



**CONFERENCE DE CONSENSUS
SUR LA PREVENTION DE LA RECIDIVE**

THEMATIQUE DES SOINS EN PRISON ET HORS LES MURS

I - PREAMBULE : à propos des paradigmes à l'œuvre dans nos sociétés contemporaines

1 - L'aversion au risque et l'extension des protections

On constate la prolifération contemporaine d'une aversion au risque qui fait que l'individu ne peut jamais se sentir totalement en sécurité. La quête de protection « laisse toujours filtrer le danger » et « la culture du risque fabrique du danger ». ¹

L'extension des protections est un processus historique de longue durée, qui va largement de pair avec le déploiement de l'Etat et de les exigences de la démocratie, mais, ajoute Robert Castel, il faut constater pourtant que ces dispositifs multiples de protection n'apaisent pas l'aspiration à la sécurité, mais au contraire la relancent.

La recherche de la sécurité absolue « bascule facilement en pulsion sécuritaire qui tourne à la chasse aux suspects et s'assouvit à travers la condamnation de boucs émissaires ».

Le principe de précaution appliqué aux individus s'est ainsi transformé en présomption de dangerosité, concept flou qui a alimenté toutes les peurs et tous les débordements législatifs de ces dernières années.

2 - La diffusion de la culture psychologique et la dilatation du champ de la psychiatrie

Robert Castel² souligne la diffusion/dilution de la culture et des savoirs psychologiques dans la société et ses différentes institutions, l'école, les services sociaux, la justice, l'entreprise...

« Il ne s'agit plus de guérir une maladie, un dysfonctionnement... mais de travailler sur le capital personnel et relationnel de chacun pour l'intensifier et le rendre plus performant ». L'idée implicite est que la totalité de l'existence est matière à traitement médical ou psychothérapeutique.

Dans la « société des individus » des temps néolibéraux, « ce surinvestissement du psychologique fait fonction de social dans un monde sans social » note Robert Castel.

Cependant, l'analyse de la culture psychologique débouche in fine « sur un no man's land où les frontières entre le psychologique et le social se brouillent ».

La psychiatrie ne peut dès lors répondre à la demande sociétale qu'en se dilatant (champ extensif de la santé mentale et du développement personnel ; thérapies pour les normaux ; psychiatrisation des heurs et malheurs de l'existence...) par rapport aux pratiques (diagnostic et traitement de maladies) sur laquelle se fonde sa légitimité. Elle se trouve dès lors menacée de promettre bien plus qu'elle ne peut tenir, d'être en situation d'imposture, d'instrumentalisation ou d'implosion.

¹ Robert Castel - L'insécurité sociale – Seuil, 2003.

² Robert Castel – La gestion des risques – Editions de minuit, 1981/2011

3 - « D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales »

On retrouve cette infiltration de la psychologie et cette conception élargie de la thérapie dans l'approche criminologique et dans les politiques pénales de ces dernières années. Claude-Olivier Doron³ parle à ce propos d'une « formidable volonté de soigner », « leitmotiv des réformes des politiques pénales visant la récidive ».

Il n'est du reste pas nécessaire d'identifier une origine pathologique des symptômes à traiter puisque ce qui est pris en compte, c'est l'écart des comportements par rapport à la norme en vigueur.

Un amalgame est fait entre dangerosité psychiatrique (risque imminent pour soi ou autrui du fait de troubles psychiatriques majeurs) et dangerosité criminologique (risque de commettre une infraction pénale), entre criminologie (étude du crime et de ses déterminants) et psychologie (étude de la personnalité et de ses déterminants).

A ainsi prospéré l'idée que pour commettre un délit, a fortiori un crime, il fallait être « malade ». D'où la systématisation des obligations et injonctions de soins et des « thérapies destinées à limiter le risque de récidive », véritable mantra⁴, s'appliquant à un très large panel de condamnés : auteurs d'infractions à caractère sexuel mais aussi alcooliques, toxicomanes, délinquants routiers, auteurs d'atteintes aux personnes, de violences conjugales, d'incendies, et bien sûr meurtriers, auteurs d'actes de barbarie...

Parallèlement, a prospéré l'idée que les malades mentaux étaient potentiellement de dangereux criminels⁵.

S'est rajouté l'essor de la « science » des prédictions au travers de l'actuariat (statistiques rétrospectives des grands nombres appliquées de façon probabiliste au futur d'un individu) ou de l'interprétation savante de l'imagerie cérébrale fonctionnelle. D'où un appétit certain pour l'élaboration de diagnostics à visée criminologique (DAVC).

La forme la plus achevée de ce principe de précaution est la rétention de sûreté, s'appliquant à la figure monstrueuse du criminel supposé inamendable, présentant « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'il souffre d'un trouble grave de la personnalité », notions par essence imprécises, aléatoires et incertaines mais suffisantes dans l'esprit du législateur, pour maintenir enfermé à l'issue de sa peine d'emprisonnement, quelqu'un qui n'aurait peut-être jamais récidivé.

Last but not least, est venue ajouter sa pierre à l'édifice de confusion, la tendance lourde à l'incarcération et à la responsabilisation pénale des personnes souffrant de troubles mentaux sévères⁶ qui, en plus de générer moult interrogations sur le sens de la peine (et des conditions de son exécution), alimente le sentiment d'insécurité et les amalgames ci-dessus évoqués.

³ Claude-Olivier Doron – La volonté de soigner ; d'un singulier désir de soin dans les politiques pénales – in La philosophie du soin, sous la direction de L Benaroyo – PUF, 2010

⁴ Mantra : terme sanskrit signifiant arme ou outil de l'esprit (manas) et suffixe -tra, signifiant protection, d'où la définition usuelle de protection de l'esprit

⁵ Discours de Nicolas Sarkozy au CH d'Anthony le 2 décembre 2008

⁶ 4% de personnes détenues souffrent de schizophrénie, soit 4 fois plus qu'en population générale (enquête 2003-2004 réalisée par les professeurs F Rouillon et B Falissard). 611 non lieux décidés par un magistrat instructeur pour cause d'irresponsabilité pénale à la fin des années 80, 196 au début des années 2000 (rapport Barbier et coll)

4 - Changer de paradigmes en faisant un pas de côté

A ma connaissance, les taux de récidive délinquante ou criminelle en France ne sont pas plus élevés que dans les pays européens voisins et ils sont plus faibles chez les libérés conditionnels que chez ceux qui sortent en fin de peine⁷.

Autrement dit, nous pouvons sur cette base, revenir à plus de sagesse et de bon sens, faire un pas de côté et passer du maître-mot « prévention de la récidive délinquante » à celui de « réinscription sociale des personnes ayant commis une infraction pénale ».

Nous passerions ainsi de la défiance à la confiance (« sur parole » entendue et donnée), des facteurs de risque aux facteurs de protection, du leurre du risque zéro au pragmatisme d'une prise de risque raisonnée, de l'inflation carcérale à la probation.

Et nous passerions d'une psychiatrie appelée abusivement à être au centre du dispositif décisionnel du processus pénal et d'exécution de peine à une psychiatrie recentrée sur son objet (la pathologie psychiatrique et la souffrance psychique) et sur ses missions (soin d'une personne en souffrance quelle qu'elle soit et quelles que soient son infraction ou sa trajectoire).

