



Conférence de consensus sur la prévention de la récidive

14 & 15 février 2013

Paris - Maison de la Chimie

Catherine PAULET



Les soins en prison et hors les murs : quel cadre et quels objectifs pour les soins psychiatriques ?

Catherine PAULET

Psychiatre des hôpitaux, Médecin-chef du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de la région PACA-Ouest

Conférence de consensus sur la prévention de la récidive

14 & 15 février 2013

Paris - Maison de la Chimie

Paradigmes à l'œuvre dans nos sociétés contemporaines

- Aversion au risque et extension des protections
- Diffusion de la culture psychologique et dilatation du champ de la psychiatrie
- D'un singulier désir de soin dans les politiques pénales
 - ➔ Faire un pas de côté:
 - De la défiance à la confiance
 - Des facteurs de risque aux facteurs de protection
 - De la prévention de la récidive à la promotion de la réinsertion
 - Du forçage thérapeutique à l'opportunité du soin



Quel cadre et quels objectifs pour les soins psychiatriques ?

Cadre législatif et réglementaire robuste

● Textes socles :

- Lois sur la sectorisation psychiatrique de 1985 : accès aux soins pour tous et lutte contre l'exclusion
- Loi du 18 janvier 1994 : prise en charge sanitaire des personnes détenues par le service public hospitalier
- Loi du 4 mars 2002 : consentement au soin
- Code de déontologie médicale : secret médical

● Exceptions :

- Champ sanitaire : loi du 5 juillet 2011 : HSC
- Champ pénal : loi du 17 juin 1998 : SSJ assorti le cas échéant d'une IS



Quel cadre et quels objectifs pour les soins psychiatriques ?

- **Objectif du soin psychiatrique :**
 - Apaisement des souffrances psychiques et réconciliation du sujet avec lui-même, autrui et le monde qui l'environne
 - Se distingue (sans s'opposer) de la guidance socio-éducative qui vise une meilleure adaptation du sujet aux règles sociétales en vigueur
- **« Indication » d'un soin pénalement ordonné :**
 - Restreinte aux cas relevant d'un soin psychiatrique, i.e. pathologie psychiatrique ou addictive ou dysfonctionnement psychodynamique et relationnel occasionnant une « détresse clinique », 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



En quoi les soins peuvent-ils contribuer à éviter la récidive ?

- Place prépondérante de la « restauration » sociale :
 - Droits sociaux, logement, revenus, relations avec les proches...
 - Rôle essentiel des SPIP
- Place modeste du soin :
 - L'objectif d'apaisement des souffrances et le travail d'introspection et d'interrogation sur le fonctionnement psychique et relationnel, ses déterminants, ses conséquences, sont 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 (ou pas) et de surcroît.
 - Et ce, quelles que soient les techniques de thérapies utilisées, y compris TCC.



En quoi les soins peuvent-ils contribuer à éviter la récidive ?

- **En milieu pénitentiaire** : incitation au soin
- **En milieu libre** : injonction de soin (préférable à l'obligation)
- N'ont de sens que si la personne en saisit l'opportunité. On « n'injecte » pas le sens.
- **Art 122-1-1CP** : garde toute sa pertinence
- **Art 122-1-2CP** : à repenser en articulation avec la question de la précarisation des malades mentaux



Quel bilan tirer du traitement particulier des auteurs d'infractions à caractère sexuel ?

- Des infractions en baisse et un faible taux de récidive.
- Mais une obsession de la présomption de dangerosité et d'anormalité et du principe de précaution dont la forme la plus achevée (et la plus scandaleuse) est la rétention de sûreté.
- Illusion de la prédiction et des outils actuariels
- **Dévoiement de l'expertise psychiatrique** : abandon de l'expertise de diagnostic et de pronostic au profit d'une démarche d'évaluation/prédiction d'une possible dangerosité criminologique.
- **Dévoiement de l'injonction de soin** : caractère d'automatisme de la contrainte au soin et assignation du soin à l'objectif de prévention de la récidive.
- **Importance du rôle didactique des CRIAVS**



Quel bilan tirer du traitement particulier des auteurs d'infractions à caractère sexuel ?

- **Efficacité des traitements :**
 - Impossibilité à établir que les traitements des AICS réduisent de façon significative le risque de récidive. De même, type de prise en charge (TCC versus thérapies analytiques) non significatif.
- **Fonction de médecin coordinateur :**
 - Solution pertinente pour permettre au soin de se dérouler dans des conditions optimales d'efficacité et de déontologie et pour éclairer les CIP et JAP dans le suivi de la probation.
- **Equipes et structures spécialisées :**
 - Approfondissement de la connaissance des enjeux et des pratiques mais risque de filière ségrégative



Conclusion

- Prévenir la récidive, ce n'est pas neutraliser, c'est réinscrire les auteurs d'infraction dans le tissu social.
- L'obsession de l'évaluation de la dangerosité criminologique et de la prévention de la récidive devraient céder le pas au « 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.
- Débarrassé de la présomption d'anormalité du délinquant et du systématisme d'un « forçage » thérapeutique, le soin psychiatrique retrouverait sa juste place, décentrée et articulée, en tant que de besoin.

