

Questions finales

6. Avez-vous des remarques à formuler sur les autres dispositions du texte ?

Réponse

Pas de développement sur la rétention de sûreté, amplement critiquée au moment de son instauration en 2008 [7], [8]. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a publié un avis en novembre 2015 très critique sur ce dispositif [9]. Aucune évaluation par les Pouvoirs publics de la rétention de sûreté. Dans ces conditions que peut-on attendre de son extension aux personnes condamnées pour terrorisme ?

Que ce soit pour l'article 1 ou pour la rétention de sûreté, l'esprit de ces dispositifs va plus loin que le film Minority report cité lors des débats à l'Assemblée nationale. Dans ce film, il faut arrêter les personnes dont on est certain qu'ils vont commettre un crime dans l'avenir. Dans la PPL, les personnes à examiner présentent une menace grave, mais sans la certitude d'un passage à l'acte. Jusqu'où doit-on aller pour se rassurer ?[10].

ANNEXE III



Paris, le 28 avril 2026

NON A L'AMALGAME !

LA RADICALISATION N'EST PAS UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE !

Les psychiatres pourraient-ils refuser sans fondement sérieux la proposition de loi Rodwell et en particulier l'article 1 qui instaure « l'injonction d'examen psychiatrique » ? Nouveau droit accordé au Préfet d'ordonner une hospitalisation contrainte pour permettre sa réalisation, dans les services de psychiatrie, en cas de refus du suspect de radicalisation !

Les psychiatres connaissent leurs limites et ne confondent pas la dangerosité psychiatrique qui certes existe, et dont il faut rappeler qu'elle est rare, et la dangerosité criminologique qui n'est pas de leur champ.
D'ailleurs le concept de dangerosité est flou, y compris sur le plan juridique.

L'équilibre est difficile à trouver entre respect des libertés individuelles et sécurité collective, et la psychiatrie joue déjà un rôle dans ce domaine en accueillant, en soignant, en offrant des espaces de réhabilitation, en assurant le suivi au long cours des patients, en se déployant jusqu'en milieu pénitentiaire dans des structures bondées.

Les psychiatres, les professionnels de la psychiatrie, les équipes, sont concernés par tous les publics sans exception, y compris ceux ayant commis des infractions ou susceptibles d'en commettre.

Il serait temps de cesser de faire circuler des idées fausses, comme celles d'une psychiatrie qui serait en capacité de détecter un risque terroriste, de prévenir un acte terroriste, à l'issue d'un simple examen en cabinet - c'est à dire en consultation - ou à l'hôpital. Il existe déjà des

dispositifs spécifiques et multidisciplinaires, plus étoffés, et composés de professionnels expérimentés et volontaires.
Cette proposition soulève une opposition absolue, elle malmène tout à la fois les suspects, les patients hospitalisés en psychiatrie et les professionnels de la psychiatrie.
Il n'est pas anodin d'être hospitalisé en psychiatrie, de l'être parfois sous la contrainte, retenu et privé de certaines libertés.

Il n'est pas anodin d'ajouter aux patients hospitalisés en psychiatrie, déjà fragilisés par leurs propres troubles mentaux, une proximité avec des individus potentiellement radicalisés ou terroristes, admis pour une évaluation et non pour recevoir des soins. D'autant que la loi ne se préoccupe pas du devenir de ces personnes qui, lorsqu'ils seront identifiés malades, resteraient néanmoins dans l'obligation de quitter le territoire - il n'est plus question de suivi pour ceux-là.
Il n'est pas indifférent de faire porter aux psychiatres hospitaliers – à tout psychiatre hospitalier, une responsabilité dans la prévention des actes terroristes, responsabilité qui n'est pas la sienne : il n'est pas compétent dans ce domaine.

Car comment travailler sereinement alors que nous savons tous que le risque zéro est une gageure. Et qu'invariablement, les regards judiciaires, médiatiques, politiques ne manqueront pas de se tourner vers nous en cas de commission d'infraction grave après une sortie d'établissement, même si celle-ci est lointaine ?