5 – Champs non abordés mais néanmoins importants à considérer

Il ne sera pas question ici, parce que n'entrant pas à strictement parler dans le champ du soin psychiatrique, de la prise en charge des personnes souffrant de handicaps mentaux (déficiences intellectuelles) ayant commis des infractions pénales, ni des actions collectives d'éducation pour la santé et de prévention qui peuvent être réalisées en population générale et en milieu pénitentiaire.

II - QUEL CADRE ET QUELS OBJECTIFS POUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES ?

II – 1 – Le contexte législatif et réglementaire

1 – Les grands textes sanitaires socles

Les lois des 25 juillet et 31 décembre 1985 consacrent la sectorisation psychiatrique avec la création aux côtés des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le maillage territorial, la venue des équipes pluridisciplinaires au plus près de la population, le souci de la continuité des soins et la lutte contre l'exclusion (accès aux soins pour tous) en font (théoriquement⁸) un des dispositifs de soin les plus pertinents possibles.

⁷ Annie Kensey - Prison et récidive - Armand Colin, 2007

⁸ La psychiatrie de service public est en situation de crise. Plus de 1000 postes de praticiens hospitaliers (sur 6000) sont vacants. La plupart des hôpitaux sont en tension budgétaire, soumis à des contrats de retour à l'équilibre financier.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale confie au service public hospitalier⁹ la mission d'assurer des soins somatiques et psychiatriques d'une qualité équivalente à ceux délivrés en population générale.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients met le patient-usager au centre du dispositif qui le concerne et fait du consentement libre et éclairé la pierre angulaire du soin.

Le code de déontologie médicale affirme que le premier droit du patient est le secret médical (pas de médecine sans confidences, pas de confidences sans confiance, pas de confiance sans confidentialité).

2 – Les autres textes pertinents

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques¹⁰ confirme que le soin librement consenti est la règle et la contrainte, l'exception ; celle-ci ne s'envisageant qu'en situation de péril imminent pour soi ou autrui, du fait de troubles psychiatriques caractérisés et sévères.

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs est issue d'un large débat contradictoire et est le résultat d'un compromis et d'une articulation subtile entre le punir et le soigner. Elle instaure une peine de suivi socio-judiciaire complémentaire à l'issue de la peine d'emprisonnement (et visant dans l'esprit de la loi, à réduire le temps d'emprisonnement infligé) ou principale (alternative à l'incarcération). Elle peut s'assortir d'une injonction de soin si (et seulement si dans l'esprit de la loi) une expertise médicale conclut à l'opportunité des soins et si le condamné en voit l'intérêt et y consent ; l'injonction de soin, dès lors, est pour la personne condamnée, l'opportunité de se saisir du soin. La création d'une fonction d'interface santé – justice en la personne du médecin coordonnateur est (théoriquement) gage de clarification/pacification des relations magistrat/condamné/thérapeute.

La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 réaffirme la pertinence de la loi de 1994, souligne que l'accès aux soins est un droit, non une contrainte, et que la médecine qui s'y exerce est une médecine de soin de la personne, non une médecine d'expertise ; enfin, elle réaffirme la nécessité du respect du secret professionnel médical hors les cas prévus par la loi (péril pour soi ou autrui).

3 - Les textes hautement problématiques

Lois du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, du 10 août 2007 sur les peines planchers, du 25 février 2008 sur la rétention de sûreté, du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle...

Toutes ces lois n'ont eu de cesse d'élargir les catégories d'infractions relevant de mesures de sûreté particulières, de multiplier les expertises psychiatriques et psychologiques en pré et en post-sentenciel, d'instrumentaliser les sus-dites en posant des questions hors champ psychiatrique (évaluation et prédiction du risque de récidive délinquante ou criminelle) et de

⁹ Les remarques de la note 8 s'appliquent.

¹⁰ La loi du 5 juillet 2011 souffre de nombreuses imperfections (dont l'annulation de deux dispositions par le Conseil constitutionnel avec effet au 1er octobre 2013) et devrait être réformée prochainement.

de demander aux thérapies, et donc aux thérapeutes, de s'orienter clairement vers la prévention de la récidive, allant même jusqu'à suggérer le type de traitement à utiliser.¹¹ Enfin, l'automatisme des mesures et parmi elles la contrainte au soin, y compris sans ou à l'encontre des conclusions expertales et/ou de l'avis du condamné, a fini d'encombrer les consultations et de vider de son sens l'intérêt du soin dans ce cadre.

La loi du 27 mars 2012 relative à l'exécution des peines n'est pas en reste, qui propose notamment de renforcer les dispositifs de prévention de la récidive par la mise en place d'outils visant à mieux évaluer le profil des personnes condamnées « dont le degré de dangerosité paraît particulièrement élevé » ...en particulier en instaurant le diagnostic à visée criminologique (DAVC) reposant sur un outil statistique actuariel.

Le législateur renvoie ainsi aux bons soins des experts l'évaluation d'un état non déterminé et non évaluable comme le note justement Frédérique Flechter-Boulvard¹².

4 – Propositions

Restreindre le prononcé de l'injonction de soin aux cas relevant d'un soin psychiatrique, c'est-à-dire pathologie psychiatrique ou addictive ou dysfonctionnement psychodynamique et relationnel occasionnant une « détresse clinique » (pour reprendre la terminologie en vigueur dans les classifications DSM), sur la base d'une recommandation expertale et avec l'accord de la personne concernée qui prend conscience d'un lien entre ses troubles et l'infraction commise.

Expurger les lois relatives à la récidive du caractère d'automatisme de la contrainte au soin et de l'assignation du soin à l'objectif de prévention de la récidive.

II – 2 – Qu'attendre d'un soin psychiatrique ?

1 – Délimiter le champ de la psychiatrie

La psychiatrie est la spécialité médicale qui s'occupe de la pathologie du psychisme ; son savoir et sa pratique se fondent sur la relation thérapeutique.

La spécificité de la psychiatrie, science humaine par excellence, tient à ce qu'elle se situe au carrefour des neurosciences, de l'anthropologie, de la sociologie, de la philosophie et des sciences pénales (au travers de l'article 64 CP qui a peu ou prou fondé la discipline).

La psychiatrie (traitement et prévention des maladies) se distingue de la santé mentale (accès au bien être). Par définition, le champ de la santé mentale excède largement le champ de la psychiatrie.

2 - Définir l'objectif princeps du soin psychiatrique

L'objectif du soin psychiatrique est l'apaisement des souffrances psychiques et la réconciliation du sujet avec lui-même, autrui et le monde qui l'entoure. Il vise à améliorer la perception et la conscience critique du patient vis-à-vis de ses propres préoccupations

¹¹ L'article 721-1 CPP insiste sur « les thérapies destinées à limiter le risque de récidive ». L'article L3711-3 CSP (modifié par la loi de mars 2010) souligne (insiste?) que « le médecin traitant peut prescrire tout traitement indiqué pour le soin du condamné y compris des médicaments inhibiteurs de libido »

¹² F Flechter-Boulvard – La dangerosité encore et toujours – AJ Pénal, Dalloz, février 2012, n°2, pp 67-70

(fussent-elles dépressives ou délirantes), normes et aspirations, et de leurs conséquences, en toute « neutralité bienveillante ». A ce titre, il se démarque nécessairement de la mise en conformité des comportements du patient avec une norme sociétale, le bien ou le mal.

Le soin psychiatrique d'un patient en souffrance ou en demande (maladie, dysfonctionnement invalidant) se distingue (sans du reste s'opposer) de la guidance socio-éducative qui, « montrant le chemin », vise une meilleure adaptation du sujet aux règles sociales en vigueur.

