



Conférence de consensus de prévention de la récidive

Contribution de :

ASPMP

Janvier 2013

<http://conference-consensus.justice.gouv.fr>

Remarques de l'ASPMP à l'occasion de la préparation de la conférence de consensus de prévention de la récidive

Audition du mercredi 24 octobre 2012

Dr Catherine **PAULET**
Psychiatre des Hôpitaux
SMPR de Marseille
Présidente d'honneur de l'ASPMP

Dr Michel **DAVID**
Psychiatre des Hôpitaux
DSP Maison d'arrêt de Coutances
Président de l'ASPMP

Dr Cyrille **CANETTI**
Psychiatre des Hôpitaux
SMPR de la Santé
Vice-Président de l'ASPMP



aspmp.contact@gmail.com

L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.

AVANT-PROPOS

Pour quels motifs l'ASPMP a souhaité être auditionnée :

Pour souligner 2 éléments de contexte délétères :

- La **psychiatisation abusive des maux de la société** et de la condition humaine (par exemple l'activation des cellules médico-psychologiques pour des drames qui relèveraient de manifestations de solidarité)
- L'application du **principe de précaution** aux individus qui devient dès lors présomption de dangerosité (dont le point d'orgue a été la loi de février 2008 sur la rétention de sûreté)

Pour exhorter collectivement :

- A stopper la course législative folle de ces dernières années
- A apaiser les esprits
- A insister non plus sur la récidive (par définition aléatoire) mais sur la réinsertion (nettement plus tangible)
- A retrouver la raison, celle de la complexité de la condition humaine et de l'humilité qui en découle
- A nous garder de la déraison mégalomane des nouveaux devins, les criminologues autoproclamés, promoteurs d'une science de la prédiction (« science » actuarielle et imagerie fonctionnelle)

1. L'état des connaissances sur la prévention de la récidive vous paraît-il suffisant ?

Si oui, que pensez-vous de la manière dont ces connaissances sont diffusées/ utilisées dans votre milieu professionnel ou associatif ?

Si non, que préconisez-vous pour améliorer les connaissances et pour assurer leur diffusion/ utilisation ?

La notion de récidive dans son acception juridique est complexe. Les écarts entre les chiffres et les analyses du ministère de la Justice, des médias, du corps politique ou ceux de chercheurs rigoureux : P.V. Tournier¹, A. Kensey², G. Chantraine³, B. Harcourt⁴ sont très importants. La simplification est souvent de rigueur et les débordements passionnels presque la règle. Lorsque le sujet est étudié dans le détail et de manière scientifique, la perception du phénomène devient complexe.

Si l'on quitte l'appréhension globale du concept juridique pour étudier la récidive en fonction de chaque catégorie d'infractions, les difficultés se diffractent et rendent l'approche toute aussi délicate. D'autant plus qu'il ne s'agit pas seulement de quantifier les types de récidives mais de les corrélérer à de nombreux autres facteurs (sociologiques, psychologiques, juridiques, pénitentiaires etc.).

Le terme de récidive dans le champ médical est ordinairement associé à une pathologie somatique : **récidive cancéreuse** après une période de rémission par exemple. En règle générale, on parle plutôt de **re-**

chute : épisode pathologique de même nature se répétant à intervalles plus ou moins réguliers (exemple des troubles bipolaires).

On voit bien ainsi que la récidive dans son acception juridique (nouvelle infraction pénale) n'entre pas dans le champ conceptuel médical.

Il arrive qu'un épisode pathologique soit à l'origine d'une infraction pénale et que le traitement de cet épisode rende plus improbable la récidive délinquante. En ce sens, le soin sera un facteur de protection, peut-être et **de surcroît**, contre une éventuelle récidive délinquante. D'aucune manière (comme les lois de ces sept dernières années l'ont laissé supposer), il n'y a de lien de causalité linéaire entre pathologie (singulièrement mentale) et commission d'une infraction pénale (« Pour faire ça, il faut être malade » disait la « voix politique ») ou entre soin et prévention de la récidive délinquante.

