

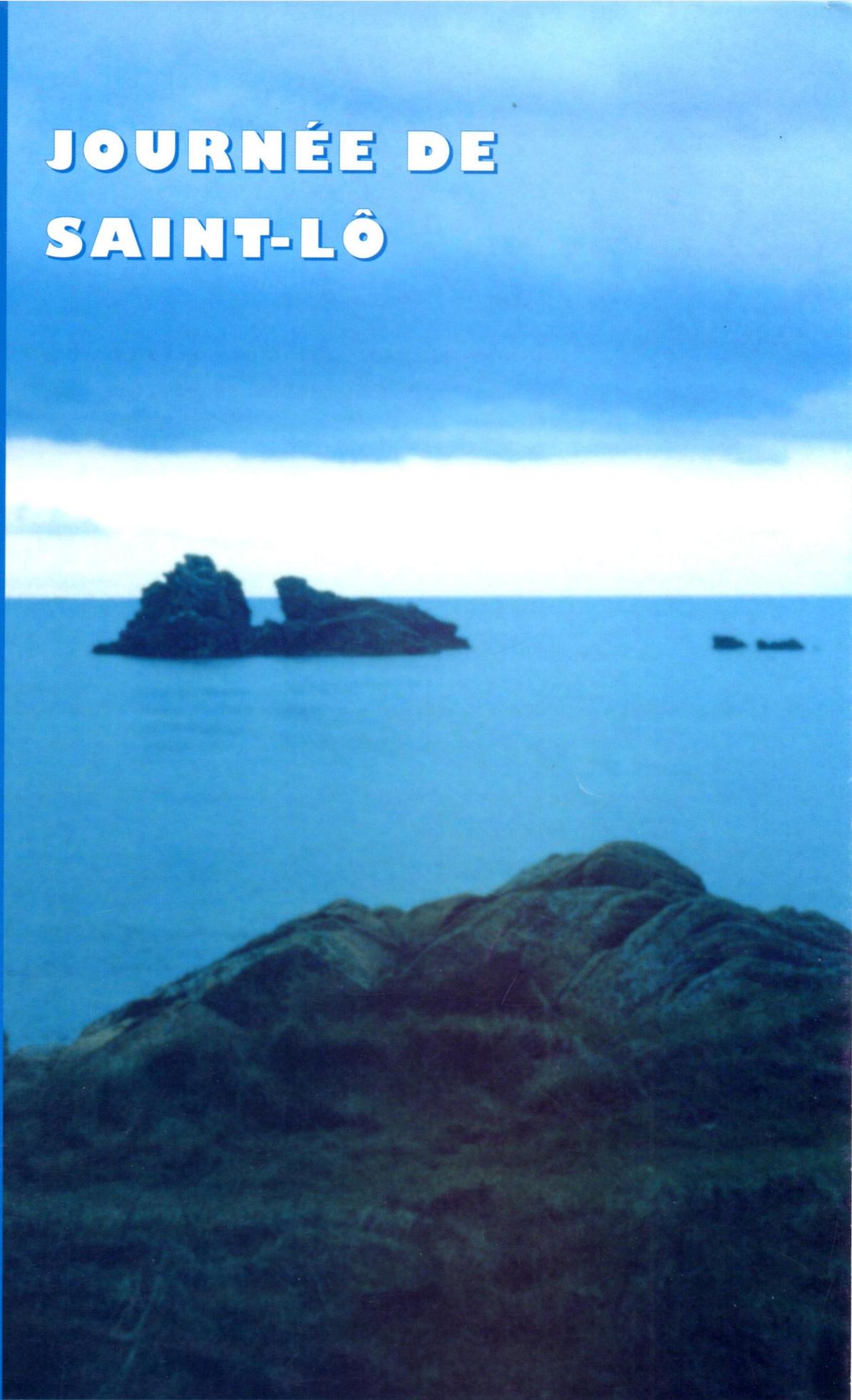
PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé
Mentale*

N° 22

ISSN 1157-5135

JOURNÉE DE SAINT-LÔ



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

1Éditorial

2Brèves

Journée-rencontre de Saint-Lô, 19 octobre 1998 : psychiatrie et justice

4Une expérience des relations justice-psychiatrie vécue au SMPR de Caen
Dr PLICHART, praticien hospitalier - M. LECUYER, psychologue.

9Pratiques infirmières en Maison d'Arrêt
M. FOUCAULT, infirmier de secteur psychiatrique

12Interventions psychiatriques en secteur pénitencier : point de vue d'un Directeur
M. DEFEINGS, Directeur de la Maison d'Arrêt d'Alençon

13La loi Guiguou sur la présentation et la répression des infractions sexuelles
Mme le juge MORICE, juge d'Application des Peines

16Les rapports psychiatrie-justice dans le contexte de la prise en charge
des délinquants sexuels
M. MÜH, psychologue - M. LEBIGOT, praticien hospitalier

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Secrétaire adjointe : Marie-Line HAMELIN
Comité de rédaction : J.- N. LETELLIER
J. ANDERSON, M. PITON,
G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD
T. JEGARD

Composition et impression :

Photos :

Secrétariat :

Dépôt légal :

LOCOMOTIVE

02 33 07 54 09

COURCY

P. LAMOTTE

PICAUVILLE

02 33 21 84 66

4^e trimestre 1998



Psychiatrie et justice

Programme ambitieux et vaste s'il en est! Sous un chapeau aussi large et dans le cadre par nature restreint d'une journée de travail ne pouvait être traité qu'un aspect des choses et le sous-titre de la journée aurait pu être : *SMPR, soins aux détenus et aux délinquants sexuels, loi du 17 juin relative au suivi socio-judiciaire*. Vous en trouverez le compte rendu dans les pages de cette revue.

La zone des interférences entre deux domaines aussi vastes s'étend donc bien au-delà de ce qui a pu être abordé : loi de 1968 sur les incapables majeurs, loi du 31 décembre 1970 sur la toxicomanie, loi du 27 juin 1990 ayant remplacé la vieille loi de 1838, loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux (loi ayant la particularité de ne pas être appliquée; une loi non appliquée ne pouvant qu'affaiblir les lois qui le sont) pour ne citer que quelques textes; c'est aussi la question de l'irresponsabilité pénale de la personne "en état de démence" au moment des faits, la pratique en développement exponentiel depuis peu au recours à l'obligation de soins (sanction pénale ou soins? La réponse est de plus en plus souvent sanction pénale et soins...). Écrire une liste exhaustive des points de rencontre de ces deux domaines semble déjà en soi une gageure.

Et cela d'autant plus que le champ de ces rencontres peut encore être élargi dès lors que la psychiatrie noue des relations privilégiées avec le champ de la santé mentale et que l'on s'intéresse à l'évolution des attitudes sociologiques sur de grands thèmes de société, évolution des attitudes qui finissent par s'inscrire dans une modification de la législation, à l'évolution des pratiques de la justice (certains délits sont maintenant plus facilement poursuivis qu'auparavant, exemple les affaires "politico-financières"), et aux interrogations que cela suscite, au fonctionnement même de l'institution judiciaire (son manque de moyens, sa "lenteur"). Tout ceci ne pouvant être sans relation avec ce que l'on appelle la santé mentale.

Et puis, il reste l'incontournable interrogation sur le sens des lois, sur leur fonction (leur *esprit* aurait dit Montesquieu). Pour Pierre Legendre "*la loi sert à cela : nous faire vivre et accéder au monde*".

P.-S. : raccourci un peu abrupt qui a pour but de vous inviter à lire le remarquable entretien avec Pierre Legendre paru dans *Télérama* n° 2555 du 30 décembre 1998.

Le Président,
docteur Jean-François GOLSE.

votre courrier

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître : soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville, soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados, ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

BRÈVE FÉDÉRATION CROIX-MARINE

Journées de formation continue Nice, 20, 21 et 22 septembre 1999 "Précarité et troubles psychiques, quelle politique?"

Aujourd'hui, les situations de précarité et, au-delà, l'exclusion, génèrent "une souffrance qu'on ne peut plus cacher" (A. LAZARUS) qui interpelle les équipes de psychiatrie.

Loin de se manifester seulement par des troubles mentaux avérés, cette souffrance psychique et les perturbations qui s'y relient s'expriment, avec une fréquence croissante, sous des formes mal identifiées, chez des sujets qui sont porteurs de graves défaillances dans la maîtrise de leurs repères affectifs, relationnels, sociaux. Ces personnes doivent être abordées sous des éclairages multiples et complémentaires, en essayant de saisir les liens dialectiques qui unissent **les registres de l'intrapsychique et de l'intersubjectif**.

Une question centrale est alors posée par l'exigence d'une coopération entre les intervenants qui se situent à des niveaux différents, mais complémentaires. Il importe, en effet, que les articulations entre dispositifs sociaux et dispositifs psychiatriques de prévention ou de soins n'aboutissent pas à une simple juxtaposition, mais permettent l'accès des personnes concernées à un ensemble cordonné "en réseau" qui apporte les réponses nécessaires **à la fois sur le plan social et sur le plan psychique**.

Quelle politique peut-on élaborer selon ces principes? Quels moyens sont nécessaires aux équipes psychiatriques pour y tenir, efficacement, leur place? Comment envisager l'intervention des équipes de statut associatif?

Renseignements : FÉDÉRATION D'AIDE À LA SANTÉ MENTALE CROIX-MARINE

Christel HILAIRE

31, rue d'Amsterdam - 75008 PARIS

Téléphone : 01 45 96 06 36 - fax : 01 45 96 06 05 - minitel : 3615 MENTALINFO

N° d'organisme formateur : 11.75.203.79.75

Nous apprenons la publication récente par un psychologue de la fondation BON SAUVEUR de PICAUVILLE, Serge LAUNAY, d'un roman dont le titre est **Succès**, publié aux éditions **CARACTÈRES**.

Ce roman ou plutôt cette nouvelle s'inspire largement d'expériences issues de la pratique psychanalytique de l'auteur et de sa rencontre avec la vie de l'institution psychiatrique.

L'Assemblée Générale de l'association Croix-Marine de Basse-Normandie s'est tenue à Caen en janvier dernier. Le docteur GOLSE, président, a dressé le bilan de l'année écoulée et a évoqué les objectifs et perspectives pour l'année 1999.