A l'évidence, s'il n'y a pas de pathologie psychiatrique avérée, pas de dysfonctionnement psychodynamique et relationnel clairement identifié, nul besoin de s'engager dans un soin psychiatrique.

3 - Panel thérapeutique à disposition

Il est vaste et le choix des méthodes est adapté à chaque cas particulier, après un bilan diagnostique soigneux et une délibération sur les perspectives thérapeutiques les plus appropriées (bénéfices – risques). Etant bien entendu que le déroulé du soin est très dépendant des conditions de vie, de logement, de revenus, d'entourage et d'étayage familial ou amical du sujet ; ce sont des facteurs majeurs de protection ou de vulnérabilité selon qu'ils sont favorables ou défavorables.

Prises en charges individuelles ou collectives.

Psychothérapies de soutien ou d'approfondissement, centrées sur les symptômes invalidants ou sur la globalité de « l'être en relation », d'inspiration psychanalytique, phénoménologique, cognitivo-comportementale, systémique, à médiation corporelle...

Traitements médicamenteux.

Sociothérapie et réhabilitation psychosociale.

L'engagement du patient dans le soin et le travail d'élaboration psychique ne se décrètent pas, ils s'accompagnent et se travaillent. Le temps du patient lui est propre, jamais linéaire. L'élucidation de l'énigme que constituent les symptômes est difficile, parfois douloureuse. La dynamique de changement est souvent espérée, jamais assurée.

L'observance des traitements médicamenteux (neuroleptiques d'action prolongée, régulateurs de l'humeur...), comme en médecine générale, est un enjeu non négligeable dans la prévention des rechutes (délirantes, maniaco-dépressives...).

Tout aussi importante et difficile est l'observance en matière de sevrage d'addiction(s).

4 – Rendre compte du soin

Certes, un médecin peut sans difficulté attester d'un suivi et remettre cette attestation à son patient, mais la personne concernée est encore la mieux placée pour rendre compte de son évolution, pourvu que sa parole soit entendue, prise en compte et respectée.

Il est toujours étonnant de constater au quotidien combien la parole d'un détenu et/ou d'un condamné est disqualifiée a priori, alors même qu'on cherche (en théorie) à en faire un acteur responsable de sa vie.

Que dire par exemple, de ce dispositif pénitentiaire récent, instauré en application des règles pénitentiaires européennes, la CPU, commission pluridisciplinaire unique, où les professionnels et intervenants sont appelés à débattre avec précision du comportement, du

profil, des heurs et malheurs du détenu, hors de sa présence, laquelle n'est envisagée (pour l'heure) ni par les textes ni par le « terrain »...

5 - Propositions

Clarifier les attentes à l'égard de la psychiatrie, discipline médicale traitant des pathologies et de leur prévention.

Et donc parallèlement, clarifier les attentes à l'égard de ce que l'on pourrait appeler la guidance éducative ou l'approche criminologique, à l'instar de ce que font certaines équipes d'insertion et de probation : travail individuel ou groupal autour de l'infraction pénale, de ses déterminants et de ses conséquences pour les victimes (délits routiers, violences conjugales, infractions à caractère sexuel...).

Faire confiance à la personne sous main de justice pour porter elle-même sa parole et rendre compte de son évolution. La mettre réellement au centre du dispositif qui la concerne. Par exemple, prévoir la présence du détenu au cours de la CPU dès lors que son cas est évoqué.

II – 3 – Peut-on contraindre au soin ?

1 – La loi sanitaire du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques le permet par exception à la règle des soins librement consentis

Plus exactement, la loi le permet, par exception¹³, en tant que mesure de protection. La gravité des troubles psychiatriques (principalement états psychotiques aigus, syndromes dépressifs sévères, grandes agitations psycho-motrices), la nécessité de soins immédiats, le risque encouru (suicide ou agression), le refus ou l'impossibilité à consentir de la personne malade, impose une action immédiate de protection de la personne, en l'occurrence de soins sans consentement en hospitalisation à temps complet (sur décision du représentant de l'Etat, ex HO ou sur demande d'un tiers, ex HDT) dans un service psychiatrique habilité, généralement dans le secteur psychiatrique de domiciliation.

A noter qu'une hospitalisation sans consentement (HSC) n'autorise pas de facto l'application d'un traitement médicamenteux (a fortiori une contention) contre le gré du patient ; seul l'état de nécessité (péril imminent) le permet. L'HSC n'exonère pas le praticien d'informer le patient sur sa situation et de le convaincre du bien-fondé du soin proposé.

Les programmes de soins ambulatoires sont un relais à l'HSC, permettant la sortie à l'essai et le retour à domicile, avec la garantie d'un suivi.

L'application des dispositions de l'article D398 CPP s'inscrit dans ce cadre. L'état des personnes détenues souffrant de troubles tels que décrits ne permet pas leur maintien en détention et requiert leur hospitalisation sous le mode de l'HSC¹⁴ dans le secteur de l'hôpital de rattachement de la prison ou, lorsqu'elle existe dans l'UHSA de rattachement.

¹³ Environ 75000 HSC en 2011 (60000HDT, 15000HO), soit près de 13% des hospitalisations psychiatriques.

¹⁴ En 2011 on comptait 2315 HSC de détenus contre environ 200 au début des années 90.

Les UHSA¹⁵ sont des unités d'hospitalisation spécialement aménagées pour accueillir et soigner en hospitalisation libre ou sans consentement, les détenus, hommes, femmes, mineurs, en situation de décompensation psychiatrique. Sécurisées en périphérie par l'administration pénitentiaire, elles règlent le problème souvent évoqué du risque d'évasion dans les services « traditionnels » et de leurs mauvaises conditions d'accueil.

Les personnes bénéficiant de l'article 122-1-1 CP sont généralement orientées vers le secteur psychiatrique de domiciliation, sous le mode de l'HSC. Lorsque la situation clinique l'exige, elles sont orientées vers les UMD, unités pour malades difficiles.

Les UMD, au nombre de 10, représentant environ 560 lits, accueillent des patients en HSC sur demande du représentant de l'Etat (ex HO) présentant un état dangereux psychiatrique majeur, certain ou imminent, incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation classique. Ces services, architecturalement sécurisés, peuvent mener à bien l'observation clinique et le soin intensif des patients pour deux raisons essentielles : le ratio élevé de personnel soignant et le temps pris pour ce faire (durée de séjour de quelques mois à plusieurs années).

2 – Les obligations et injonctions de soin pénalement ordonnées sont-elles réellement des contraintes au soin ?

Oui et non !

Non, dans le sens où le libre arbitre et la capacité décisionnelle de la personne soumise à la mesure sont conservés par définition, sans quoi on se retrouverait dans le cas de figure précédent (122-1-1 CP ou HSC). La personne peut donc se soustraire à l'obligation.

Oui, dans la mesure où la personne concernée est contrainte de se poser la question de l'intérêt qu'elle a à se saisir de l'opportunité du soin.

A l'évidence, dans ce contexte, le concept d'injonction de soin (expertise psychiatrique et accord du sujet) est plus pertinent que celui d'obligation de soin (ni l'expertise ni l'accord de la personne ne sont requis).

A l'évidence également, le soin n'aura quelque chance de prospérer que s'il y a matière à élaborer une demande et une souffrance. Si tel n'est pas le cas, mieux vaut s'orienter vers d'autres types de prises en charge (socio-éducatives notamment).