Si la récidive est un phénomène complexe, il va de soi que la prévention de la récidive l'est tout autant. L'état des connaissances sur ce sujet découle de celles des facteurs diminuant ou aggravant la récidive (cf. question suivante).

2. De quels éléments d'information disposez-vous sur les facteurs qui diminuent le risque de récidive ou au contraire l'aggravent ? (facteurs personnels, familiaux, économiques, sociaux, géographiques, psychologiques, psychiatriques, sanitaires, impact des addictions... en distinguant suivant le type et la gravité des infractions)

La transgression de la loi est consubstantielle à la condition humaine comme le relatent les mythes fondateurs de l'humanité. C'est un fait anthropologique et une donnée culturelle. La répétition de cette transgression l'est tout autant d'où l'impossibilité de la délinquance zéro, qu'elle soit initiale ou récurrente.

Est-il bien utile de dire que le contexte sociologique intervient sur la commission des infractions ? Evidemment, la précarité contribue à certains actes de délinquance mais l'opulence le permet tout autant (un SDF n'a pas les mêmes opportunités de délinquance qu'un trader...).

Est-il utile aussi de détailler l'impact de différents facteurs sur chaque type de délinquance ? La précarité peut inciter au vol aux scénarii peu élaborés, le goût du lucre chez des affairistes aux escroqueries complexes, l'alcool et les toxiques aux violences physiques, la misère affective parfois à des agressions sexuelles. Et le tout peut se cumuler. Le malade mental en rupture de traitement, désocialisé, sans domicile, célibataire, sans emploi ou sans aides sociales et prenant des toxiques n'est pas en situation favorable pour ne pas commettre d'infractions. L'étude savante (bavarde) de tous ces facteurs, d'une évidence basique, peut prendre la forme pseudo-scientifique des échelles actuarielles, voire de la neuro-imagerie. Nous savons donc tous ce qui favorise ou diminue la récidive ou le premier acte délinquant.

3. Quelles sont selon vous :

- **Les schémas d'orientation des procédures au niveau du procureur de la République**
- **Les types de sanction**
- **Et/ou les pratiques professionnelles qui sont les plus à même de favoriser la prévention de la récidive ?**
- **Précisez sur quels éléments d'évaluation scientifique ou empirique vous vous fondez.**
- **Quels freins, d'ordre juridique ou pratique observez-vous à leur mise en place ?**

Si les deux premières questions ne relèvent pas directement de notre champ professionnel, elles impactent toutefois le devenir de certaines personnes.

Les **comparutions immédiates** sans expertise psychiatrique alors que des problématiques psychopathologiques semblent évidentes vont orienter en prison des justiciables qui nécessiteraient des soins, Il existe en outre un risque d'aggravation de la symptomatologie psychiatrique sans oublier que les personnes souffrant de troubles mentaux sont souvent plus vulnérables et peuvent souffrir du contexte difficile et violent du monde carcéral (les malades mentaux sont 7 à 17 fois plus souvent victimes de violences que la population générale).

La prise en compte de **l'altération du discernement** comme un facteur aggravant conduisant à des peines plus lourdes est également un problème que le législateur a tenté en vain ces deux dernières années de résoudre^{5,6}. Il est urgent de remédier à ces deux difficultés.

Les aménagements de peine, dont la **libération conditionnelle**, représentent des outils efficaces, bien connus et suffisamment argumentés pour être plus largement utilisés. Ils facilitent la réinsertion en permettant d'anticiper la libération et en facilitant l'articulation avec les services de soins en milieu ouvert.