LA TROUPE DU CATTTP

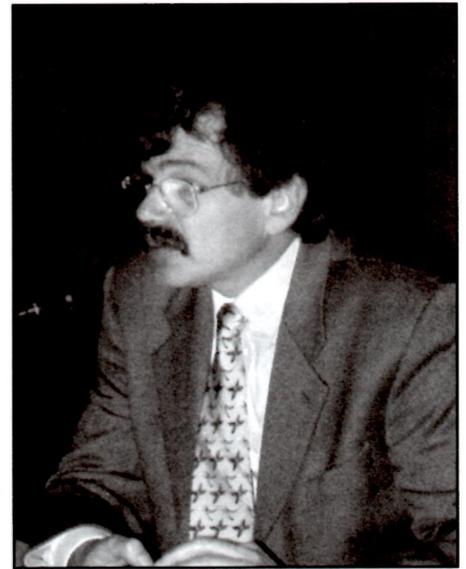
Le CATTTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) "**Les Salicornes**" travaille depuis mai 1998 sur une activité théâtre. Laurence Le Borgne, psychologue au CATTTP, a constaté que les occupations proposées favorisaient peu les relations et la communication autour de l'expression des patients. Avec la collaboration de Nadine Charles et Daniel Gauthier, infirmiers à Salicornes, il est désormais possible, deux heures tous les quinze jours, aux patients de jouer la comédie. La troupe est composée de sept personnes dont la motivation est de vaincre leur timidité. Un contrat moral lie acteurs et animateurs pour ne pas abandonner l'activité en cours d'année. N'est pas comédien qui veut, aussi dans un premier

temps, les participants ont fréquenté la bibliothèque municipale de Granville à la rencontre d'auteurs et de pièces. Moyen d'expression et de communication, le théâtre est un outil thérapeutique pour l'équipe du CATTTP en ce sens où il met en relation les patients entre eux et avec l'équipe, notamment au cours des répétitions où peuvent être abordés certains problèmes dans un cadre ludique. L'activité théâtre fait aussi appel aux autres activités de la structure : photo, peinture, couture pour mettre sur pied un spectacle complet. L'activité théâtre donne l'occasion à l'équipe soignante de remettre sa pratique en question et de redonner une dynamique dans la prise en charge des patients. Pour tous le théâtre est le lien entre plaisir et réalité.

psychiatrie et justice

Une expérience des relations justice-psychiatrie vécue au SMPR de Caen

Par le Dr PLICHART, praticien hospitalier
et M. LECUYER, psychologue



Dr PLICHART

Introduction (Philippe Plichart)

Monsieur A est innocent. Sa véhémence verbale ponctuée d'index menaçants et de regards aigus, noirs aux yeux bleus, débite une thématique paranoïaque. Il délire d'innocence car son innocence est le centre d'un vaste réseau de persécution dont l'histoire remonte à loin et qui se résout finalement dans de sombres manipulations policières validées par une justice sardonique. Et moi dans tout cela : je suis un petit fonctionnaire aux ordres, je tiens trop à ma galette pour vivre autrement que couché, je suis un maillon d'un système dont il s'offusque que je suggère qu'il puisse en être un autre

Pourtant il vient me voir, vidant sur moi régulièrement sa haine désespérée des juges, en affirmant aussi qu'il a quand même confiance dans le salaud que je suis.

Monsieur B est lui aussi innocent. Il raconte tout son parcours judiciaire alors qu'il arrive en fin de peine. Après des premières années de souffrance marquée par des oscillations pondérales, des troubles somatiques divers, des joutes procédurales éperdues, il s'est résolu à faire de l'incarcération un temps particulièrement dynamique.

Très occupé, très reconnu, impliqué dans de nombreux aspects de la vie quotidienne carcérale, il se soucie - au seuil de sa libération - de former ou d'initier des successeurs pour continuer d'animer les réseaux socio-culturels dont il est le pilier. Ne souffrant apparemment de rien, paraissant au psychiatre que je suis un frère de la constellation normo-névrotique, il vient aussi régulièrement me rencontrer. Pourquoi? J'ai toujours eu le sentiment que je l'aidais à faire le deuil anticipé de la prison. Est-ce la raison? En tout cas lui aussi me parle des juges, de ses divers juges. Sans magnanimité suspecte il les comprend. C'est un système qui a ses règles. Les règles constituent un devoir pour le Magistrat. Elles peuvent l'aveugler. En tout cas elles créent une logique implacable mais cohérente. Malheur à qui est pris dans cette logique si c'est indûment mais il n'y a pas lieu de leur en vouloir.

Quant à mon écoute de son innocence, très longuement répétée au cours des premiers mois d'entretiens, il comprenait que je m'en tenais, que je ne pouvais et ne devais m'en tenir qu'à l'innocence dans le discours, qu'à la vérité de ses mots et que la vérité factuelle ne me concernait pas, que je devais, en quelque sorte, ne pas même me poser la question de son innocence ou de sa culpabilité réelles.

Ces deux situations cliniques sont quasiment à des antipodes psychopathologiques. Ce n'est pas le lieu ici de les approfondir. Mais c'est être dans le propos de notre intervention d'aujourd'hui de s'arrêter à ce qu'elles ont de commun. Monsieur A comme Monsieur B désignent implicitement trois partenaires :

- eux-mêmes détenus ;
- un système judiciaire ;
- le psychiatre.

Certes Monsieur A vit le système judiciaire comme un magma indifférencié et malfaisant qui ne peut se préciser que contre lui. Certes il fait la supposition que le psychiatre est inféodé à ce système. Inféodé à lui mais pas confondu avec lui. De la sorte il reste quand même et lutte pour rester dans un sentiment d'altérité : altérité de lui pour autrui, altérité des autres contre lui. Il est en passe de perdre cette altérité à chaque instant. Il est probable que les entretiens l'aident à la maintenir encore et à lui faire vivre sa persécution moins follement en lui laissant le champ d'une logique discursive explicative. Quant à Monsieur B il est lui un

quasi chantre de cette altérité, à un point tel que cela ne laisse pas d'étonner.

Quoi qu'il en soit il apparaît que les relations justice-psychiatrie en prison sont le lieu où doivent se construire cette altérité mais aussi celui où elle peut s'anéantir. C'est un lieu dangereux.

Au SMPR de CAEN nous avons choisi d'expérimenter une politique active de travail avec la justice. Nous avons au début la crainte précisément de tomber dans la confusion du même, nous craignons que notre attitude puisse être ambiguë. Mais nous nous sommes dit que la psychiatrie en prison - puisque psychiatrie en prison il y avait - suscitait par essence la question de l'ambiguïté. Nous avons *in fine* jugé que de pousser le paradoxe jusqu'à travailler avec le système, comme disent Monsieur A et Monsieur B, était au contraire un facteur de clarté, pour autant que nous pouvions tenir une place de locuteur et participer à une confrontation des discours.

Jusqu'à présent nous avons globalement à nous en féliciter.

Le moment est venu d'expliquer le quotidien de ce travail en commun, ses modalités, ses conditions, ses difficultés et ses fragilités. Je passe donc la parole à Christian Lecuyer.

Christian Lecuyer

Après cet exposé introductif, ce n'est donc pas en toute innocence que je vais m'adresser à vous afin de vous exposer ce qui dans le quotidien du fonctionnement du SMPR peut apparaître comme original dans notre choix d'une politique active de travail avec la justice.

Je soutiendrai mon exposé à l'aide principalement de notre expérience au Centre de Détention de Caen.



M. LECUYER

Cela fait maintenant trois ans que le SMPR de Caen est créé.

Trois années au cours desquelles nous avons offert aux détenus qui le souhaitent des rencontres, des entretiens, des suivis à visée psychothérapeutique. Ceci dans le cadre de nos missions telles qu'elles sont définies par l'arrêté de décembre 1986 faisant de notre secteur un secteur de psychiatrie générale en milieu pénitentiaire devant "répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements d'une région pénitentiaire". Pour nous, il s'agit, dans la région Basse-Normandie, de répondre, en attendant les lits d'hospitalisation, aux besoins de la population détenue à la Maison d'Arrêt et au Centre de Détention de Caen.

Quatre missions nous sont dévolues par cet arrêté de décembre 1986 :

- une mission générale de prévention avec un dépistage systématique des troubles psychiques des entrants dans l'établissement pénitentiaire;
- une mission de mise en œuvre des thérapies psychiatriques nécessaires aux détenus ou condamnés, à l'exception de ceux relevant de l'article D 398 du code de procédure pénale¹;
- une mission de suivi psychiatrique post-carcéral de la population en coordination avec les équipes de

secteur de psychiatrie adulte et infanto-juvénile;

- une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies en milieu pénitentiaire.

Il s'agissait donc, et il s'agit d'ailleurs toujours, de mettre en place un véritable secteur de psychiatrie générale dans un milieu, la détention, dont la finalité n'est pas thérapeutique – la prison ayant une mission précise assignée par le corps social : "la privation de liberté et rien d'autre".

L'exercice de la psychiatrie en milieu carcéral doit respecter la dualité entre le juge, qui doit apprécier l'acte commis sur le plan de son inacceptabilité sociale, et nous, qui offrons de comprendre, voire d'interpréter, ce que cet acte veut dire dans l'histoire singulière du sujet.

Il s'agit là d'une dialectique fondatrice qui permet de ne pas faire l'impasse sur le fait que la personne incarcérée a un compte à rendre, indépendamment de ses souffrances psychologiques.

Mais alors, quelle position est la nôtre si l'on accepte de reconnaître la demande de thérapie comme une mise en mots dans une institution fermée face à cette autre dialectique qui existe entre le détenu-patient d'un côté et le cadre pénitentiaire de l'autre?

Pouvons nous adhérer pleinement à la position de psychothérapeute ? – qui veut que seule une demande authentifiée et dégagée de tout bénéfice primaire puisse être légitime – le travail psychothérapeutique n'étant alors possible qu'une fois que l'individu a réglé sa dette. Ou alors, à l'opposé, à cette autre position d'un courant actuel de la criminologie qui réduirait la mission de la psychiatrie au traitement des déviances, voire aux rééducations des comportements avec à l'extrême la

volonté de créer des établissements spécialisés à cet effet, comme nous pouvons déjà l'observer dans certains pays.

La troisième alternative, qui est en fait la nôtre, est de reconnaître qu'il y a des situations en prison qui rendent nécessaire un soin et pas seulement une réponse à un symptôme. Tout en acceptant que la personne concernée puisse s'engager dans un questionnement sur sa déviance, ses troubles du comportement.

Cette position autre nous permet de reconnaître la réalité psychique de la personne incarcérée, tout en évitant de tomber dans la toute-puissance que la justice voudrait trop souvent prêter au discours psychiatrique.

Ainsi, nous pouvons être à même d'assumer une place où est clairement posée la question de nos limites et où peut s'exercer notre compétence propre. C'est en ce sens qu'il faut entendre notre participation aux CAP (Commissions d'Application des Peines). Participation qui peut vous apparaître sinon déplacée, tout au moins paradoxale.

Ne donnons-nous pas raison à Monsieur A lorsqu'il suppose que la psychiatrie est inféodée au système judiciaire en participant à ces réunions?

La psychiatrie en milieu pénitentiaire n'est pas une psychiatrie expertale. Le thérapeute n'est pas l'expert, cette évidence mérite d'être répétée surtout dans un pays où l'on tend à attribuer de plus en plus d'audience à la psychiatrie des faits délinquants et criminels.

La seule position qui soit alors acceptable, tenable, tant sur le plan éthique que sur celui du soin est celle de la "neutralité active" (Docteur Gravier).



Neutralité signifiant une implication *a minima* dans les processus judiciaires : que ce soit avant le procès ou dans les processus d'exécution de la peine.

Neutralité ne signifiant pas indifférence vis-à-vis de ce qui se joue. Aider le patient à affronter les temps déterminants de son Instruction Judiciaire ou de sa peine sont des attitudes qui permettent de construire le soin, de se poser en tiers et de construire la relation de confiance qui pourra l'aider à évoluer.

Neutralité dans le processus de soin ne peut signifier abstention face aux stratégies défensives de nos patients. En particulier, face aux stratégies déniaient le thérapeute, laissant le patient dans une toute puissance narcissique lui empêchant tout accès au sens.

Neutralité signifie également ne pas rompre le secret de la confidentialité de nos entretiens. Témoins souvent muets de ce qui se dit en CAP, n'hésitant pas à y redéfinir nos limites, notre place dans le respect du secret, notre éthique.

Témoins silencieux mais témoins pouvant proposer un autre discours offrant du sens à la parole des uns et des autres en séance.

Témoins également de la parole de l'Administration Pénitentiaire évitant de ce fait que cette administration, avec à sa base le surveillant, se vive comme le mauvais objet sans parole crédible.

Témoins également des détenus qui, s'ils le désirent, sont invités à exposer leur projet de réinsertion, de permission.

C'est également au cours de ces commissions qu'un des intervenants ne manquera pas de nous interpellé quant aux difficultés que peut rencontrer tel ou tel détenu et nous demander de le rencontrer. Cette demande d'aide pour des détenus à symptômes n'a pas à être escamotée, elle est à entendre. Aussi, aussi souvent que nous le pouvons et dans la mesure où elle nous concerne réellement nous proposerons au détenu de nous rencontrer. Sans omettre de lui rappeler par quel canal la demande nous est parvenue.