Ce qui explique combien l'automatisme des mesures est un non-sens, marqueur de cette recherche éperdue de l'« aveu » et de la « vérité » dont on imagine qu'ils libéreraient auteur et victime de la douleur du crime.

3 – Propositions (identiques à celles du chapitre II)

Privilégier le modèle de l'injonction de soin sur la base d'indication correctement posée et en accord avec la personne concernée qui a ainsi l'opportunité de se saisir du soin.

Ni automatisme (« si ça ne fait pas de bien, ça ne fera pas de mal »), ni attente exorbitante (il n'y a pas de « vérité à avouer »).

¹⁵ 705 lits sont prévus. 3 unités (140 lits) sont ouvertes.

III - EN QUOI LES SOINS PEUVENT-ILS CONTRIBUER A EVITER LA RECIDIVE ?

Le soin psychiatrique peut contribuer à la prévention de la récidive, peut-être et de surcroît.

III - 1 – Objectif poursuivi

1 – Thérapies qui visent la prévention de la récidive

Si l'on poursuit cet objectif, on va au-devant de bien des déconvenues.

Certes, certains auteurs¹⁶, notamment pour la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel, recommandent d'utiliser des thérapies cognitivo-comportementales avec pour objectif cible la non récidive, TCC associées lorsque l'indication (compulsion sexuelle) s'y prête, à des traitements inhibiteurs de la libido. Mais d'une part, si les inhibiteurs de la libido réduisent les érections et le désir sexuel, ils ne changent pas l'orientation sexuelle, et d'autre part, les études ne montrent pas de différence réellement significative¹⁷ sur le taux de recondamnation entre les groupes traités par TCC (12,3%) et les groupes non traités (16,8%).

2 – Thérapies qui visent la réconciliation du sujet avec lui-même, autrui et le monde environnant

Si l'on a pour objectif l'apaisement des souffrances et un travail d'introspection et d'interrogation sur le fonctionnement psychique et relationnel, ses déterminants, ses conséquences, on est en situation décentrée par rapport à la question de la récidive mais de facto articulée, puisque l'infraction fait partie de l'histoire du sujet. C'est un travail long et difficile et l'on comprend aisément que le bénéfice sur la prévention de la récidive, viendra peut-être et de surcroît. Et ce, quelles que soient les techniques de thérapies utilisées, y compris TCC.

3 – Travail socio-judiciaire

En matière de prévention de la récidive ou plutôt de réinsertion sociale, le soin (s'il est indiqué) a une place modeste. Il est un facteur facilitateur.

Les dimensions familiale, sociale, professionnelle, financière de l'accompagnement sont essentielles. Sortir de prison sans droits sociaux ouverts, sans carte d'identité, sans logement, sans revenus, sans proches, voue à l'échec cette sortie. Le rôle des services pénitentiaires d'insertion et de probation est fondamental dans cet accompagnement. La dimension « criminologique » du travail des SPIP ne devrait pas effacer leur rôle social au sens noble de l'assistance.

Au demeurant, le travail sur l'infraction pénale tel que proposé par les SPIP dans les programmes de prévention de la récidive (PPR) n'est nullement incompatible avec une

¹⁶ A Baratta et coll – Prise en charge médico-judiciaire des auteurs d'infractions sexuelles – Médecine et droit, Elsevier Masson, 2011, pp 114-123

¹⁷ Certains auteurs, notamment HANSON et SCHUCKER, à partir de méta-analyses, disent qu'il n'y a aucune différence significative (taux de recondamnation) entre les groupes traités par psychothérapie classique et les groupes non traités mais qu'il y aurait, à l'inverse, une différence entre les groupes traités par TCC et les groupes non traités, respectivement 12,3 et 16,8% de recondamnations. Toutefois, David HO et Callum ROSS considèrent que ces études souffrent de biais méthodologique multiples et que le différentiel n'est pas réellement significatif.

démarche thérapeutique entreprise par ailleurs. Il est d'une autre nature (assimilable à un travail de guidance) et s'inscrit dans la redéfinition des conditions sociétales du vivre ensemble et des règles qui y concourent.

4 - Propositions

Expurger les textes de loi du concept inadéquat de thérapies visant à limiter le risque de récidive. Faire confiance aux thérapeutes.

Renforcer le rôle social des SPIP.

III – 2 – Lieux et modes d'intervention

1 – Milieu pénitentiaire

L'accès aux soins pour tous et chacun, quel que soit son motif d'incarcération ou sa condition, tel est le principe de base des soignants exerçant en milieu pénitentiaire.

Devant l'afflux des sollicitations, sont bien sûr prioritaires les personnes malades¹⁸, puis celles en souffrance, enfin celles en demande.

Comparativement à la population générale, le nombre de psychiatres dévolu à la population pénale est très élevé¹⁹ et ils sont malgré tout à la peine tant les demandes de soins croissent de manière exponentielle. Les délais de consultations hors urgence s'allongent pour les psychiatres et plus encore pour les psychologues. Il n'est pas inutile à ce propos de remarquer que les mauvaises conditions de détention (au premier rang desquelles la surpopulation pénale et la promiscuité conflictuelle qu'elle génère) sont très souvent à l'origine de situations d'exaspération et de décompensation psychique.

En milieu pénitentiaire, il n'y a pas d'obligation ou d'injonction de soin mais une incitation au soin, qui souffre des mêmes travers (automaticité). En effet, l'incitation au soin est quasi systématique comme gage sérieux de réinsertion, à l'instar du travail, de la formation ou du remboursement des victimes, sésame pour obtenir des remises de peine, permissions de sortie et aménagements de peine. Ainsi « traité », le soin (et le thérapeute pourvoyeur d'attestations de suivi répétées) est souvent une formalité de plus dans le dispositif.

2 – Milieu libre

La crise des moyens de la psychiatrie est bien connue. C'est aussi une crise de sens.

Le principe de l'accès à des soins de proximité pour tous et chacun est battu en brèche par les délais de consultation pour les mêmes raisons qu'évoquées en milieu pénitentiaire.

La saturation des dispositifs par des demandes de mieux-être (légitimes dans les temps troublés que nous vivons) marginalisent les patients les plus difficiles à soigner, psychotiques, à mauvais contact relationnel, peu compliants aux soins, souvent addict, en rupture familiale, sans emploi, parfois sans droits sociaux, en logement précaire (foyer, hôtel meublé, squat,

¹⁸ 35% des détenus enquêtés en 2003-2004 par F Rouillon et B Falissard étaient considérés comme manifestement, gravement ou très gravement malades et relevant de soins psychiatriques

¹⁹ 17 psychiatres pour 100000 habitants versus 200 pour 100000 détenus. Données 2011 issues de l'oSSD, observatoire des structures de santé des personnes détenues, ministère de la santé

hébergement d'urgence, rue) et qui, d'un délit circonstanciel à un autre, finissent par être répétitivement incarcérés. C'est désormais un fait regrettable mais quasi-structurel. Se pose alors la question des alternatives crédibles à l'hospitalisation, en particulier l'accès à des appartements associatifs ou thérapeutiques avec présence effective d'une équipe.

La culture psychiatrique française est peu encline aux articulations santé – justice, c'est l'un ou l'autre, soigner ou punir. Les professionnels du public et du secteur libéral ont des réticences vis-à-vis des OS et IS ; vaincre leurs réticences sera d'autant plus aisé que l'on clarifiera la demande adressée à la psychiatrie.