Si l'on considère que les soins peuvent contribuer à la prévention de la récidive, encore faut-il que les professionnels du soin puissent exercer leur métier de manière satisfaisante. Il est de nouveau de peu d'utilité de préciser que l'exercice de la psychiatrie publique est signalé comme médiocrement satisfaisant, aussi bien aux dires des professionnels que des pouvoirs publics (et sans oublier les usagers), nécessitant une approche approfondie pour proposer des réformes globales, satisfaisantes et durables, comme l'ont proposé de nombreux rapports publics^{7,8} ou l'ont souligné les parlementaires à l'occasion de la noria de lois votées ces dix dernières années où la place de la psychiatrie a pu être évoquée. Il faut insister aussi sur le fait qu'il existe une tendance forte de la société à psychiatriser la criminalité et inversement⁹. La psychiatrie a pour objet de soigner la maladie mentale et non tous les troubles de la personnalité ou tous les comportements jugés déviants par rapport à une norme sociale. La psychiatrisation extensive conduit à « imposer » des modalités de prise en charge de type psychothérapeutique à des personnes qui n'ont pas les ressources psychiques pour s'y engager (et on ne peut le leur reprocher). Il en est ainsi du caractère systématique de l'incitation aux soins (transformée en quasi obligation de soins avec l'injonction de soins encourue qui fait l'économie

d'une expertise psychiatrique) avec l'idée sous-jacente d'un soin sous forme de thérapies pour limiter les risques de récidive (art. 721-1 CPP), qui n'existent dans aucun traité de médecine, mais qui seraient considérées pourtant comme des gages d'efforts sérieux de réadaptation sociale (art. 721-1 CPP), entrepris avec un consentement qui ne peut être considéré comme libre (absence de contraintes) et éclairé (précédé d'une information loyale, claire et appropriée¹ à l'état de la personne soignée – art. R4127-35 code de la santé publique) au sens des juristes.

En effet, en l'absence de soins, les remises de peines supplémentaires et les aménagements de peine sont refusés. Pourtant la commission d'audition de l'audition publique sur la prise en charge de la psychopathie faisait en 2006 la recommandation suivante : « *La commission d'audition se montre en revanche réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison* »¹⁰. Il faut en rester aux principes initiaux de la loi du 17 juin 1998 qui prévoyait une incitation par le juge d'application des peines à débiter des soins mais sans les conditionner à des remises de peine. Les soins obligés représentés par l'injonction de soins encourue qui fait fi de l'expertise psychiatrique devant poser l'indication de soins - pourtant une avancée de la loi de 1998 par rapport à l'obligation de soins - connaissent une extension incessante encombrant les services de soins, pour des demandes souvent factices et incomprises au détriment de la disponibilité des soignants pour des actes thérapeutiques vraiment utiles. Les dispositions de la loi de programmation de l'exécution des peines du 27 mars 2012 et sa circulaire d'application du 14 mai 2012¹¹ poursuivent une logique autre que sanitaire en demandant que le **thérapeute atteste du suivi régulier ou non du traitement « proposé » par le juge d'application des peines**, sans tenir compte des pratiques professionnelles relatives aux modalités d'un suivi (notamment psychothérapeutiques). Il n'y a en fait pas lieu de s'étonner que les règles du soin ne soient pas respectées puisqu'il s'agit d'un traitement **proposé** par un magistrat.

Si certaines améliorations de l'exercice psychiatrique sont dépendantes du contexte économique, d'autres ne le sont pas. Les soins en prison, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques, doivent suivre les mêmes règles que celles du milieu ouvert. Les atteintes à **l'indépendance professionnelle** des médecins, au **secret professionnel**, telles qu'elles peuvent s'exprimer avec les commissions pluridisciplinaires uniques (CPU) ou le cahier électronique de liaison (CEL) sont des indicateurs forts du détournement des missions des soignants au profit de fonctions de contrôle social et d'aide à la gestion de la vie pénitentiaire.

Il conviendrait aussi de se souvenir des recommandations des précédentes conférences de consensus. Ainsi de celles relatives à la prise en charge des troubles de la personnalité de type psychopatique (cité où il était relevé qu'il ne fallait pas lier remises de peine et soins¹⁰. Il peut être intéressant d'inciter aux soins mais pas d'obliger aux soins en prison. Cette recommandation non seulement n'a pas été suivie d'effet mais la réglementation est allée à l'opposé de l'avis de la conférence.