Nombre de détenus présentent des structures de personnalité immature, psychopathique, ou pré-psychotique et, loin d'avoir une demande à adresser au psychiatre, ils s'en méfient. Ayant gardé le souvenir de l'expertise psychiatrique intervenant dans leur procès et à laquelle ils n'ont, sinon rien com-

pris, tout au moins retenu que l'influence négative qu'elle a pu avoir imaginativement ou réellement sur leur condamnation.

Si la tendance actuelle, et la loi en demande sans cesse davantage comme pour se rassurer et rassurer l'opinion publique, est aux expertises médico-psychologiques, c'est le juge de l'Application des Peines qui en détention en fait la demande. L'expert psychiatre rencontre le détenu puis adresse son expertise au demandeur.

Lorsque les conclusions de l'expertise vont dans le sens d'une orientation vers le champ psychiatrique même si la construction expertale peut apparaître pour le moins ambiguë telle que *"Monsieur X fait montre de peu de capacités introspectives mais un suivi psychothérapeutique apparaît souhaitable pendant le temps de son incarcération"*, l'orientation post-expertale se fera par le juge de l'Application des Peines vers nos services. Charge à nous donc de rencontrer le détenu, d'évaluer avec lui si une réelle demande peut émerger de cette "demande par intermédiaire", tout en conservant à l'esprit qu'il se sera présenté sous la pression d'un possible aménagement de peine soumis à conditions.

À nous de lui expliquer, puis d'expliquer au besoin à son mandant, les raisons pour lesquelles un suivi thérapeutique ne sera pas mis en place dans l'immédiat.

Il est important de pouvoir offrir à chaque intervenant au cours de ces demandes des définitions les plus claires possibles de nos limites.

Beaucoup ne comprennent pas cette attitude qui peut apparaître comme une démission face à la dangerosité ou à la potentialité de récurrence de nos patients. Nous ne faisons pas une clinique de la dangerosité en détention.

Nous ne sommes ni omnipotents ni omniscients, mais nous avons un domaine de compétences qui est celui de la psychiatrie et qu'il faut sans cesse redéfinir auprès de nos interlocuteurs.

L'expertise médico-psychologique peut être également un moment fécond, pour le patient, venant quelquefois réajuster le regard du détenu sur lui-même. Réajustement par l'évaluation de cette nouvelle expertise, de ses conclusions et de ce qu'elle peut ou non renvoyer au sujet comme réminiscences des actes qu'il a pu commettre à un moment de sa vie, comme des premiers temps de son incarcération et des angoisses plus archaïques qu'ils sous-tendaient.

Une expérience des relations justice-psychiatrie vécue au SMPR de Caen

Charge à nous, avec eux, de leur permettre de s'approprier ces nouvelles données en regard d'éléments sur eux-mêmes qu'ils ne voulaient ou ne pouvaient pas percevoir consciemment ou inconsciemment. Figés qu'ils étaient dans la monotonie de leur vie carcérale, arc-boutés dans leur déni.

Mais je vous parle là des cas les plus favorables où le détenu-patient a pris conscience qu'il a la liberté de s'engager dans une démarche de parole.

Certains autres, au contraire, tenteront de répéter comme à l'infini le scénario du déni de leur acte, venant nous rencontrer en nous figeant comme de simples spectateurs où aucun échange vrai n'a de place, sans repère possible de notre altérité.

Fréquemment troublée par des passages à l'acte auto ou hétéroagressifs

"l'homéostasie pénitentiaire" (Michel David) est mise à mal montrant peut-être ses propres limites.

Souvent tentée par une scientisation rassurante, l'Administration Pénitentiaire fait appel à nous, surtout la Maison d'Arrêt, pour mettre fin à ces manifestations perturbatrices. Plaintes, revendications dont nous ne sommes pas la cible mais un témoin social et auxquelles nous ne répondons pas nécessairement sauf dans le cas où elles sont sous-tendues par des perturbations pathologiques avérées. Là encore notre non-intervention n'a d'autre sens que de préserver l'authenticité, la valeur de la démarche revendicative du détenu même si c'est au risque de bousculer cet ordre si précaire qui règne en détention.

Paradoxalement, lorsqu'une thérapeutique médicamenteuse de psychotropes ou de traitement de substitution à la toxicomanie est prescrite par les psychiatres du SMPR, elle peut être mal perçue par le personnel pénitentiaire. Mal perçue puisque prescrite à des détenus vivant très mal leur incarcération et donc difficiles à supporter au quotidien pour les surveillants.

Difficile à admettre puisque la délivrance des traitements ne se fait plus à la "fiolle" mais dans les formes galéniques les plus usuelles et donc avec le risque de stockage et/ou d'échanges sinon de trafic. La circulation du médicament en détention est une réalité et une source permanente de troubles de l'ordre carcéral qui certes préexistait à notre arrivée mais qui s'est accentuée avec l'augmentation du nombre de prescripteurs et de consultations.

Là encore des ajustements ont pu avoir lieu après concertation entre les acteurs médicaux et pénitentiaires dans le respect des pratiques et devoirs de chacun.

Il nous semble également que nous avons pleinement notre place lorsqu'il s'agit de réfléchir avec nos partenaires autour de thèmes tels que le suicide en détention ou les adolescents incarcérés.

Souci de santé publique, le suicide en détention, où l'on parle même d'un taux de "sursuicidarité" d'environ 6 fois plus élevé que dans la population générale en France, est actuellement au cœur de réformes à venir pour ce qui a trait principalement à la détention préventive.

Au-delà du simple fait de la concentration en prison d'une population à risques suicidaires, les conditions de détention sont soumises à débat. Débats auxquels nous participons avec les autres acteurs de la détention. Lieux d'échanges avec les personnels pénitentiaires où peuvent se côtoyer des cadres conceptuels différents permettant à chacun d'avoir un autre regard sur les personnes détenues étant bien entendu que les personnels pénitentiaires ne sont pas des thérapeutes. Ils ne sont pas non plus soumis au secret médical, mais nous ne pouvons méconnaître qu'ils ont une connaissance particulière des détenus et qu'ils sont ceux auxquels les détenus s'affrontent au quotidien.

C'est dans ce même esprit que nous invitons le surveillant pénitentiaire et le travailleur social, référents du secteur mineur à la Maison d'Arrêt, à participer aux réunions mensuelles que nous organisons avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse et les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile du département du Calvados. Ces réunions permettent de maintenir une

continuité entre la prise en charge éducative ou psychiatrique antérieure ou à venir pour le jeune incarcéré. Interlocuteur privilégié de ces jeunes détenus, le surveillant référent apportera à la réunion ses observations, ses craintes quant au déroulement de la vie carcérale quotidienne de ces jeunes. Aussi isolé qu'eux-mêmes, en ce qui concerne leur vie, leurs relations avec l'extérieur, il pourra être un relais rassurant pour ces adolescents après avoir entendu parler d'eux par les personnels qui les ont accompagnés avant leur mise en détention.



Vous l'aurez compris, intervenir dans l'institution carcérale avec un rôle de tiers, c'est accepter d'être un point de tension constant qui doit préserver l'espace de confidentialité et de confiance avec le patient, tout en évitant les clivages qui pourraient s'opérer trop brutalement avec l'administration.

Pour permettre à la violence des sujets de se verbaliser, d'être élaborée et éviter d'épuiser les uns et les autres dans la répétition, il ne peut être question d'un travail de thérapeute isolé.

Le travail en équipe est d'autant plus rendu nécessaire que nous avons affaire à des sujets clivant et projetant en tous

sens, suscitant conflits et violence, pour lesquels les regards croisés pluridisciplinaires, les élaborations collectives et les cothérapies permettent de construire une démarche thérapeutique authentique.

L'activité thérapeutique en détention, telle que nous la pratiquons, rend nécessaire l'établissement de points de repères conceptuels. Nous sommes ainsi perçus, non comme des agents de régulation de l'enfermement, mais comme des médiateurs potentiels.

Repères conceptuels ne pouvant pas reposer sur des principes éthiques et déontologiques désincarnés mais sur une pratique quotidienne, véritable dimension soignante nécessitant d'être reprise, discutée en réunion institutionnelle.

Pour terminer et avant de redonner la parole à Philippe Plichart, j'aimerais faire deux remarques :

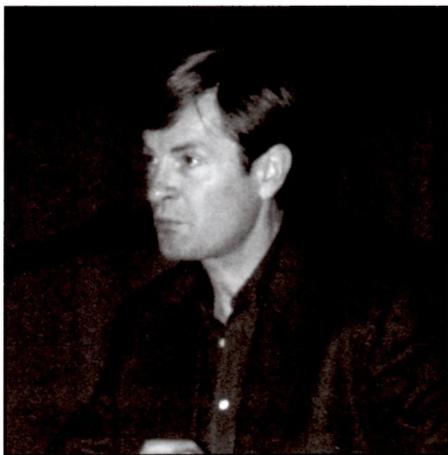
La première, mais vous l'aurez compris, plus qu'une affaire d'institution, la pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est une affaire entre individus. Les schémas de fonctionnement qui sont les nôtres actuellement ne seront certainement pas les mêmes d'ici quelque temps, car nous avons toujours à redéfinir notre place et nos interlocuteurs eux aussi peuvent changer.

La seconde remarque, tient à l'évolution actuelle de l'Institution Pénitentiaire. Évolution certes différente de celle que nous connaissons dans le domaine de la psychiatrie, mais qui pourrait, dans le meilleur des cas, tendre vers ce que le Directeur du Centre de Détention exposait lors

d'une récente conférence au Mémorial de Caen : **"la prison doit être un lieu de passage et non un lieu de vie"** ouvrant de ce fait large les portes vers le retour à la société pour le détenu-citoyen.

Évolution également dans laquelle nous pouvons peut-être être un "maillon" et non une fin comme je le soulignais en début de mon exposé sinon au risque de faire devenir cette institution pénale véritablement totalitaire.

1 • Article D398 du code de procédure pénale : "Les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire..."



Conclusion (Philippe Plichart)

À l'issue de ces réflexions, je voudrais transmettre deux messages qui me paraissent importer :

- Les relations psychiatrie-justice telles que nous les connaissons au SMPR de Caen supposent en fait une éthique de l'action, dans l'action et non avant ou après. Tant il est nécessaire, en effet,

de vivre le respect réciproque d'autres côtés, d'autres logiques tels qu'ils se présentent et se conçoivent par la rencontre d'autres personnes.

- Et surtout, qu'au fond ces relations doivent se nouer sous le regard des citoyens. Fécondes ou stériles, sans ce regard, elles ne seraient que le fruit d'une sorte de perversion sanitaro-judiciaire.

Pratiques infirmières en maison d'arrêt

Par M. FOUCAULT, infirmier de secteur psychiatrique

LE TRAVAIL INFIRMIER, pour être efficace, doit toujours composer avec quantité de paramètres, ceux du patient, ceux du lieu de soins, ceux des orientations de santé publique. Ce n'est donc pas si simple dans la mission qui est la nôtre de composer avec toutes ces réalités.

Nouvelle organisation des soins aux détenus

Réforme du système de soins généraux

La loi du 18 janvier 1994 : cette loi a permis de transférer la responsabilité des soins aux détenus de l'administration pénitentiaire à la tutelle de l'hospitalisation publique. Le service hospitalier assure, grâce à des protocoles

avec les établissements pénitentiaires, la nouvelle organisation des soins aux détenus, à l'exception de ceux du programme 13000, dans lesquels la prise en charge médicale des détenus est déléguée à des sociétés privées (comme le centre d'Argentan).