Il existe des consultations dédiées aux personnes sous main de justice, souvent orientées préférentiellement vers les AICS. Elles sont peu nombreuses, adossées à des centres médico-psychologiques de secteurs de psychiatrie générale ou à des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. L'avantage de ces structures dédiées est l'absence de réticence, le risque majeur, la filiarisation ségrégative ; de plus, il faut développer des trésors de persuasion pour organiser, lorsque nécessaire, un relais vers un dispositif « ordinaire ».

3 - Articulations

Les articulations entre structures de soins pour assurer la continuité des soins sont essentielles mais ne vont pas toujours de soi tant l'étiquette ex-détenu ou repris de justice rebute, même s'il s'agissait d'un patient bien connu.

Plus complexe est la question de l'échange d'informations pertinentes et nécessaires au travail de chacun (par exemple personnel de police, SPIP, magistrat, avocat...), sans pour autant déroger au secret professionnel médical. Sauf cas exceptionnels (pénil), le plus simple est encore de passer par la personne concernée ou de s'assurer de sa présence durant l'échange.

4 - Propositions

Développer les structures d'hébergement durable ayant passé des conventions avec les secteurs psychiatriques ; y inclure des places pour les sortants de prison souffrant de troubles psychiques.

Développer des groupes de travail santé – justice - police pour dépasser les idées reçues, échanger sur les métiers et définir les contours des articulations possibles. L'idéal serait des acteurs de terrain motivés ; les associations et syndicats pourraient jouer un rôle starter. A défaut, les institutionnels au niveau régional pourrait essayer d'enclencher un mouvement dans ce sens.

A cet égard et dans le champ de la prise en charge des AICS, les centres ressources (CRIA VS) doivent jouer ce rôle.

III – 3 – Cas particuliers

1 – Irresponsabilité pénale

Le dispositif actuel oriente les personnes ayant bénéficié de l'article 122-1-1 CP vers le dispositif sanitaire.

Docteur Catherine PAULET
Chef du Pôle Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale
Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
catherine.paulet@ap-hm.fr

Les sénateurs G Barbier et coll^{20, 21} repèrent tout à fait le risque majeur de la création des UHSA : celui d'aboutir à une dénaturation des principes de la responsabilité si elle incite experts et psychiatres (qui pour certains y pensent déjà) à renoncer à constater l'irresponsabilité pénale de certains auteurs d'infractions au seul motif que la condamnation pénale est le meilleur moyen d'assurer une prise en charge médicale sécurisée de ces personnes. Autrement dit, le souci sécuritaire est au premier plan dans la réflexion.

La loi du 25 février 2008 a introduit des mesures de sûreté dont certaines compliquent singulièrement les prises en charge dès lors que le retour au domicile n'est plus possible du fait d'une interdiction de séjour ou que le non-respect d'une interdiction se traduit par une incarcération (paradoxale).

La question des mesures de sûreté, si elles devaient être généralisées, supposerait un débat approfondi. Les exemples belges, allemands et italiens²² ne sont pas convaincants. Comment la société peut-elle être assurée que la personne irresponsabilisée ne va pas de nouveau commettre un délit ou un crime ? Et question subséquente : peut-on faire confiance aux psychiatres ? A ces questions, nous pouvons répondre par une autre question : avons-nous un taux de récidive délinquante ou criminelle particulièrement élevé parmi les irresponsabilisés pénaux ? Plus élevé que chez nos voisins ? Si oui, notre dispositif de soin et d'accompagnement est insuffisant. Si non, notre dispositif n'est pas si inadéquat, alors de quoi avons-nous peur réellement ?

2 - Responsabilisation pénale atténuée

La tendance actuelle implicite ou explicite des psychiatres experts et des juridictions est d'écarter la notion d'abolition du discernement au profit de l'altération. La raison avancée est celle de l'intérêt que l'auteur des faits prenne la mesure de ses actes et en assume les conséquences ; une raison latente, en particulier lorsque l'infraction est grave, est celle qui consiste à penser que l'incarcération sera le meilleur moyen de neutraliser l'auteur.

Le fait que la psychiatrie de service public ait opté (légitimement) pour le dépassement de la fonction asilaire (et du nombre de lits) au profit du maintien dans la cité, y compris au risque de l'abandon des malades les plus difficiles à soigner, n'est pas pour rien dans cette évolution dont les conséquences sont particulièrement néfastes.

De plus, nombre de malades mentaux sont condamnés (et souvent incarcérés) par le biais des comparutions immédiates, en dehors de toute évaluation expertale avant jugement et parfois même d'évaluation de leur état de santé en garde à vue.

Cette question a été abordée lors de l'audition publique organisée par la HAS sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007. Il y est réaffirmé sans ambiguïté que l'expertise psychiatrique, à travers l'identification de l'abolition du discernement, a pour objet de donner

²⁰ Barbier G, Demontès C, Lecerf JR, Michel JM - Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ? - Rapport d'information n° 434 (2009-2010) de la commission des lois et de la commission des affaires sociales du Sénat

²¹ M David, C Paulet, G Laurencin – Psychiatrie en milieu pénitentiaire : la loi de 94 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, pp 605-615

²² Pour mémoire les OPG italiens seront tous fermés au 31 mars 2013

des soins à la personne malade plutôt que de l'exposer à la sanction pénale prévue par la loi, et que le champ de l'abolition du discernement garde toute sa pertinence.

3 - Propositions

Faire (si cela n'a jamais été fait) une étude rétrospective et prospective des prononcés d'articles 122-1-1 et 1-2 CP, le cas échéant au niveau d'une région. Associer magistrats et services de santé.

Engager un débat au sein de la communauté psychiatrique sur la redéfinition de son champ d'exercice (recentrement) et le sur le parcours des patients les plus gravement malades.

IV - QUEL BILAN TIRER DU TRAITEMENT PARTICULIER DES AICS ?

Nombre de données chiffrées ici évoquées sont issues du dernier rapport parlementaire²³ sur le suivi des AICS. Si le constat est approfondi et précis, nombre de recommandations poursuivent la surenchère des objectifs sécuritaires et de l'augmentation des moyens (toujours plus de commissions et centres d'évaluation consommant toujours plus de psychiatres et psychologues...) pour y parvenir, sans réellement faire ce pas de côté qui éloignerait de la dimension émotionnelle, relativiserait l'enjeu et donc les moyens et méthodes à mettre en œuvre.

IV – 1 – L'état des lieux

1 – Des infractions en baisse et un faible taux de récidive

Les violences sexuelles déclarées ont diminué au cours des dernières années, les faits constatés étant, depuis 2005, inférieurs à 23 800 par an.

Les condamnations pour crimes sexuels étaient de 1 802 en 2005, contre 1 386 en 2009 ; pour délits sexuels de 6 668 en 2005 contre 6 003 en 2009.