L'expertise psychiatrique représente une pratique professionnelle importante dans le champ qui nous intéresse¹² et qui a déjà fait l'objet d'une audition publique¹³. Les pouvoirs publics devront prendre en con-

¹ La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des usagers impose une obligation d'information des médecins envers les patients. Comment expliquer une thérapie qui n'existe pas ? Dans un temps où la rigueur inhérente aux dispositifs thérapeutiques (médicaments, modalités psychothérapeutiques, etc.) devient de plus en plus exigeante, afin d'apporter une sécurité sanitaire et une efficacité thérapeutique à l'utilisateur comment expliquer l'introduction dans la loi de méthodes qui n'existent pas ? Quel est le fameux « service médical rendu » d'une thérapie non validée ?

sidération, et les résoudre, les complexités administratives et réglementaires interminables auxquelles sont confrontées les experts si l'on veut enrayer leur chute démographique (En quelques années, le nombre des experts psychiatres près les cours d'appel est passé de 800 à 500). Mais la question essentielle que doit se poser la profession concerne la limite du champ de l'expertise psychiatrique. Si un consensus est certain sur la compétence des experts pour poser un diagnostic psychiatrique et établir ou non un lien de causalité avec l'infraction (supposée¹) commise ; en revanche, aucun consensus professionnel n'existe en ce qui concerne toutes les questions liées à la prédictivité, notamment en matière de risque de récidive du fait d'une **dangerosité avérée**. Une analyse des missions d'expertises montre une extension des questions posées aux experts qui est plus révélatrice des angoisses de la société et des juges que du réel savoir des psychiatres¹⁴. On rejoint ici la remarque de l'avant-propos relative à l'humilité dont doit faire preuve le psychiatre face à la complexité du psychisme humain.

Pour améliorer les connaissances psychiatriques, il sera important que la profession se saisisse de la question des indications des injonctions et obligations de soins, sur les formes du consentement² aux soins et des modalités de leur application (par exemple, la conduite à tenir quand un expert psychiatre pose l'indication d'une injonction de soin, que le condamné la refuse et/ou que le psychiatre ou le psychologue traitant ne confirme pas la proposition de l'expert).

4. Quels sont, dans votre milieu professionnel ou associatif les points qui font consensus sur les facteurs de risque ou de protection, s'agissant de la récidive ?

Quelles sont les bonnes pratiques professionnelles que vous avez mises en place afin de prévenir la récidive ?

Quels sont les points dans vos pratiques professionnelles qui vous paraissent perfectibles ?

Les points qui font consensus sont ceux déjà cités *supra*, c'est à dire le principe de pouvoir appliquer le plus correctement possibles les **règles de bon usage des pratiques professionnelles** (à défaut, les missions des soignants inscrites dans la loi de 1994 pourraient être remise en cause par priorité donnée au « traitement de la dangerosité »¹⁵) et de s'assurer que le contexte existentiel de la personne délinquante requiert le minimum vital indispensable : que va faire un sortant de prison sans famille, sans logement, sans travail et en fragilité psychologique ?

¹ L'expertise présentencielle se tient dans un cadre de présomption de culpabilité. Survenant très tôt dans l'instruction, voire avant celle-ci, en garde-à-vue, elle a à se prononcer sur le lien de causalité entre l'état mental et les faits alors que ceux-ci peuvent ne pas avoir encore été établis. Il conviendrait de mener une expertise en deux temps : au plus près des faits en se prononçant sur l'état mental ; à distance, une fois les faits établis, sur leur lien de causalité avec l'état mental. Quelle crédibilité peut avoir l'expertise si elle établit ce lien alors que par la suite l'infraction ne peut être imputée à la personne expertisée ?