Sont ainsi concernés par ce nouveau dispositif de soins 149 établissements pénitentiaires et près de 45 000 détenus. Côté sanitaire, 206 centres hospitaliers dont 75 à vocation psychiatrique. La mise en place du nouveau dispositif de soins a abouti à un protocole avec un établissement de santé de proximité désigné par le Préfet de région où sera implantée une UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires). L'établissement de santé a pour mission d'assurer l'ensemble des prestations relevant de la médecine générale.

- Permanence des soins ;
- les consultations spécialisées techniquement réalisables sur place, afin d'éviter les déplacements des détenus ;
- l'accueil en milieu hospitalier ;
- soins dentaires ;
- l'organisation du suivi médical après l'incarcération ;
- la coordination des actions de prévention.

La prise en charge psychiatrique

Le décret du 14 mars 1986 a confié aux services hospitaliers spécialisés les actions de santé mentale. Ce même texte a créé les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire les SMPR (Service Médico-Psychologique Régional). La prise en charge médico-psychologique des détenus repose sur

les secteurs de psychiatrie générale et sur 26 SMPR implantés dans des établissements pénitentiaires. Les soins courants sont assurés par les secteurs de psychiatrie locaux ou par les SMPR présents dans les établissements. Les



prises en charge plus lourdes et notamment les hospitalisations sont effectuées dans les SMPR. Toutefois, l'hospitalisation en SMPR, ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne. Lorsque l'hospitalisation doit être imposée au malade, elle est réalisée à l'extérieur de la prison sous la forme d'une hospitalisation d'office dans un établissement psychiatrique.

Présentation de la maison d'arrêt d'ALENÇON

La maison d'arrêt d'Alençon compte environ 80 détenus, qui pour la moitié sont là pour des problèmes de mœurs, pédophilie, inceste, viols et pour l'autre moitié pour de la petite délinquance, vols, alcoolisme et toxicomanie.

Les équipes

Tout d'abord l'équipe UCSA, qui est constituée d'un médecin généraliste passant 2 fois 2 heures par semaine et de 2 infirmières D. E à mi-temps présentes tous les après-midi. L'équipe psychiatrique est composée d'un médecin psychiatre, 2 à 3 heures par semaine, d'un psychologue une demi-journée par semaine et d'un infirmier psychiatrique 2 demi-journées par semaine.

Mon intervention à la maison d'arrêt

Elle a fait suite à un protocole datant de 1994, signé par le Préfet de région, le directeur régional pénitentiaire, les

directeurs des hôpitaux généraux et psychiatriques et le directeur de la maison d'arrêt d'Alençon. Ce protocole décrit que "*l'infirmier psychiatrique aura pour fonction de repérer les troubles psychiatriques des entrées et de*

préparer le détenu à l'entretien avec le médecin psychiatre. Il aura aussi pour rôle de faire un suivi, soit à la maison d'arrêt, soit à l'extérieur après la sortie de la maison d'arrêt. Son temps d'intervention sera de 2 demi-journées par semaine et d'une demi-journée à la demande. Par ailleurs, il assurera 2 demi-journées pour le suivi à l'extérieur au CMP".

Mon arrivée en 1994, s'est faite sans trop de difficulté, je n'étais pas attendu mais je ne fus, néanmoins, pas rejeté. Il y eut quelques petites réflexions, résistances au début de la part de certains surveillants, mais dans l'ensemble, mon intégration s'est faite en douceur. Le milieu carcéral souffre, en effet, d'un

Pratiques infirmières en maison d'arrêt

manque de surveillants, l'arrivée des intervenants extérieurs alourdit leur travail, il faut aller chercher les détenus, ouvrir et fermer de nombreuses portes avant de nous les confier. Mon activité varie au rythme des mouvements, quand les surveillants sont occupés à conduire les détenus à la promenade, à l'école, au parloir, auprès de leur avocat, à une extraction pour le palais de justice ou autre, je passe parfois beaucoup de temps à attendre. Je consacre une demi-journée à voir les entrants et ceux qui souhaitent me rencontrer et l'autre demi-journée à

la consultation du psychiatre. L'accueil des arrivants se fait en général le vendredi matin.

L'accueil

Mon entretien d'accueil se distingue bien entendu du modèle médical classique. Il s'agit tout d'abord d'établir une relation de confiance, afin d'obtenir une évaluation globale de l'individu, qui prendra en considération, non seulement, l'aspect psychopathologique de la personne, ses antécédents, mais aussi le contexte familial, social et même professionnel. J'essaye ainsi de repérer les situations d'urgence ou de détresse qui nécessitent l'éventuelle mise en place d'un traitement. Cet entretien constitue un moment essentiel pour le détenu, car il offre, dès le début de l'incarcération, un espace de parole très appréciable au moment où le détenu vient de subir le choc de la garde à vue et de l'incarcération. Mais, pour la plupart, c'est leur premier contact avec la psychiatrie, ce sont des individus qui à l'extérieur ont peu accès aux soins, sont souvent marginalisés et peu tolérants aux frustrations. Mes entretiens se font dans un bureau et sans la présence d'un surveillant. Après m'être présenté et avoir parlé de l'équipe psychiatrique et de notre rôle, j'insiste sur le caractère indépendant que nous avons vis-à-vis de

l'administration pénitentiaire et judiciaire et du secret médical auquel nous sommes tenus. Mon objectif, lors du premier contact, après m'être intéressé à leur état de santé du moment, est de dépister une éventuelle pathologie psychiatrique, une souffrance psychique ou de repérer des conduites addictives nécessitant un suivi médical ou psychologique. Cet entretien comprend un moment d'écoute, où ils expriment leur souffrance, ils évoquent leur incarcération, leur privation de liberté, l'inquiétude par rapport à leur famille, leur sentiment d'abandon. Le cas

échéant, cet entretien est suivi d'une consultation avec le médecin psychiatre. Sinon, de nombreux détenus ne sont vus que lors de cet entretien malgré mes encouragements à consulter le psychiatre ou le psychologue. Pour ceux qui ont quelques difficultés avec l'alcool et qui ne nient pas leur alcoolisme, je profite de cet entretien pour les encourager à prendre contact avec leur médecin traitant, je leur donne aussi souvent l'adresse du CMP le plus proche de leur domicile et les pousse vivement à rencontrer un membre d'une association d'anciens buveurs qui passe à la maison d'arrêt.

Mon activité ne s'arrête pas à l'accueil des arrivants ni à la consultation du psychiatre, je revois régulièrement les gens qui ont un traitement ou pour



qui le médecin me demande d'assurer une écoute, un soutien psychologique. Cependant, la demande peut venir aussi des détenus. Ce sont les prévenus qui sont les plus demandeurs, le poids de la culpabilité pour certains, l'éloignement des proches pour d'autres, l'angoisse ou l'attente du jugement, la promiscuité dans les cellules sont autant de facteurs anxigènes et dépressogènes motivant un entretien infirmier ou une consultation avec le psychiatre. Et puis, il y a aussi les demandes de médicaments pour les troubles du sommeil et de l'anxiété; le **Rohypnol** et le **Tranxène 50** sont souvent demandés, mais plus prescrits, alors les

troubles disparaissent parfois au cours de l'entretien. À la maison d'arrêt, tout se négocie et les médicaments sont utilisés à d'autres fins que leur indication propre, ils fument l'aspirine par exemple, et essaient d'accumuler certaines benzodiazépines pour s'organiser un "shoot" à l'intérieur de la cellule.

En prison tout se passe par écrit, si un détenu veut me rencontrer moi ou quelqu'un d'autre d'ailleurs, il est obligé de faire un mot. Les illettrés, inhibés ou autres risquent donc de rester oubliés. Le travail de collaboration avec les infirmières est important. Elles passent dans les cellules tous les soirs pour distribuer les médicaments, et quand elles voient un détenu qui ne va pas bien, elles me le signalent afin que je

le rencontre. Mais les demandes peuvent passer par les surveillants, qui sont eux beaucoup plus près des détenus que nous. Leur avis, mais aussi leur collaboration sont importants, ils sont là en permanence et quand un détenu présente des idées suicidaires, nous

demandons aux surveillants une attention particulière et que le détenu ne se retrouve pas seul dans une cellule.

Je rencontre régulièrement l'assistant social une fois par mois, pour un échange d'avis, une aide mutuelle afin d'encourager un détenu à se prendre en charge, pour qu'il aille dans un foyer de postcure ou de réinsertion pour favoriser un contact avec les équipes de secteur ou pour un suivi, etc.

Le travail de collaboration avec l'assistant social, mais plus encore avec les infirmières est important. Il permet la coordination des soins, la liaison entre

les différents médecins, mais aussi le regard, l'aide de l'autre sur l'état de santé du détenu. C'est un échange bénéfique. Dernièrement, par exemple, nous avons mis en place ensemble un protocole pour la prise du **Subutex** avec des règles précises. Mon intervention ne s'arrête pas à l'entretien infirmier; j'incite les détenus à participer aux activités proposées à la maison d'arrêt, les activités culturelles et sportives, l'école informatique ainsi que le travail proposé par les entreprises.

Prévention

Tous les trimestres, j'organise avec l'équipe d'alcoologie du secteur, une rencontre sur une demi-journée consacrée aux méfaits de l'alcool. Les détenus sont invités par voie d'affichage à participer à cette rencontre en s'inscrivant auprès du surveillant-chef.

Cette rencontre se déroule sous forme de débat, suite à la diffusion d'une cassette vidéo montrant les risques que la consommation d'alcool entraîne. Cette rencontre a pour but de sensibiliser le public, de leur faire rencontrer les acteurs de santé spécialisés en alcoologie ainsi que les associations de groupes néphalistes.

Dans un contexte aussi difficile que peut être celui d'un séjour à la maison d'arrêt, la présence régulière et active des soignants me semble très importante. Aussi, afin d'élargir le travail et de donner une plus grande part à la prévention et l'encouragement à une demande de soins, nous pourrions peut-être aussi envisager de mettre en place des groupes de parole à thème, des séances de relaxation pour apprendre à gérer l'anxiété, les émotions. Des thérapies comportementales et cognitives de groupe comme l'entraînement à la communication et aux habiletés sociales pourraient avoir leur place dans le cadre de cette prise en charge.

Interventions psychiatriques en milieu pénitencier : point de vue d'un Directeur

Par M. DEFEINGS,
Directeur de la Maison d'arrêt d'Alençon

EN 1969, LORS DE MES DÉBUTS dans la fonction publique comme surveillant pénitentiaire, je découvre le milieu carcéral et la psychiatrie dans un établissement parisien, où une importante structure médicale est en place.

Le SMPR accueille une trentaine de patients, une équipe de psychiatres et psychologues assure l'accueil et si nécessaire le suivi des détenus qui sont pris en charge dès les modalités d'écrou effectuées, audience, questionnaire rempli avec l'aide d'un secrétaire médical.

C'est l'époque des drogues dures (héroïne) les toxicomanes sont nombreux, certains détenus paraissent très perturbés, les sevrages sont longs, les traitements sont en général le **Rohypnol**, le **Tranxène** et sont distribués par le personnel pénitentiaire qui n'est pas toujours bien conscient de ses responsabilités, il n'est pas rare de trouver des stockages au cours des fouilles de cellules.

Quelques années plus tard, je découvre un service similaire dans un autre établissement parisien, même suivi et prise en charge, l'équipe médicale participe aux décisions des *Commissions d'Applications des Peines* en donnant son avis sur les aménagements demandés par leurs patients.