Cette proposition de loi est soutenue par le seul Ministre de l'Intérieur, rappelons qu'il n'est pas notre Ministre de tutelle et remarquons que nous n'avons pas entendu la Ministre de la Santé.

Cette proposition de loi opère un rapprochement de la psychiatrie avec le terrorisme qui est criminel, et avec la radicalité qui est idéologique. Ceci dans un contexte social inflammable où des peurs multiples sont agitées.

Elle embarque malgré lui le psychiatre, souvent un hospitalier. C'est lui qui sera contraint d'examiner l'individu et de se prononcer, engageant sa responsabilité, qu'il préconise la poursuite du séjour contraint, restrictive de liberté, ou qu'il sollicite l'accord préfectoral, pour une sortie définitive de l'établissement.

S'il apparait d'après les votes à l'Assemblée Nationale que l'article 1 est clivant sur le plan politique, il ne s'agit pourtant pas de soutenir un camp contre un autre.

Ne perdons pas de vue la complexité de la tâche du psychiatre qui accomplit un travail d'équilibriste, ni de droite ni de gauche, et qui ne veut pas servir d'instrument partisan.

Mesdames et Messieurs les élus, laissez-nous nous consacrer à nos missions centrées sur le soin, elles sont nombreuses, et merci d'abandonner l'implication du monde psychiatrique dans votre projet !

Gabrielle ALLIO
Présidente du Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP)

François APPAVOUPOULLE
Président de la Conférence nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement de Centres Hospitaliers Spécialisés en Psychiatrie

Laurent BEAUMONT
Président de l'Association Nationale des Responsables Qualité en PSYchiatrie (ANRQPSY)

Sadek BELOUCIF
Président du Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Pharmaciens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics (SNAM – HP) et Alliance - Hôpital

Clémence BIED
Présidente de la Fédération Française de Soins Psychiatriques Intensifs (2FSPI)

Rachel BOCHER
Présidente de l'Intersyndicat National des Praticiens d'exercice Hospitalier et hospitalo-universitaire (INPH)

Anne BOCTOR
Présidente de Jeunes Médecins

Olivier BONNOT et Mircea POLOSAN
Président et Vice-président du CNUP - Choisir Psychiatrie

Olivier BONNOT et Raphaëlle RICHIERI
Président et Vice-présidente du Syndicat des Universitaires de Psychiatrie (SUP)

Eric BRANGER
Président de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH)

Jean-François CIBIEN
Président d'Avenir Hospitalier

Marie-José CORTES
Présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)

Manuella DE LUCA
Présidente de l'Evolution psychiatrique

Bruno FALISSARD
Président de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines Associées (SFPEADA)

Claude FINKELSTEIN
Présidente de la Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie (FNAPSY)

Dominique FRIARD
ISP, Superviseur d'équipes, Co-président de Soins Etudes et Recherches en Psychiatrie (Serpsy)

Pascale GIRAVALLI
Présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (ASPMP)

Michel JURUS
Président de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP)

Jean-Paul LANQUETIN
Président d'honneur de l'Association pour le Développement de la Recherche en soins en Psychiatrie (ADRPsy)

Christophe LIBERT
Président de l'Association des Psychiatres Infanto-juvéniles de secteur sanitaire et médico-social (API)

Pascal MARIOTTI
Président de l'Association des Établissements du service public de Santé Mentale (AdESM)

Maxime MORIN
Secrétaire Général

Maeva MUSSO & Boris NICOLLE
Présidente et Vice-Président de l'Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues (AJPJA)

Emilie OLIE
Présidente de l'Association Française de Psychiatrie Biologique et de Neuropsychopharmacologie (AFPBN)

François PACAUD
Président de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP)

Sylvie PERON
Psychiatre

Annick PERRIN-NIQUET
Présidente du Comité d'Etudes des Formations Infirmières et des Pratiques en Psychiatrie (CEFI-Psy)

Marie-Noëlle PETIT
Présidente de l'Association Nationale des Psychiatres Présidents et Vice-Présidents de Commissions Médicales d'Etablissements des Centres Hospitaliers (ANPCME)