En juillet 2011, le nombre de personnes écrouées pour des infractions à caractère sexuel était inférieur à 8 000, soit 13,9 % de la population carcérale

Une étude récente²⁴ d'A Kensey et A Benovada, citée par le rapport Blanc, étudie les taux de recondamnation des personnes libérées en 2002, en fonction de la nature de l'infraction initiale. Pour les viols sur mineurs, 19 % des personnes libérées en 2002 sont à nouveau condamnées dans les cinq années qui suivent. Mais seuls 0,6 % d'entre elles commettent une infraction suffisamment grave pour justifier une réclusion criminelle. De la même façon, en ce qui concerne les viols sur majeurs, le taux de recondamnation est de 39 %, mais seuls 1,9 % des personnes libérées en 2002 commettent, dans les cinq années qui suivent leur libération, un crime puni d'au moins quinze ans de réclusion. Ces données coïncident avec les chiffres issus des condamnations annuelles prononcées par les tribunaux. Par exemple, en 2009, parmi les 1 386 crimes sexuels jugés, seuls 3,2 % étaient commis en état de récidive légale, soit 45 % de moins que le taux de récidive des autres crimes. Il en est de même pour les délits sexuels

²³ E Blanc - Rapport d'information sur le suivi des AICS - Commission des lois de l'assemblée nationale n°4421, 2012

²⁴ A. Kensey, A. Benouada - Les risques de récidive des sortants de prison, une nouvelle évaluation - Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques n° 36, mai 2011.

jugés en 2009, dont 3,1 % étaient commis en état de récidive légale, contre 10,5 % pour les autres délits. Le taux de récidive en matière de délits sexuels est donc plus de 3 fois inférieur au taux de récidive des autres délits.

Le décalage est donc grand entre l'état des lieux statistique et le sentiment populaire.

De plus, le rapport Blanc souligne que les études internationales réalisées en matière de récidive sexuelle donnent des résultats plus élevés que celles conduites en France.

2 – Le dévoiement de l'IS du SSJ

Au 1er septembre 2011, environ 5 400 mesures d'injonction de soins étaient en cours.

Désormais, l'injonction de soins accompagne de façon systématique le prononcé d'un suivi socio-judiciaire, « *sauf décision contraire de la juridiction* ». L'injonction de soins est prononcée dans 66 % des cas par la juridiction de jugement. Bien souvent, l'injonction de soins est d'ailleurs la seule obligation prononcée par la juridiction de jugement, qui focalise toute son attention sur ce dispositif et laisse le soin au juge de l'application des peines d'adapter le contenu du suivi socio-judiciaire en tant que tel. En 2009, le suivi socio-judiciaire était prononcé à 87 % à l'encontre d'auteurs d'infractions à caractère sexuel.

A l'évidence, ce systématisme de l'IS est particulièrement inapproprié à la fois parce que nombre d'auteurs ne relèvent pas de soins et parce que l'esprit même du SSJ est dévoyé lorsque l'IS est la seule obligation.

3 – Les avatars du SSJ : surveillance judiciaire et surveillance de sûreté

En 2011, 9 personnes étaient placées sous surveillance de sûreté.

La surveillance de sûreté comporte les mêmes obligations que la surveillance judiciaire et le suivi socio-judiciaire et, notamment, l'injonction de soins et le placement sous surveillance électronique mobile. Comme la surveillance judiciaire, elle peut s'appliquer de façon rétroactive. Toutefois, par son régime, la surveillance de sûreté se rapproche de la rétention de sûreté : d'une durée potentiellement illimitée, elle concerne les mêmes personnes et peut donner lieu à un placement en centre socio-médico-judiciaire de sûreté.

4 – Le scandale de la rétention de sûreté

Une personne, condamnée pour une infraction à caractère sexuel, y est aujourd'hui retenue.

9 autres personnes, sous surveillance de sûreté, sont susceptibles d'y être placées. En 2010, 337 personnes ont été condamnées à une réclusion criminelle de quinze ans pour des infractions pour lesquelles la rétention et la surveillance de sûreté sont possibles. Parmi elles, 56 sont éligibles à une rétention de sûreté.

La rétention comme la surveillance de sûreté concerneront, à terme, un nombre non négligeable de personnes.

La loi prévoit que les personnes condamnées à 15 ans (ou plus) de réclusion criminelle pour un crime grave (homicide, viol, actes de torture ou de barbarie, séquestration, enlèvement) à l'encontre d'une victime mineure ou majeure, qui présentent à la fin de leur peine, « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elles souffrent d'un trouble grave de la personnalité », soient placées à leur sortie de prison, dans un

centre de rétention de sûreté. A l'évidence, aucun critère n'est exceptionnel et la marge d'appréciation est suffisante pour valoir pour le plus grand nombre.

Sur cette base, il s'agit donc de priver de liberté pour une durée possiblement indéfinie, une personne qui n'a commis aucun acte tangible actuel mais que l'on suppose, sur la base d'expertises psychiatriques, dangereuse, c'est-à-dire susceptible d'avoir l'idée, l'envie ou la pulsion de commettre un acte criminel. Autrement dit, cela revient à rendre possible l'enfermement d'une personne qui n'aurait jamais récidivé, au nom d'un revendiqué bien qu'impossible risque zéro. On enferme non plus pour un acte commis mais pour un risque. Cela n'est pas acceptable !

5 - Propositions

Si la rationalité regagne du terrain dans l'esprit du public et des pouvoirs publics, l'empilement et la surenchère des mesures sécuritaires peuvent être regardés comme inappropriés et obsolètes. Il conviendrait donc de supprimer la rétention de sûreté (centre et surveillance) et d'unifier suivi socio-judiciaire et surveillance judiciaire.

IV – 2 – La définition et l'évaluation de la dangerosité

Ce chapitre ne concerne pas que la problématique des infractions à caractère sexuel mais c'est à propos de celles-ci que les études et interrogations sont les plus nombreuses.

1 – Définitions

Le terme dangerosité regroupe des concepts très différents.

La dangerosité criminologique est le risque de commettre une infraction pénale. La dangerosité psychiatrique est le risque de passage à l'acte contre soi ou autrui du fait de troubles mentaux. Dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique sont parfois liées mais non nécessairement. Dans les deux cas, il s'agit non pas d'un état permanent « constitutionnel », mais d'une situation de danger inscrite dans une temporalité et un contexte.

2 – L'évaluation des dangerosités

L'ici et maintenant de la dangerosité psychiatrique ou le très proche, est assez bien repérable cliniquement pour le psychiatre (agitation psycho-motrice, exaltation de l'humeur, hallucinations impératives ou menaçantes, idéation suicidaire, confusion mentale...). Pour le moyen et a fortiori le long terme, le risque est par définition aléatoire, incertain et multifactoriel. Etant bien entendu que moins un patient sera suivi (rupture de prise en charge psychiatrique), accompagné (défaut de suivi social, hébergement, revenus) et entouré (absence de famille, de proches), plus sa précarisation favorisera les rechutes et l'exposera à se nuire ou (plus rarement) autrui.

L'évaluation de la dangerosité criminologique (a fortiori par les psychiatres) dans le but de mieux prédire et prévenir la récidive délinquante, est une toute autre affaire.