L'arrivée des téléviseurs dans les cellules en 1984 est bénéfique, nous

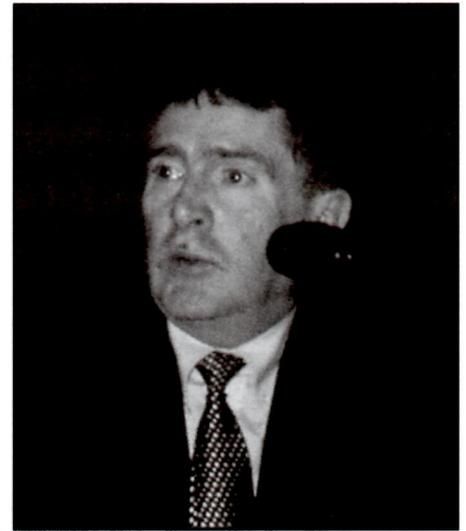
constatons une diminution importante de consommation de somnifères.

Dans les petits établissements, cette plate-forme n'existe pas, elle commence à s'installer dans les années quatre-vingt où un psychiatre intervient par vacations, une fois par semaine, en province la population pénale est différente.

Le dialogue est plus facile, il fait de plus en plus face aux traitements, il a plus de temps à lui consacrer des entretiens, ils se connaissent davantage.

Si l'arrivée des téléviseurs a un côté bénéfique, elle a, à l'inverse un côté néfaste, la population pénale peut à loisir, regarder la télévision toute la nuit et dormir la journée. Pas d'obligation de lever le matin, d'obligation de travail pour les condamnés etc, l'oisiveté entre dans les établissements, malgré les efforts effectués par les responsables en faisant entrer du travail de concession, en créant des activités, salle de musculation, atelier de peinture, salle de cours scolaires, informatique, atelier musique, terrain de sport.

La prise en charge de la population pénale est complète, brochure-arrivant distribuée à l'écrou, audience direction, visite médicale, audience socio-éducative, déclaration à la CRAM avec prise en charge pour les détenus et ayant droit.



L'ouverture sur l'extérieur pour les détenus courtes peines avec les placements en chantiers extérieurs ou semi-liberté.

Les intervenants sont plus nombreux, ils animent des réunions d'information sur le Sida, la toxicomanie, l'alcoolologie, une prise en charge est possible pendant l'incarcération et après la libération si l'intéressé le désire.

En 1994, nous avons la chance de voir la signature *convention UCSA*, le centre hospitalier prend en charge les soins de la population pénale, les traitements sont distribués par du personnel infirmier qui est peut-être plus à l'écoute en n'ayant pas les mêmes prérogatives que le personnel pénitentiaire.

La mentalité du détenu a beaucoup évolué, il est plus exigeant, d'où un personnel plus disponible et bien formé.

Les psychologues et infirmiers psychiatriques font un énorme travail, ils sont des collaborateurs importants. Un regret dans la prise en charge du détenu, est la non obligation de ce dernier à se faire admettre dans un service spécialisé malgré la nécessité de son état et sur prescription du médecin traitant.



La loi Guiguou sur la présentation et la répression des infractions sexuelles

Par Me le juge MORICE,
Juge d'Applications des Peines

LA LOI DU 17 JUIN 1998 (dite loi GUIGOU) est relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs.

Cette loi institue :

- une forme nouvelle de réponse pénale aux infractions sexuelles : les peines de suivi socio-judiciaire;
- elle renforce la répression des infractions sexuelles spécialement celles commises contre les mineurs (notamment sur la pornographie infantile et le tourisme sexuel, prise en compte du réseau internet);
- elle améliore au cours de la procédure pénale la situation des mineurs victimes des infractions (la loi systématise l'enregistrement audiovisuel de l'audition des victimes d'infractions sexuelles);
- elle comporte des dispositions spécifiques aux infractions commises en milieu éducatif et scolaire (délit de bizutage);
- elle institue un dispositif de contrôle administratif des vidéocassettes, vidéodisques et jeux électroniques.

Je ne traiterai au cours de cette intervention que de la peine complémentaire de suivi socio-judiciaire.

Le suivi socio-judiciaire est l'aboutissement d'une réflexion menée depuis plusieurs années au sein de plusieurs

commissions composées de magistrats, professeurs de droit, médecins (Cartier, Balier) qui ont souligné dans leurs travaux la nécessité pour lutter contre la récidive de mettre en place après la libération des condamnés d'un suivi post-carcéral de nature judiciaire et médicale.

- C'est une loi nécessaire, car, actuellement, ne bénéficient pas d'un suivi en milieu ouvert :
- les condamnés à un sursis avec mise à l'épreuve avec le cas échéant une obligation de soins, mais le sursis avec mise à l'épreuve n'est prévu que pour les peines inférieures ou égales à 5 ans. En France 85 % des condamnations pour viol sont supérieures à 5 ans, de sorte que, peu de criminels sexuels bénéficient d'un sursis avec mise à l'épreuve.
- Les condamnés bénéficiant d'une Libération Conditionnelle c'est-à-dire qui présentent des gages sérieux de réinsertion sociale. Mais on constate une baisse sensible des Libérations Conditionnelles depuis 20 ans. Actuellement moins de 10 % des détenus bénéficient d'une Libération Conditionnelle.

De sorte qu'actuellement, pour les faits les plus graves et les détenus les plus dangereux, il n'existe pas de suivi post-carcéral.

- Cette loi instaure une articulation entre le médical et le judiciaire inexistante

tant jusqu'alors.

Il existe bien :

- une obligation de soins;
 - l'injonction thérapeutique;
- mais il n'existe pas de texte prévoyant les relations entre les thérapeutes et les juges.

La loi GUIGOU instaure cette articulation et définit le rôle du médecin coordonnateur qui est la pièce maîtresse de ce dispositif.

J'évoquerai son rôle quand j'aborderai l'injonction de soins.

Présentation générale du suivi socio-judiciaire

Domaine d'application

Cette peine est destinée aux délinquants et criminels sexuels. Elle peut être prononcée contre les auteurs des infractions suivantes :

- meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie;
- viol et autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions sexuelles (à l'exception toutefois du harcèlement sexuel);
- atteintes sexuelles commises sans violence sur les mineurs, et délits de corruption de mineurs, de diffusion d'images de mineurs présentant un caractère pornographique, ou de diffusion de messages pornographiques susceptibles d'être vues par un mineur.

Définition et contenu du suivi socio-judiciaire (art. 131. 36-I du C.P.)

Le suivi socio-judiciaire consiste dans l'obligation pour le condamné de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance sous le contrôle du juge de l'Application des Peines pendant une durée fixée par la juridiction de jugement qui peut être d'un maximum de 10 ans, si la mesure est prononcée pour un délit, ou de 20 ans, si elle est prononcée pour un crime.

- La juridiction de jugement fixe également la durée de l'emprisonnement dont est passible le condamné s'il ne respecte pas les obligations. Cet emprisonnement peut être de 2 ans pour un délit ou de 5 ans pour un crime. Les mesures de surveillance auxquelles est soumis le condamné sont celles prévues pour le sursis avec mise à l'épreuve ; la juridiction de jugement peut imposer d'autres obligations au condamné :

* *l'interdiction de paraître dans certains lieux, et notamment les lieux accueillant habituellement des mineurs (jardins publics...),*

* *l'interdiction de fréquenter certaines personnes notamment des mineurs,*

* *l'interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole impliquant des contacts habituels avec des mineurs (instituteur, animateur de judo, de foot, scout etc),*

- la juridiction de jugement peut également assortir le suivi socio-judiciaire d'une INJONCTION de SOINS, si une expertise préalable conclut que le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

• **L'expertise médicale de toute personne poursuivie pour une infraction de nature sexuelle est rendue obligatoire.**



L'expert devra être expressément interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. (Ces expertises devront être réalisées par deux experts, si elles concernent des personnes poursuivies pour meurtre ou assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie).

Prononcé de la mesure

- Le suivi socio-judiciaire peut être prononcé en complément des peines principales (amendes ou emprisonnement). Il s'agit alors d'une peine complémentaire ;
- il peut, également, en matière correctionnelle (c'est-à-dire pour les délits) être prononcé à titre de peine principale.

Au moment du prononcé de la décision le condamné est solennellement averti de ses obligations par le président de la juridiction.

Lorsque l'injonction de soins est prononcée, le président de la juridiction avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son

consentement, tout en l'informant que s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé par la juridiction pourra être mis à exécution.

Modalités d'application du socio-judiciaire

Modalités générales d'application

La personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est placée sous le contrôle du juge de l'Application des Peines.

Le juge de l'Application des Peines compétent est celui du lieu de résidence du condamné.

Le condamné devra répondre à tout moment aux convocations du juge de l'Application des Peines ou du service pénitentiaire par lui désigné, pour justifier du respect de ses obligations, et si l'injonction de soins a été prononcée, du suivi du traitement.

C'est au condamné (et non au médecin) que repose l'obligation de justifier de ce suivi.

Le juge de l'Application des Peines pourra à tout moment modifier ou compléter les obligations.

Il pourra prononcer une injonction de

soins si une nouvelle expertise, qu'il peut ordonner à tout moment, conclut que le condamné est accessible à un traitement. Il pourra également supprimer cette obligation.

Le juge de l'Application des Peines peut ainsi tenir compte de l'évolution de la personnalité du condamné pendant sa détention et pendant le suivi de la mesure.

En cas d'inobservation des obligations du suivi socio-judiciaire (et notamment de l'injonction de soins), par le condamné, le juge de l'Application des Peines pourra mettre à exécution l'emprisonnement encouru, fixé par la juridiction.

La loi Guiguou sur la présentation et la répression des infractions sexuelles

La décision est prise en Chambre du Conseil par le juge de l'Application des Peines à l'issue d'un débat contradictoire, et devra être motivée.

Elle est susceptible d'appel tant par le Ministère Public que le condamné devant la Chambre des Appels Correctionnels.

C'est la première fois que la législation reconnaît au juge de l'Application des Peines un véritable pouvoir juridictionnel.

Le juge de l'Application des Peines dispose ainsi de pouvoir important pour permettre un contrôle efficace du condamné. Il pourra délivrer des mandats d'amener ou d'arrêt.

Relèvement

Tout condamné à un suivi socio-judiciaire peut demander à la juridiction qui a prononcé la condamnation de le relever de cette mesure.

La demande de relèvement est adressée au juge de l'Application des Peines qui ordonne une expertise médicale et le transmet à la juridiction compétente avec les conclusions de l'expert et son avis motivé.

Modalités propres à l'injonction de soins

Dispositions concernant les soins en détention

Un lien est établi entre le traitement médical suivi pendant la détention et le traitement suivi après la libération de condamné.

Si un traitement médical ne peut être imposé à une personne détenue, plusieurs dispositions de cette loi facilitent le traitement et incitent le condamné à y recourir.

Il est prévu que les personnes faisant l'objet d'une injonction de soins devront être incarcérées dans les établissements, permettant de leur assurer un traitement médical et psychologique adapté.

Le juge de l'Application des Peines doit au moins une fois tous les six mois lui proposer de suivre un traitement.

Les condamnés qui refusent de suivre un traitement pendant leur incarcération ne sont pas considérés comme manifestant des efforts sérieux de réinsertion sociale, donnant droit à des Réductions de Peine Supplémentaires, sauf décision contraire du juge de l'Application des Peines.

Modalités de l'injonction de soins en Milieu Ouvert

Le juge de l'Application des Peines devra désigner un médecin coordinateur, inscrit sur une liste établie par le Procureur de la République.

Ce médecin aura une quadruple mission :

- inviter le condamné à choisir, avec son accord un médecin traitant. Un tel accord est nécessaire pour garantir que le médecin traitant choisi dispose bien des compétences pour suivre la personne condamnée.
- Nécessité d'instaurer des réseaux de praticiens prenant en charge les délinquants sexuels. Projet en cours dans le Calvados;
- conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande;
- transmettre au juge de l'Application des Peines les éléments nécessaires au contrôle du suivi de l'injonction de soins (le médecin traitant peut n'avoir aucun contact direct avec les autorités judiciaires);
- conseiller le condamné dont le suivi socio-judiciaire vient à expiration sur les possibilités de poursuivre le traitement entrepris.