Charles-Olivier PONS
Président de l'Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)

Yves REBUFAT
Président d'Action Praticiens Hôpital (APH)

Jean-Louis SENON
Professeur émérite de psychiatrie

Norbert SKURNIK
Président par intérim de l'Intersyndicale de la Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)

Norbert SKURNIK
Président de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH)

Olivier TELLIER
Président de l'Association Française des Unités pour Malades Difficiles (UMD)

ADDENDA APRES AUDITION

Deux points sont à souligner :

1. Durant l'audition, il a été rappelé que l'article 1 n'était pas acceptable, à la fois pour des questions de fond - confusion terrorisme/psychiatrie – et à la fois pour des raisons pratiques avec un manque de moyens pour l'appliquer et une complexité de la procédure.

Il a été rappelé qu'il existe d'ores et déjà des possibilités pour répondre partiellement à l'objectif de la PPL : l'examen psychiatrique en garde à vue.

Confronté à une menace terroriste, un placement en garde à vue de l'intéressé est possible avec demande d'un examen psychiatrique qui doit déterminer si l'intéressé présente des troubles psychiatriques et quelles modalités de soin y répondent. Cet examen, de type expertal, ne peut pas valoir en tant que certificat permettant la décision du préfet.

Si l'examen conclue à des soins sur décision du représentant de l'Etat, un deuxième examen devra être fait par un autre médecin, mais que ne devra pas être un psychiatre de l'hôpital où la personne sera hospitalisée, selon les dispositions du droit commun (loi 2011).

2. La Fédération française de psychiatrie a conclu son rapport de 2020 (p. 68) [1] par quatre recommandations (cf. tableau ci-dessous). Il est regrettable que les pouvoirs publics n'y aient pas donné suite sauf pour la première recommandation qui a été assurée par la Fédération (formation). Elles auraient pu éviter cette proposition de loi issue d'un très regrettable manque de concertation avec les représentants de la profession.

Recommandations

a) Mise en place d'une formation

Les données qui servent à l'établissement de ce rapport peuvent servir de base pour l'organisation d'une formation destinée aux personnels de santé mentale qui l'estimeraient nécessaires mais aussi, et peut être surtout, à destination de tous ceux qui sont amenés à se poser la question des rapports entre Radicalisation et Psychiatrie sans bien connaitre la psychiatrie.

b) Soutien à la recherche

À côté des recherches qui se poursuivent dans chacune des disciplines concernées, il parait recommandable de préconiser un soutien spécifique sur les rapports entre la Radicalisation et la Psychiatrie notamment dans des perspectives nosographiques, cognitives et psychopathologiques, en milieu ouvert comme en prison. Cet effort de recherche devra être soutenu matériellement. Mais il devra également pouvoir s'appuyer sur des orientations claires en termes d'appels à candidatures et de cahiers des charges : à cet égard, sera en particulier nécessaire d'exiger des travaux candidats qu'ils ne s'en tiennent pas à une définition générique des dimensions qu'ils étudieront, mais s'attacheront au contraire à donner une définition opérationnelle précise aux composantes qu'ils mettront en relation.

c) Études de cas

Dans le cadre de la recherche ou de façon plus pratique, il serait utile de mettre en place un groupe de travail réunissant les conditions de confidentialité pour réaliser des analyses les plus exhaustives possible des parcours de cas des radicalisés les plus graves, sur la base des documents réunis tout au

long de leur évolution (avant et après leur radicalisation dans ses différentes phases). L'objectif serait de réunir autant que possible un ensemble de données permettant d'étudier sur dossier les points d'inflexion dans ces parcours et notamment la transition vers la radicalisation et éventuellement le processus conduisant au passage à l'acte.

d) Veille documentaire

Il serait surement utile qu'elle puisse se poursuivre sous une forme ou une autre en articulation avec le CIPDR ou le ministère de la Santé, sauf si la mobilisation dans le cadre de la recherche académique permet de remplir cette fonction.