² La question du consentement est très actuelle en psychiatrie, notamment avec la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et ses réformes possibles sous l'angle des droits des usagers, et la manière de l'aborder dans les certificats prévus en application de la loi au cours des soins sans consentement.

La pertinence et l'efficacité de deux dispositifs de soin intégrés au secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont susceptibles d'être également interrogés.

Les **unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)** permettent d'hospitaliser les personnes détenues avec ou sans leur consentement. Elles ont été créées pour améliorer l'accueil et le traitement en hospitalisation à temps complet des personnes détenues, en réponse notamment à une réticence de plus en plus grande des secteurs de psychiatrie générale à les accueillir en hospitalisation d'office. Le risque majeur est qu'elles contribuent à créer une filière ségrégative. Dès maintenant, des praticiens exerçant en UHSA relèvent les difficultés qu'ils rencontrent à organiser le parcours de soins de leurs patients lors de la levée d'écrou, les secteurs de psychiatrie générale continuant à se montrer réticents à prendre en charge des patients qui se voient ajouter à l'étiquette d'ex-détenus celle d'anciens patients d'UHSA. L'UHSA devient ainsi un facteur limitant la réinsertion. La loi du 5 juillet 2011 réformant les modalités de soins en psychiatrie crée elle-même des sources de discrimination pour les personnes détenues¹⁸. Pour toutes ces raisons il est impératif qu'avant la décision de lancement de la deuxième tranche d'UHSA, l'intérêt thérapeutique de cet outil hospitalier dispendieux soit évalué de manière attentive.

Les **consultations post-pénales plus justement nommées post-carcérales** sont pour les uns un pas de plus vers la filière ségrégative ; pour d'autres, elles aident à la réinsertion. Elles peuvent permettre de recevoir les familles pendant l'incarcération de leurs proches. L'appui des familles ou de l'entourage est essentiel pour favoriser la réinsertion. On sait l'importance des ruptures sociales et familiales qu'engendre la prison. Ces consultations peuvent aussi permettre un relais lors de la libération quand pour de multiples raisons la sortie n'a pu être anticipée de manière satisfaisante et qu'il convient d'éviter les ruptures thérapeutiques et de favoriser les articulations avec les services de soin en milieu ouvert.

Les consultations post-carcérales devraient se conformer *stricto sensu* à la définition qui en fut donnée lors de l'audition publique sur la prise en charge de la psychopathie en 2005¹⁰ : « ...de développer les consultations post-pénales organisées par les équipes de soins du milieu pénitentiaire afin de permettre une transition avec la prise en charge en milieu ouvert dans la perspective d'un passage de relais (et non de la constitution d'une filière spécifique) ».

5. Quelles sont, selon vous, les réformes juridiques ou organisationnelles (ex : réponses pénales, programmes, ressources, organisation du travail, formations, partenariats) susceptibles d'améliorer l'efficacité des réponses pénales en termes de prévention de la récidive ? Parmi celles-ci, laquelle vous semble la plus importante ?

1. Favoriser autant que faire se peut les alternatives à l'incarcération et réserver l'incarcération aux situations les plus graves.