La tribune

Les expertises médicales sont transmises au médecin traitant, à sa demande par l'intermédiaire du médecin traitant (pratique mise en place dans le Calvados, dans le cadre de l'obligation de soins).

Le médecin traitant délivre des attestations de suivi de traitement.

La loi précise que le médecin traitant est habilité, sans que puissent lui être opposées les dispositions relatives au secret médical à informer sans délai, le juge de l'Application des Peines ou l'agent de probation de la cessation du traitement ou des difficultés survenues dans son exécution.

Il ne s'agit pas d'une obligation, mais d'une possibilité laissée à la conscience du thérapeute. Celui-ci pourra préférer avertir le

médecin coordinateur qui préviendra le juge de l'Application des Peines.

Le thérapeute pourra ainsi proposer au juge de l'Application des Peines d'ordonner une expertise médicale.

Conclusion

Ce texte répond à un vide juridique actuel.

Ce texte instaure une articulation entre le médical et le judiciaire. Il énonce les principes de cette articulation. Un décret viendra préciser les conditions d'application de l'injonction de soins. Le médecin coordinateur a un rôle essentiel dans cette articulation. Le texte lève partiellement le secret médical pour des raisons de sécurité publique.

Nos cultures professionnelles respec-

tives ne nous conduisaient pas à collaborer, à travailler ensemble.

Ce texte va nous contraindre à collaborer. En ce sens, ce texte est révolutionnaire. L'expérience vécue au Centre de Détention de Caen, de véritable collaboration entre le SMPR, le juge de l'Application des Peines et l'administration pénitentiaire prouve qu'au-delà de l'éthique professionnelle de chacun, on peut travailler ensemble sans renoncer à son indépendance, à sa spécificité et à sa déontologie.

Enfin, au-delà du rôle professionnel assumé par chacun d'entre nous, nous sommes tous des citoyens et donc tous soucieux que les condamnés puissent retrouver une place dans la société dans les meilleures conditions possibles y compris sur le plan de la sécurité publique.

Les rapports psychiatrie-justice dans le contexte de la prise en charge des délinquants sexuels

Par M. MÜH, psychologue
et M. LEBIGOT, praticien hospitalier

PARAPHRASANT QUELQUE PEU ODILE DORMOY¹, j'ai envie de dire que le thème que nous allons aborder aujourd'hui c'est un peu l'histoire d'un couple. Comme pour bon nombre de couples, elle est faite d'unions, de séparations, de conflits, et de retrouvailles. Il n'y a pas d'un côté la psychiatrie et de l'autre la justice. L'un s'occupant du fou et l'autre de la personne saine d'esprit.

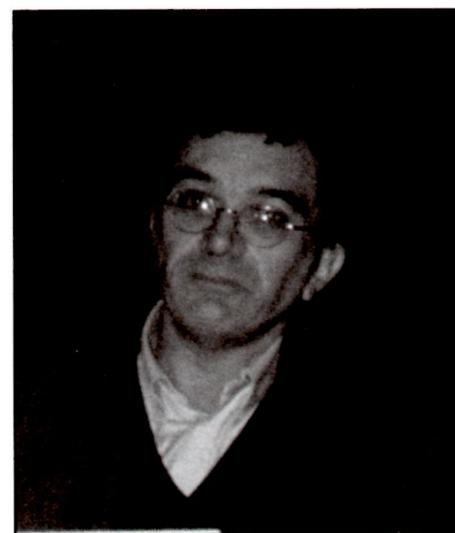
La proximité entre l'appareil répressif, la justice, et l'appareil de soins, la psy-

chiatrie, est liée au fait que, quoi qu'on s'en défende, la psychiatrie a également pour fonction de préserver l'ordre public et la sécurité des personnes.

Est-il besoin de rappeler qu'historiquement, c'est la question de la responsabilité pénale, avec le Code Pénal de 1810 et l'article 64 qui installe les rapports entre justice et psychiatrie.

Pour accueillir ceux-ci, la loi de 1838 fonde l'asile.

En 1945, la charte de la réforme pénitentiaire crée des **centres médico-**



M. LEBIGOT

psychologique, le **CNO de Fresnes** et des **centres d'Observations** pour les détenus *psychopathes* de Château Thierry et d'Hagueneau.

En même temps en psychiatrie, l'effort novateur se fait sur la politique de secteur et la psychothérapie institutionnelle.

Puis viendra, à partir d'une circulaire

de 1977, la création des **SMPR**, officialisée par le décret du 14 mars 1986 sur la sectorisation et l'arrêté du 14 décembre 1986 organisant les **SMPR**.

C'est à ce moment que notre histoire de couple s'énonce. Et dans ce couple, il y a normalement mutualité et sexualité.

Rares, sinon exceptionnelles, sont les sociétés dans lesquelles les rapports sexuels entre individus ne sont soumis à aucune règle sociale.

Dans les sociétés développées, c'est autour de la famille et du couple que s'ordonnent ces règles.

La transgression de ces règles définit en quelque sorte la délinquance sexuelle.

En France, la délinquance sexuelle a brutalement éclaté comme un fait de société ces dernières années.

Les inculpations pour crimes et délits sexuels ont augmenté de manière constante avec une nette progression à partir de 1989-1990.

On passait de 4 % des sujets incarcérés à 12 % en quelques années.

Tout ceci a provoqué une prise de conscience et une recherche des moyens à mettre en œuvre face à ce phénomène.

La politique de répression s'est durcie : la réforme du Code Pénal a proposé de nouvelles définitions, tandis que des moyens de traitement ont été mis en place.

Traiter des auteurs d'agressions sexuelles n'est pas chose facile. Que peut-on en dire ?

Peu de chose, *a fortiori*, si ce n'est que bien souvent, le violeur n'est pas forcément le monstre qu'on imagine, le pédophile est bien souvent un enseignant, un éducateur, un intellectuel, un prêtre... Les familles où se dérou-

lent les abus sexuels sont en majorité stables, où les enfants vivent avec les deux parents...

On peut croiser, chaque jour, à la sortie de son immeuble un agresseur sexuel que nous saluons courtoisement.

Jusqu'au jour où... on apprend que...

Alors, pour l'opinion publique, chaque affaire nouvelle suscite des commentaires exaspérés.

L'ensemble des délinquants sexuels est alors identifié aux plus dangereux d'entre eux.

Nous réclamons plus de sécurité. le plus souvent sous la forme d'une répression accrue. Et c'est vers la justice que nous nous tournons pour punir sévèrement ce "monstre".

Malgré cela, certains d'entre nous, dans ce désarroi social et l'horreur qui inspire cet acte, le placent ipso facto dans le champ de la psychiatrie. : *il faut être un malade mental pour faire des choses pareilles.*

Quand nous abordons un tel sujet : les auteurs d'agressions sexuelles, entre justice et psychiatrie, nous nous situons dans ces contradictions : *S'ils sont malades, c'est au psychiatre de les soigner.*

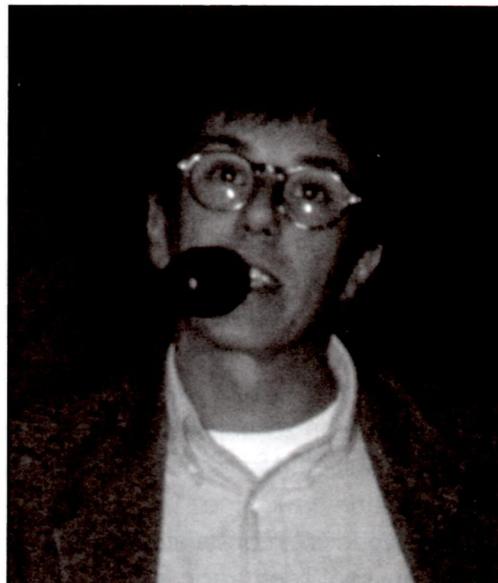
S'ils ne le sont pas, c'est à la justice de les punir.

Et dans un même mouvement, l'opinion publique, n'a qu'un désir, les écarter de la société en affectant de croire qu'en France, on ne fait rien pour eux alors qu'à l'Institut Pinel, au Canada, on en soigne et guérit tous les jours.

J'y reviendrai dans mon exposé.

Mais avant tout, j'aimerais que nous clarifions certains points qui nous paraissent essentiels.

J'exposerai d'abord la question de la



M. MÜH

délinquance sexuelle sous l'angle de la loi, puis sous celui de la psychiatrie selon les termes cliniques de la CIM 10 et du DSM 4.

Ensuite j'aborderai la question du délinquant sexuel entre justice et psychiatrie, en m'appuyant notamment sur les travaux de Claude Balier².

Puis, François Lebigot, nous parlera de la pratique de la psychiatrie dans le cadre juridique.

Dans le livre II du Code Pénal de 1994 (crimes et délits contre les personnes), la loi définit une agression sexuelle comme **toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise** (article 222.22 du Nouveau Code Pénal).

La notion de menace, introduit le fait qu'il peut y avoir agression sexuelle sans qu'il y ait nécessairement trace de violence, ni défense physique active de la victime.

À côté de cet élément, la loi introduit, dans ses dispositions intéressant le viol, de nouvelles circonstances aggravantes concernant ses conséquences pour la victime et les moyens utilisés par l'agresseur.

Le viol

Le viol est donc défini comme tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise (222.3). Il apparaît ainsi comme l'association d'un acte sexuel et d'une absence de consentement de la victime.

Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle.

La loi définit des circonstances aggravantes qui sont liées :

À la qualité de la victime :

- mineur de 15 ans (- de 15 ans);
- personne dont la particulière vulnérabilité est due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou à un état de grossesse.

À l'usage ou à la menace d'une arme

À la qualité ou au nombre des auteurs :

- ascendant légitime, naturel ou adoptif; toute autre personne ayant autorité sur la victime, personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions;
- viol commis par plusieurs personnes, dit alors collectif ou en réunion.

Ces circonstances aggravantes rendent désormais l'infraction punissable de 20 ans de réclusion criminelle.

Aux conséquences du viol pour la victime :

- celui entraînant une mutilation ou une infirmité permanente (20 ans de réclusion criminelle);
- celui entraînant la mort de la victime (30 ans de réclusion criminelle).

Aux moyens utilisés par l'auteur.

Se trouve puni de la réclusion criminelle à perpétuité le viol précédé, accompagné ou suivi d'actes de tortures ou de barbarie.

Les autres sévices sexuels

La loi regroupe dans un même chapitre les agressions sexuelles autres que le viol.

Pour celles-ci, la loi distingue :

- les agressions sexuelles commises avec violences, contrainte, menace ou surprise qui sont punissables de



5 ans d'emprisonnement et d'une amende;

- les circonstances actuelles aggravantes peuvent être combinées de telle sorte que la sanction puisse être portée de 7, 10, à voir 20 ans de réclusion criminelle en cas d'emplois d'actes de barbarie;
- les agressions sexuelles commises sans violence, contrainte, menace ou surprise qui sont répréhensibles que si elles sont commises sur la personne d'un mineur de 15 ans (2 ans à 5 ans de réclusion criminelle).

À côté de ces catégories juridiques, dans le champ de la psychiatrie, nous retrouvons des références qui nous concernent plus particulièrement.

La CIM 10, au chapitre V : *Troubles mentaux et troubles du comportement*, section *troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte*, décrit les *troubles de la préférence sexuelle* (F65). Le DSM IV, les introduit au chapitre intitulé "Paraphilies". Les deux classifications sont très proches l'une de l'autre en ce qui concerne ce chapitre.