Cette évaluation pose 2 problèmes :

- De positionnement psychiatrique expertal
- De validation d'outils prédictifs de type actuariel

Docteur Catherine PAULET
Chef du Pôle Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale
Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
catherine.paulet@ap-hm.fr

Positionnement psychiatrique expertal

Lorsque le psychiatre abandonnant l'expertise de diagnostic et de pronostic d'une maladie, au profit d'une expertise d'évaluation de la dangerosité criminologique, prédit la récurrence délinquante, par définition incertaine, aléatoire et multifactorielle, il fait référence non à sa science et à son champ de compétence mais à son intime conviction. Georges Lantéri-Laura²⁵, un éminent psychiatre, résumait bien la problématique : « La psychiatrie dès qu'elle se trouve sollicitée non plus de donner un avis sur l'éventualité de l'état de démence au temps de l'action ou sur la présence d'une pathologie mentale précise et avérée, mais de rendre compte d'une grande partie des conduites d'infraction, se retrouve devant un dilemme : mesurer lucidement les limites de son savoir et de son savoir-faire, faute d'explications rationnelles fondées sur des connaissances effectives ou bien dépasser ce qu'elle sait, allant vers un usage sans critique de l'analogie et de l'à peu près, c'est à dire, au bout du compte, vers un croire savoir et faire croire que l'on sait, infiniment préjudiciable à la vérité et à la déontologie ».

Validation d'outils prédictifs de type actuariels

A l'heure où se développe l'idée d'utiliser en routine de suivi un outil actuariel de diagnostic à visée criminologique (DAVC), il est utile de rappeler un certain nombre de critiques à propos des outils prédictifs.

La plupart des outils sont des statistiques rétrospectives du grand nombre dont on ne peut inférer un cas particulier ; par définition tous les meurtriers par arme à feu disposaient d'une arme à feu mais tous les possesseurs d'arme ne tueront pas.

Nombre d'échelles d'évaluation associent des éléments objectifs et subjectifs qui renseignent souvent davantage sur le point de vue moral du cotateur que sur le score de la personne enquêtée : par exemple l'échelle de psychopathie de Hare qui est un des piliers des échelles actuarielles d'évaluation du risque de récurrence violente (VRAG et HCR-20 notamment) évalue des notions aussi imprécises que : le « mode de vie parasite » (item 9), les « nombreuses relations maritales de courte durée » (item 17), la « promiscuité sexuelle » (item 11), la « faconde et charme superficiel » (item 1) ou encore la « versatilité criminelle » (item 20)...

Bernard E Harcourt²⁶, sociologue et criminologue à l'Université de Chicago (où est né l'actuariat dans les années 1920 avec Ernest Burgess) fait une critique sévère de l'emploi dans le domaine de la criminalité et de la peine, des techniques d'évaluation du risque à vocation prédictive, mobilisant des statistiques relatives à des groupes, dans une perspective probabiliste appliquée à l'individu.

Le Pennsylvania Board of Probation and Parole qui utilise le LSI-R²⁷ a commandé une étude pour examiner la fiabilité et la validité du LSI-R en analysant notamment les résultats de la prédiction pour les détenus de Pennsylvanie. Sur un échantillon de 1006 prisonniers, l'étude révéla que 8 seulement des 54 items étaient associés à la récurrence, et que les mesures tendaient à être uniquement liées aux antécédents criminels et à la consommation de drogue. L'étude a

²⁵ Lantéri-Laura G - Pertinence de la réflexion psychiatrique en criminologie - In Alberhne T, *Criminologie et Psychiatrie* - Ellipses, 1997

²⁶ B E Harcourt – Against prediction – University of Chicago Press, 2007

²⁷ Le LSI-R (*Level of Service Inventory – Revised*) est un outil actuariel à score utilisant 54 items très utilisé aux USA et au Canada.

conclu que le LSI-R tel qu'il a été testé dans le cadre institutionnel de Pennsylvanie présentait une fiabilité problématique. Ces résultats ne justifiaient dès lors pas son utilisation par la Commission de Pennsylvanie pour la probation et la libération conditionnelle comme méthode d'évaluation des risques au moment de l'examen, ou de la révision, d'une libération conditionnelle.

Selon B Harcourt, l'utilisation de ces outils n'a pas réduit la criminalité mais a augmenté la population pénale.

3 - Propositions

Le nombre d'experts psychiatres est en chute libre (530 inscrits auprès des cours d'appel en 2011 contre 800 en 2007). Ce n'est pas en revalorisant le paiement des expertises que l'on convaincra les praticiens expérimentés de terrain, c'est en recentrant l'expertise psychiatrique pénale²⁸ sur son domaine de compétence, la psychiatrie.

De la même façon, c'est en limitant aux strictes nécessaires expertises psychiatriques et psychologiques, que l'on évitera les formes vides des sérial réponses.

Compte tenu de l'imperfection des outils d'évaluation et du mésusage qui peut en être fait, il convient de ne pas s'aventurer à en faire un outil décisionnel. Le raisonnement vaut bien entendu pour l'actuariat comme pour d'autres techniques, telle que l'imagerie cérébrale fonctionnelle.

Il serait utile de faire un pas de côté et de changer de point de vue : l'énergie et le temps consommés en commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté pour évaluer l'inévaluable de la dangerosité, pourrait être plus utilement utilisé à mettre en évidence et à soutenir les potentialités et des lignes de force

IV – 3 – La place des prises en charge médicales

Nombre de remarques faites dans le chapitre III sont valides dans cette thématique. Nous n'insisterons que sur quelques particularités.

L'hétérogénéité clinique, y inclus la désarmante banalité du « normal ou presque » (i.e. ce que nous sommes tous), est la règle en matière d'infractions à caractère sexuel, comme pour les autres types d'infractions.

La place du soin psychiatrique y est, par définition, limitée aux cas en relevant et évidemment, les soins reposent, en milieu libre comme en milieu pénitentiaire, sur le strict consentement des patients.

Si l'on veut bien se référer au préambule et à la mise en perspective de Robert Castel, on comprendra qu'il ne s'agit pas pour le professionnel de psychiatrie de pratiquer une thérapie des normaux mais des souffrants.

Dès lors que ces souffrants sont engagés dans le soin, la thérapie consiste en la mise en œuvre d'un travail difficile et incertain d'élaboration psychique qui permet au sujet engagé dans le travail, de repérer son fonctionnement mental et son mode relationnel (et leurs conséquences) et de s'en défaire tant que se peut ; ainsi, peut-être et de surcroît, le soin pourra contribuer à la prévention de la récidive.

²⁸ Expertise psychiatrique pénale – Audition publique, HAS, 25 et 26 janvier 2007

Docteur Catherine PAULET

Chef du Pôle Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

catherine.paulet@ap-hm.fr

1 - Traitements existants et efficacité²⁹

Psychothérapies : psychodynamiques et thérapies cognitivo-comportementales pour l'essentiel.

Traitements médicamenteux : inhibiteurs de la libido (Androcur à action périphérique et Salvacyl ou Décapeptyl à action centrale) qui diminuent le taux de testostérone et par conséquent les érections et le désir sexuel mais ne changent pas l'orientation sexuelle. Leur AMM porte sur les compulsions sexuelles (cas rares).

Les antidépresseurs type IRS, bien que n'ayant pas l'AMM, sont considérés comme pouvant avoir une action sur les compulsions sexuelles.

Nonobstant les traitements ad hoc des pathologies psychiatriques caractérisées s'accompagnant de troubles du comportement sexuel.

Le soin n'est déterminant que lorsque les personnes souffrent de troubles psychiques avérés et que la prise en charge psychiatrique effective est articulée à une prise en charge sociale robuste et, tant que faire se peut, à un soutien familial effectif.

Si, à l'évidence, la personne ne relève pas de soins psychiatriques ou n'y consent pas, il n'y a pas lieu de l'y engager à force forcée. L'accès au soin ne lui est pas fermé pour autant ; à tout moment de son parcours, elle peut y avoir recours.