2. Avoir des procédures judiciaires « moins expéditives » afin de prendre en considération avant l'incarcération l'état psychopathologique éventuel d'une personne, d'où l'importance de l'expertise psychiatrique et d'une évolution de la législation (altération du discernement et diminution du quantum de la peine ; comparution immédiate).
3. Réexaminer de manière approfondie :
 - a. les objectifs et les limites des expertises psychiatriques et psychologiques : recentrement sur l'expertise de diagnostic d'une pathologie et de description d'une personnalité
 - b. le concept fourre-tout de dangerosité à l'origine de mésusages (principe de précaution qui, appliqué à l'individu, devient présomption de dangerosité)
4. Améliorer les conditions de vie carcérale.
5. Pas d'obligations directes ou indirectes de soins en prison.
6. Attester des soins selon les règles de la pratique médicale.
7. Respect de l'indépendance professionnelle des médecins en milieu pénitentiaire.
8. Respect de la confidentialité et de l'intimité des soins (secret médical).
9. Prendre en considération les caractéristiques du milieu pénitentiaire, comme facteur limitant ne permettant pas d'organiser les soins sur des modalités parfaitement similaires à celles du milieu ouvert tout en respectant strictement les principes fondamentaux cités *supra*.
10. Evaluer quantitativement et qualitativement les dispositifs d'obligations et d'injonctions de soins.
11. Articuler au plus près le dispositif de soins psychiatriques en prison avec le dispositif de soins psychiatriques en milieu ouvert : une organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire refermée sur elle-même prend le risque de créer, puis de consolider une filière ségrégative. Il faut favoriser un parcours de soin le plus « intégratif » possible.
12. Inciter fortement le secteur de psychiatrie générale à prendre en charge les malades mentaux en situation de précarité sociale (tout en sachant que de nombreuses unités psychiatriques d'hospitalisation sont en difficulté pour trouver des solutions d'hébergement et que des lits de soins actifs sont occupés « inadéquatement » par manque de structures d'aval).
13. La réflexion d'ensemble de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues qui en relèvent doit s'articuler avec une réflexion globale sur l'organisation de la psychiatrie qui ne doit pas se limiter à une simple révision de la loi du 5 juillet 2011, porteuse en-elle-même, malgré l'introduction du juge, nécessaire pour le contrôle des libertés, de mécanismes d'exclusion.

BIBLIOGRAPHIE

-
- ¹ Tournier P.V., *Dictionnaire de démographie pénale. Des outils pour arpenter le champ pénal*. L'Harmattan, 2011.
- ² Kensey A & Benaouda A., Les risques de récidive des sortants de prison. Une nouvelle évaluation, *Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques*, mai 2011, n°36.
- ³ Chantraine G., *Par-delà les murs*, Paris, PUF, 2004, 268 p.
- ⁴ Harcourt B. *Surveiller et punir à l'âge actuariel* in *Déviante et Société* 2011/2 volume 35 aux éditions Médecine et Hygiène.
- ⁵ **Sénat**, Proposition de loi relative à l'atténuation de responsabilité pénale applicable aux personnes atteintes d'un trouble mental ayant altéré son discernement au moment des faits, Sénat, 12 janvier 2010.
- ⁶ Loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines.
- ⁷ Couty R., Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, janvier 2009.
- ⁸ Milon R., *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2009.
- ⁹ Renneville M. *Crime et folie, deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires*. Paris : Fayard, 2003.
- ¹⁰ Ministère de la Santé et des Solidarités, *Audition publique relative à la Prise en charge de la psychopathie*, 15 et 16 décembre 2005, Paris, Recommandations de la commission d'audition Mai 2006 (version longue).
- ¹¹ Circulaire n° CRIM 2012-13/E8-14.05.2012, *Première présentation des dispositions de droit pénal et de procédure pénale de la loi n°2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines*.
- ¹² David M., *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, 2006.
- ¹³ Audition publique relative à l'Expertise psychiatrique pénale, 25 et 26 janvier 2007, Ministère de la Santé et des Solidarités, Paris, Recommandations de la commission d'audition : Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du parquet dans l'enquête préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre ?
- ¹⁴ Foucault M. L'angoisse de juger, *Dits et Ecrits*, tome II, texte n°205 (1977), Quarto Gallimard 2001
- ¹⁵ David M, Paulet C, Laurencin G, Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 1994 pourrait-elle être remise en cause par l'essor de la préoccupation sécuritaire et de l'évaluation de la dangerosité. *L'Information psychiatrique* 2012 ; 88 : 605-15 doi : 10.1684/ipe.2012.0967.
- ¹⁸ ASPMP. *La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et ses réformes possibles sous l'angle des droits des usagers*. Contribution pour le séminaire du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Paris, 6 septembre 2012. aspmp.contact@gmail.com.