La CIM 10 désigne ces catégories psychiatriques de la manière suivante :

F65.0 fétichisme : utilisation d'objets inanimés comme stimulus pour l'excitation et la satisfaction sexuelles. Il ne concerne la loi que s'il y a vol ou utilisation d'un objet pour une agression sexuelle, ou éventuellement dans le cas de transvestisme – fétichisme (F65.1) en un lieu public.

F65.2 exhibitionnisme : tendance récurrente ou persistante à exposer ses organes génitaux à des étrangers, sans désirer ou solliciter un contact plus étroit. (Il correspond à la catégorie pénale d'exhibition sexuelle).

F65.3 voyeurisme : tendance récurrente ou persistante à observer des personnes lorsqu'elles se livrent à des activités sexuelles ou intimes comme le déshabillage.

F65.4 pédophilie : préférence sexuelle pour les enfants, généralement notamment si c'est un adolescent lui-même qui a pris l'initiative, ne signe pas la présence d'une tendance persistante ou prédominante qui est requise pour ce diagnostic. Le pédophile peut agresser, de manière exclusive ou pas, ses propres enfants ou d'autres. L'acte peut s'accompagner de violences sous diverses formes avec pénétration ou non. (Cette catégorie correspondant à l'ancien attentat à la pudeur et au viol).

F65.5 sadomasochisme : préférence pour une activité sexuelle qui implique douleur, humiliation ou asservissement. Le sadisme est bien ce qui fait problème pour notre propos. (Tel qu'il est défini ici, il exclut nombre d'attentats à la pudeur et de viols, dans la mesure où ceux-ci ne s'accompagnent pas forcément de plaisir sexuel lié à la souffrance de la victime.)

Au niveau du DSM 4 dans le chapitre des "paraphilies", la pédophilie est définie par la présence de fantasmes imaginatives sexuellement existantes, d'impulsions sexuelles, ou survenant de façon répétée et intense pendant une période d'au moins six mois, impliquant une activité sexuelle avec un ou des enfants prépubères, les fantasmes imaginatives, les impulsions sexuelles et les comportements étant à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins 5 ans de plus que l'enfant victime.

On voit bien après cela que les

champs sémantiques de la nosographie psychiatrique et le Code Pénal ne se recoupent pas nécessairement.

La question reste de savoir qui sont les auteurs d'infractions sexuelles? Désigner l'acte ne suffit pas à caractériser son auteur, désigner un comportement ne suffit pas non plus à comprendre son auteur.

On pourrait les définir de plusieurs façons, par exemple : soit par un comportement : séduction d'enfants, exhibitionnisme, viol d'adultes ou d'enfants...

Soit par des symptômes liés à un comportement : difficultés de relations avec les femmes adultes, angoisses, tendances agressives, fantasmes répétés de scènes sexuelles... Soit par une personnalité : c'est-à-dire par le fonctionnement d'ensemble de la vie psychique incluant les conflits intérieurs, la culpabilité ou l'absence de culpabilité, les peurs, les préférences sexuelles, l'intelligence...

Les rapports-psychiatrie-justice dans le contexte de la prise en charge des délinquants sexuels

Les faits délinquants, eux, concernent des comportements répréhensibles par une morale qui fait l'objet d'un consensus social se traduisant par une loi : outrage public à la pudeur tel que l'exhibitionnisme, attentat à la pudeur comportant un certain degré de violence physique, viol lorsqu'il y a pénétration par violence, surprise ou autorité sur la personne, pédophilie incluant l'inceste.

Lorsque l'infraction s'inscrit dans un tableau pathologique, elle traduit souvent des troubles complexes de la personnalité et ne relève nécessairement ni du même profil psycholo-

gique, ni de la même maladie mentale, ni du même fonctionnement psychique.

Or, de même que l'incrimination légitime la peine, la clinique fonde les indications thérapeutiques.

La tentation a toujours été grande de mettre en correspondance terme à terme le droit pénal et la psychiatrie pour faciliter l'harmonisation des décisions et procédures judiciaires avec les indications de soins pour chaque "délinquant malade".

C'est pour cela que nous ne devons pas nous contenter d'explicitier l'acte pour lui-même, ni même le comportement de la personne mais faire référence à une personnalité d'un point de vue psycho-dynamique, c'est-à-dire s'intéresser à l'ensemble de la personnalité.

Or, la confusion de l'infraction et du symptôme, et donc de la peine et du soin offre l'illusion de concilier des réactions contradictoires du type : "nous devons punir très sévèrement de tels monstres" et "il faut être très malade pour faire cela".

Comme le souligne Evry Archer³, le symptôme doit toujours être considéré et traité comme tel, même et sans doute, surtout lorsqu'il met en danger la santé et la vie d'autrui, justifiant dans les conditions prévues par la loi - notamment en regard de l'imputabilité et de la responsabilité - une sanction pénale : dans la mesure où l'évolution des idées et des institutions a permis de dépasser le faux dilemme "soigner ou punir", la répression ne doit pas être la seule réponse possible de la société à l'infraction - symptôme d'un sujet punissable.

Les **SMPR** sont nécessairement au premier rang de la prise en charge

des auteurs d'agressions sexuelles tant dans la détention que dans les consultations post-pénales. Afin de ne pas favoriser la confusion entre peine et soins, contrôle social et suivi thérapeutique, ceux-ci ont jusqu'à présent refusé de focaliser leurs dispositifs thérapeutiques sur l'acte criminel, ou sur une catégorie pénale définie. La prise en charge thérapeutique doit rester, pour nous, dans tous les cas celle de la personne.

C'est-à-dire, pour être plus explicite, ni centré sur l'acte lui-même ni centré sur un comportement amenant à ce passage à l'acte. Mais rechercher, d'un point de vue psycho-dynamique, à comprendre l'histoire de la personne avec tous les avatars qu'elle a pu traverser.

Travailler dans une prison implique de facto la reconnaissance de la place de la sanction, la mise en pratique de celle-ci et donc la reconnaissance de la légitimité de la prison. Reconnaître une légitimité ne signifie pas qu'on reste passif devant certaines situations. Pour les soignants, la position de neutralité théorique implique un exercice constant de positionnement dans l'écoute.

Chaque thérapeute peut passer de la position d'empathie, qui finit par percevoir le "patient-détenu" comme une victime qui subit, à la position de rejet qui lui fait vivre ce même patient comme l'auteur d'un acte parfois monstrueux et qui doit donc subir.

Il me semble qu'une des nécessités pour tout thérapeute qui travaille en prison, est toujours de se poser la question du sens et des limites des soins. L'objectif n'étant pas de normaliser les conduites sexuelles mais de soulager le sujet de la souffrance qu'induisent les troubles de la personnalité sous-jacents à celui-ci.

Un tel choix a pu conduire l'opinion publique à croire qu'on ne faisait rien pour traiter les délinquants sexuels, contrairement à la structure de référence souvent citée "**L'Institut Pinel**" de Montréal qui comporte une vingtaine de lits réservés aux agresseurs sexuels, lesquels y séjournent chacun une année en moyenne, pour cause de restriction budgétaire.

Mais 21 lits paraissent très peu quand on pense qu'au **Centre de Détention de Caen**, près de 75 % de la population détenue (environ 420 personnes au total) y sont incarcérés pour délits sexuels. Et je ne parle pas des 30 % de la Maison d'Arrêt.

Alors que tous, pour ainsi dire, ont été vus au moins une fois par l'équipe du **SMPR** et une prise en charge a pu leur être proposé.

De plus, par le développement des capacités des uns et des autres à travailler en concertation et à engager, dans la durée, des travaux de recherche et de réflexion, par exemple au sein de l'**ARTAAS**,

Pourtant les "condamnés-détenus" ne sont pas dans leur grande partie des malades mentaux. Ils sont donc en quelque sorte accessibles à des soins volontaires.

Néanmoins, force est de constater qu'extrêmement rares sont ceux qui manifestent une demande spontanée de soins en détention, sinon ils seraient allés consulter avant de passer à l'acte.

Face à cela, que faire? Peut-on amener quelqu'un qui n'aspire pas à une aide thérapeutique à la demander?

C'est parfois avec l'aide du juge de l'Application des Peines, c'est-à-dire de la justice, à des moments bien précis de la détention (demande de liberté conditionnelle...) que peut s'organiser l'émergence de la demande.

Après la résolution du *qui?* et du *comment?* établie lors du jugement, c'est la question du *pourquoi?* qui va se poser.

Et c'est là que nous nous situons dans les retrouvailles de la justice et de la psychiatrie.



Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles, présidée par Claude Balier, rendent dérisoires ces projets "clef en mains" d'Institut Pinel.

Le pourquoi? Ce qui va placer l'auteur quelque difficile que soit sa réponse, en situation de répondre de son acte, en tant qu'il en est responsable, c'est-à-dire de se mettre en situation de

se réapproprié son histoire. L'acceptation d'une thérapie par le patient est un principe fondamental. Même si, souvent, la demande exprimée n'est pas dénuée d'aspects utilitaires (permission de sortir, liberté conditionnelle...). L'important est que le désir d'une rencontre puisse se mettre en forme, ce qui permettra de clarifier la demande et d'engager une relation sur des bases moins ambitieuses.

Et c'est alors qu'il pourra se retourner vers le thérapeute pour devenir sujet de son histoire.

Dans cet esprit, peu importe la dénomination de la démarche : "incitation aux soins", "obligation de soins", (alors qu'il n'y a pas d'obligation en détention), l'important ici est de favoriser une rencontre et de faire émerger une demande.

Revient tout de même la question de la psychothérapie.

Les travaux de Claude Balier sont devenus une référence en ce domaine.

L'ébauche du travail du thérapeute commence par la restauration de la parole et par l'introduction d'une médiation dans le face-à-face qui oppose le détenu à une histoire brutalement figée.

Le plus grand obstacle aux soins est parfois le thérapeute lui-même, trop bienveillant, trop pressé d'aider le détenu à se réinsérer, à comprendre ce qu'il pense lui, avoir compris. Le désir du thérapeute a vite tendance à prendre la place de celui du patient, ici, encore plus qu'en d'autres lieux.

Si la prison est un lieu de souffrance, elle est aussi souvent vécue comme lieu d'apaisement, de protection contre les sollicitations impossibles à fuir. En témoigne le nombre important de détenus qui manifestent une

angoisse importante plus ou moins reconnue à l'approche de la sortie. Pouvoir apaiser un patient, c'est aussi lui indiquer qu'on peut le contenir sans le détruire. C'est là que la fonction d'étagage prend son importance, le moi du patient va s'appuyer sur celui du thérapeute.

Il nous a fallu apprendre et il nous faudra encore apprendre à collaborer dans un cadre pluridisciplinaire, entre justice et psychiatrie, dans le respect de l'éthique et de la déontologie de chacun grâce à une meilleure compréhension des cultures et des fonctions de chacun des partenaires.

Dans ce cadre-là la place du délinquant sexuel sera alors clairement définie.

La justice, par le procès criminel, lui a fait rappel de la loi en donnant statut au sujet de la transgression, et par la sentence a inscrit dans le discours de la référence l'acte incriminé.

La psychiatrie, elle, peut libérer ces sujets, réputés peu demandeurs, de l'enfermement intérieur dans lequel ils se trouvent.

Rappelons que notre objectif n'est pas de normaliser les conduites sexuelles mais de soulager le sujet de la souffrance qu'induisent chez lui son comportement sexuel pathologique et/ou les troubles de la personnalité sous jacents à celui-ci.

Mais c'est aussi, peut-être, évaluer et prendre en compte le risque potentiel pour autrui comme on peut le faire pour un alcoolique violent par exemple.

Au moment de conclure cette partie sur les relations entre psychiatrie et justice, on peut se poser la question suivante :

Comment faire pour que notre sujet détenu redevienne un sujet citoyen avec derrière lui une histoire qu'il a traversée et qu'il s'est réappropriée ?