Quel accompagnement alors ? C'est tout l'intérêt des acteurs du SPIP, à même d'assurer un travail d'accompagnement et de balisage éducatif (guidance) et de contribuer à amener vers le soin le cas échéant.

David K HO et Callum C Ross³⁰, du Broadmoor Hospital à Londres, soulignent les limites et biais méthodologiques de différentes études portant sur des programmes de traitement des agresseurs sexuels : il n'est pas possible d'établir que les traitements des AICS réduisent de façon significative le risque de récidive. De même, le type de prise en charge (TCC versus thérapies analytiques) n'est pas significatif.

Du reste, on se rend compte que le soin n'est pas si déterminant dans la prévention de la récidive, c'est le dispositif de la probation qui est déterminant, la remise en liberté sur « parole » avec un accompagnement social digne de ce nom (logement, revenus, droits sociaux).

2 - Protocole santé justice relatif à la prise en charge des AICS incarcérés

22 établissements pour peine se sont spécialisés dans l'accueil des condamnés pour ICS. Ceux-ci représentent 30% de la population de ces établissements, soit 3401 personnes au 1^{er} novembre 2011 sur 8431 AICS au total (prévenus et condamnés).

Le personnel de psychiatrie y a été renforcé : le taux de psychiatre est passé de 0,26 pour 100 détenus à 0,38. Mais bien entendu, les équipes de psychiatrie des SMPR, services médico-psychologiques régionaux, et des UCSA, unités de consultations et de soins ambulatoires de

²⁹ Conférence de consensus FFP 2001 sur la psychopathologie et les traitements actuels des AAS et Recommandations de la HAS 2009 sur la prise en charge des auteurs de violences sexuelles sur mineurs.

³⁰ D Ho et C Ross – Cognitive behaviour therapy for sex offender. Too good to be true ? – Criminal behavior and mental health 2012, 22, pp 1-6 – Published online in Wiley Online Library . Voir note 18 également

Docteur Catherine PAULET

Chef du Pôle Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

catherine.paulet@ap-hm.fr

l'ensemble des établissements pénitentiaires ont une attention particulière à l'égard de ce public.

Le protocole a le mérite de clarifier la différence entre approche thérapeutique et démarche criminologique, notamment les PPR, programmes de prévention de la récidive, développés par le personnel d'insertion et de probation (CIP et psychologues), visant à permettre la prise de conscience de l'acte délictueux et de ses conséquences pour les victimes.

On notera un problème récurrent : la spécialisation des établissements pose le problème de l'éloignement du lieu de vie habituel, de l'éloignement familial et donc des conditions de préparation à la sortie.

3 - Médecin coordonnateur

Dans le dispositif du SSJ avec IS, le soin, sous la forme de l'injonction, est la proposition faite à un auteur conscient de souffrir de troubles psychiques et reconnaissant l'implication de ceux-ci dans l'infraction sexuelle reprochée, de s'engager dans un processus thérapeutique. Son accord, sa parole, est gage (au sens d'engagement) mais non certitude.

La fonction de médecin coordonnateur, interface entre les professionnels de justice et de santé, est une solution pertinente pour d'une part, permettre au soin de se dérouler dans des conditions optimales d'efficacité et de déontologie et d'autre part, contribuer à éclairer les CIP et JAP dans le suivi de la probation.

Au regard des 5398 IS au 1^{er} janvier 2011, on ne comptait que 237 médecins coordonnateurs (17 départements en sont dépourvus). Certes, mais la question est de savoir s'il faut augmenter le nombre de coordonnateurs ou réduire le nombre d'IS...

De plus, à la lumière de la condamnation récente d'un psychiatre pour le meurtre commis par un de ses patients, la responsabilité qui incombe à ce médecin auxiliaire de justice, si le condamné récidive, peut effrayer plus d'un candidat.

4 - CRIRAVS

Il existe désormais 25 centres ressources régionaux pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles. Ce sont des centres experts de recours et de conseil, non effecteurs de soins stricto sensu (même si certaines équipes spécialisées se sont adossées à des CRIAVS). Ils ont vocation à développer les mises en réseau de praticiens en milieu pénitentiaire et en milieu libre, la formation initiale et continue, la supervision de cas complexes, la recherche et la prévention. Ils favorisent les échanges pluriprofessionnels, l'interrogation et le partage sur les pratiques.

5 – Equipes ou structures de soins spécialisées ?

En cette matière, comme en d'autres, l'objectif est de favoriser pour tous l'accès aux dispositifs de soins en tant que de besoin. C'est l'esprit même du service public et de la sectorisation psychiatrique « généraliste » (un devoir et un honneur qu'il conviendrait parfois de rappeler...).

Docteur Catherine PAULET
Chef du Pôle Psychiatrie, Médecine, Addictologie en Détention – Médecine Légale
Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
catherine.paulet@ap-hm.fr

Pour autant, faut-il renoncer à une spécialisation, c'est-à-dire un approfondissement de la connaissance des enjeux et des pratiques ? La réponse est non, mais en veillant à ne pas créer de filière ségrégative. L'intersectorialité et la constitution d'un réseau de praticiens aguerris peuvent être une réponse intéressante.

A l'évidence, la réticence des praticiens à accueillir les patients serait sans doute moindre si les indications étaient plus appropriées (cf. les précédentes remarques à ce sujet).

6 – Propositions

La perte de sens et l'encombrement du dispositif tant du côté des expertises que du côté du soin, que ce soit en milieu pénitentiaire ou en milieu libre, du fait des conséquences « extensives » du millefeuille législatif actuel, incite à proposer non pas une augmentation des moyens en structures ou en personnels dévolus, mais à un recadrage des objectifs.

V – POUR CONCLURE

Les conditions de détention inhumaines et dégradantes telles que dénoncées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté à propos de la prison des Baumettes, appellent certes une réponse matérielle immédiate, mais doivent surtout nous convaincre de l'indignité de la politique du tout carcéral, au sens où non seulement l'individu y perd son humanité mais où la société y perd toute chance de se réconcilier avec ce semblable.

Prévenir la récidive, ce n'est pas neutraliser, c'est réinscrire les auteurs d'infraction dans le tissu social le plus vite possible et sous conditions, pas seulement de respect des règles, mais aussi de vie minimales (droits sociaux, logement, revenus...).

La peine d'emprisonnement devrait être le dernier recours. La liberté accompagnée, sur confiance et parole (alternatives à l'incarcération et aménagements de peine) devrait être la règle.

Dans une conception pertinente de la juste peine, nous ne devrions pas laisser la prédiction, dont on a vu qu'elle ne reposait sur aucune assise scientifique fiable, contaminer le processus de décision.

L'obsession de l'évaluation de la dangerosité criminologique et de la prévention de la récidive devraient céder le pas à ce que les anglo-saxons appellent le « good life model », c'est-à-dire le fait de ne pas se focaliser uniquement sur les facteurs de risque mais aussi et surtout sur les éléments positifs et protecteurs, dans une approche collaborative avec la personne condamnée, en vue de sa réinsertion dans la société dont elle est un membre à part entière.

Ainsi débarrassé de l'exigence de catégorisation (par l'actuariat ou autre) des facteurs de risque, le repérage des facteurs de vulnérabilité retrouverait sa juste place, décentrée et articulée.

Ainsi débarrassé de la présomption d'anormalité du délinquant et du systématisme du fantasme d'un forçage thérapeutique, le soin psychiatrique retrouverait sa juste place, décentrée et articulée, en tant que de besoin.