La voie paraît ouverte pour un travail thérapeutique dans un cadre pénitentiaire.

Justice et psychiatrie se doivent de réarticuler ensemble des niveaux de responsabilité : le sujet doit rencontrer son thérapeute dans un cadre garantissant une totale liberté de parole et un droit au secret.

Mais en même temps, il doit purger sa peine dans les conditions prévues au jugement.

Ces deux espaces doivent rester distincts, ils ne doivent être articulés qu'au sujet lui-même. Il est alors possible d'intervenir lors de chaque étape du parcours de l'auteur d'agressions sexuelles.

"Il ne faut pas que le psychiatre se prenne pour un juge, ni que le juge s'habilite en psychiatre. Le traitement ne remplace pas la sanction, et la sanction peut aussi être thérapeutique."

"Soigner et/ou Punir", "Punir pour traiter", "Condamnés à se soigner" ou mieux "à guérir", ces titres récents relevés dans la presse médicale situent assez éloquemment la question de la peine et du soin, soulignent son ambiguïté, et peut-être aussi notre ambivalence quand nous tentons de penser l'articulation de ces termes en principe opposés.

Ces ambiguïtés, une loi⁴, dont Madame Morice, juge de l'Application des Peines nous a parlé, tente de les lever.

Ces décrets d'application ne sont pas encore parus, nous n'y reviendrons pas.

Au reste, l'absence d'une législation spécifique des délinquants sexuels n'a pas freiné l'émergence d'une pratique déjà balisée par un certain nombre de textes.

Citons, avant de les examiner plus en détail, la **loi Méhaignerie** de février 1994, les nombreuses lois et textes qui évoquent la question du consentement aux soins et celle des soins obligatoires et, naturellement, le problème du secret professionnel.

Nous ne parlerons pas de l'expertise en matière de responsabilité pénale (article 122-1 du Code Pénal), nous situant pour ainsi dire en aval.

Disons seulement que l'article 122-1 du Code Pénal dans son alinéa 2 permet théoriquement de sortir de la logique du tout ou rien, responsable – irresponsable, de l'ancien article 64. Dans la réalité des pratiques expertales et judiciaires, il est rare (en dehors bien sûr d'une pathologie psychiatrique avérée) que l'expert constate "une altération du discernement" ou "une entrave au contrôle des actes" de l'intéressé.



En février 1994, une loi, dite **loi Méhaignerie**⁵, dans le même temps qu'elle instituait une *peine incompressible de 30 ans pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de 15 ans précédés ou accompagnés d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie*, indiquait que les personnes condamnées pour ces crimes et pour ceux qualifiés de viols, d'agressions sexuelles ou d'atteintes sexuelles devaient accomplir leur peine dans des établissements pénitentiaires *permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté*.

C'était, pour cette catégorie particulière de détenu, établir, au moins formellement, un droit aux soins qui,

auparavant, n'existait que de manière virtuelle. Droit aux soins d'ailleurs effectivement réclamés par un nombre croissant de détenus condamnés à des peines de plus en plus longues.

Constatons bien sûr qu'il s'agissait surtout de répondre à la peur de la population devant la montée constante des crimes sexuels dénoncés.

Dans le même esprit la loi, avalisant une pratique devenue fréquente des juges de l'Application des Peines, rend systématique l'exigence d'une expertise psychiatrique avant toute déci-

sion d'aménagement de peine : permission de sortir, libération conditionnelle⁶, chantier extérieur⁷.

Le décret d'application du 4 août 1995 met à la charge du chef d'établissement pénitentiaire d'adresser au psychiatre un résumé de la situation pénale et la copie des expertises médico-psychologiques contenues dans le dossier individuel du condamné pour crime ou délit sexuel, dès que sa condamnation devient définitive.

Ce même décret demande enfin aux psychiatres de la prison de sensibiliser le condamné avant sa libération

sur l'intérêt de poursuivre ou d'engager un processus thérapeutique en liaison notamment avec l'équipe de psychiatrie de son futur lieu de résidence.

Le législateur adopte ainsi clairement l'opinion du sens commun qu'une anomalie mentale se trouve à l'origine de tels actes rejoignant en cela l'avis de certains délinquants, eux-mêmes prompts à se déclarer malades plutôt que coupables.

Ces délinquants "anormaux" ne peuvent cependant en attendre aucune particulière mansuétude, bien au contraire. L'équivalence délinquants

anormaux – délinquants dangereux est ici pleinement assumée; un scepticisme radical quant aux résultats des soins envisagés, scepticisme d'ailleurs partagé par nombre de psychiatres et d'experts paraissant avoir présidé au vote du texte.

Une alternative absurde résumerait-elle alors l'embarras de tous? Ces malades nécessiteraient... une sanction pénale. Ces non-malades devraient se voir imposer... des soins.

La question du consentement aux soins⁸ des personnes détenues ou sous main de justice risque en effet de prendre une place centrale dans la réflexion et la pratique future des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire.

Les troubles de la personnalité, souvent diagnostiqués chez les délinquants sexuels, les placent d'emblée hors des différents types de soins sous

contraintes prévus par la loi du 27 juin 1990⁹.

Ce cadre n'est cependant pas le seul où des soins contraints peuvent s'exercer sur une personne.

Depuis la loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux en passant par la loi du 31 décembre 1970 sur les toxicomanes et jusqu'aux porteurs de maladies vénériennes¹⁰ le principe du consentement libre et éclairé de la personne à des soins la concernant a souffert de nombreuses exceptions, ceci au nom de la lutte contre les fléaux sociaux, conception directement issue de l'hygiénisme de la fin du XIXe siècle.

La lutte contre la délinquance sexuelle peut-elle y être assimilée? La question reste ouverte.

Plus concrètement les magistrats disposent d'un arsenal de textes qui leur permettent d'imposer des soins avant la condamnation au cours d'un contrôle judiciaire ou après celle-ci dans le sursis avec mise à l'épreuve¹¹, la libération conditionnelle, le placement à l'extérieur ou la permission de sortir¹².

Il semble (c'est un euphémisme), qu'aucun des partenaires judiciaires ou médicaux ne soient satisfaits du fonctionnement de ces mesures. Le magistrat qui n'est pas informé de l'état d'avancement des soins, le médecin, qui ignore le contexte pénal dans lequel évolue son client.

En milieu carcéral, le condamné, privé de la liberté d'aller et de venir ne serait libre que de s'opposer aux soins. Ce paradoxe apparent est souvent mal compris.

Les psychothérapies diverses sont ici moins en jeu que les thérapeutiques antihormonales.

Imagine-t-on une psychothérapie obligatoire? Un engagement minimum, un contrat même limité dans ses objectifs apparaît à chacun la condition nécessaire pour engager une telle relation.

Encore faut-il qu'un ou plusieurs entretiens préalables aient pu avoir lieu afin d'évaluer entre autre, peut-être, le degré de liberté (intérieure) dont dispose la personne détenue face à l'incitation du juge.

Je viens vous voir parce qu'on m'a dit qu'il fallait rencontrer un psychiatre pour obtenir une libération conditionnelle (ou bien une permission de sortir).



Ce "on", dans notre expérience, est souvent un autre détenu, parfois le juge de l'Application des Peines (JAP), et la demande ainsi formulée, au choix naïve, maladroite, clairvoyante ou manipulatrice. Dans tous les cas, il s'agit de la décrypter.

Dans ce cadre, le secret médical est un filet fragile, toujours à ravauder. C'est bien moins le juge que le patient détenu qui souhaite ambiguement transformer le thérapeute en expert

et l'envoyer "au rapport", dans un sens positif on l'imagine, et le même, parfois, qui le soupçonne contradictoirement d'avoir partie liée avec la justice.

Sur cette ligne de crête, l'autonomie du médecin est sans cesse à réexpliquer, à redéfinir, quitte à en rappeler les limites, tracées par le Code Pénal : l'article 226-14 permet au médecin de rompre le secret chaque fois qu'il a connaissance de sévices touchant des mineurs ou des personnes incapables de se protéger en raison de leur état physique ou psychique. De même, l'article 223-6 dispose que quiconque s'abstient d'empêcher un

crime ou délit qu'il aurait pu éviter par son action immédiate sans risque pour lui ou pour les tiers est passible de poursuites pénales.

Quant à la question des thérapeutiques anti-hormonales¹³, j'ai choisi de l'aborder, et je conclurai ainsi, sous la forme de deux petites histoires où paraissent en filigrane les silhouettes d'une pièce à trois personnages et un auteur : le magistrat, le médecin, l'expert, et le patient détenu.

Monsieur A est un homme d'une trentaine d'années, homosexuel, son homosexualité s'est d'ailleurs affirmée en prison.

Enseignant, il a été condamné pour le viol d'un de ses élèves qu'il aimait au



point de vouloir l'adopter. À l'époque il entretenait une relation hétérosexuelle plus ou moins platonique, un peu pour préserver les apparences sociales, un peu par indécision quant à son orientation sexuelle.

Les faits se déroulèrent au domicile de ses parents. Il était très proche de sa mère. Son père est mort au début de sa détention. Aujourd'hui, sa mère, qu'il rencontre régulièrement au parloir, le presse d'accepter un traitement antihormonal. Ainsi, pense-t-elle, son fils sortirait plus vite de prison, et, rêve-t-elle égoïstement, pourrait reprendre sa place auprès d'elle car elle vieillit et souffre de la solitude.

Monsieur A éprouve beaucoup de difficultés à lui expliquer que ses projets sont différents. Son souhait est d'enfin vivre une sexualité épanouie, un amour réciproque, avec un compagnon adulte.

Sa mère n'a en effet jamais admis son

homosexualité ni même reconnu les faits pour lesquels il a été condamné et qui se sont déroulés sous son toit. Quand il a tenté de lui en parler, elle ne l'a, au sens propre, pas entendu. Faut-il ou non qu'il prenne un traitement antiandrogène? Nous en avons longuement discuté ensemble sans

vraiment conclure. Il sait, à tort ou à raison, que ses chances d'obtenir un aménagement de peine seraient bien meilleures s'il s'y pliait. Mais cette perspective le révolte et il estime qu'un tel traitement le déposséderait

du contrôle qu'il pense aujourd'hui pouvoir exercer sur son comportement.

C'est la raison pour laquelle il attend avec assez d'anxiété l'expert qui décidera, en définitive, de son avenir immédiat.

L'histoire de Monsieur B est très différente.

Je le rencontre à sa demande car l'expert nommé par le juge a préconisé un traitement antiandrogène.

Il est en fin d'une peine lourde de réclusion criminelle pour le viol d'un préadolescent. Il a 50 ans et à son palmarès figurent de multiples condamnations pour coups et blessures, conduite en état d'ivresse, mais surtout trois ou quatre attentats à la pudeur sur indifféremment des filles ou des garçons, souvent en état d'ivresse, pour se terminer par ce viol commis impulsivement.

En prison il a, ces dernières années, rencontré régulièrement un psychologue. Laissons-lui le bénéfice du doute. C'était un peu pour parler de lui, mieux se comprendre, et un peu dans l'espoir d'en obtenir des dividendes sous forme de sortie anticipée.

Quoi qu'il en soit, aujourd'hui, le verdict expertal est tombé, et il ne peut espérer un aménagement de peine sous forme de permission de sortir puis de chantier extérieur sans une injection mensuelle d'un traitement antiandrogène à action prolongée.

C'est ce qu'il souhaite. Que comprend-il de mes explications qui ne lui font grâce ni des effets secondaires ni du nécessaire suivi régulier ni de l'indispensable continuité du traitement une fois remis à l'air libre? Je ne sais. Il acquiesce à tout, impavide. Une si bonne volonté ne devant pas être découragée, le traitement est débuté après le bilan d'usage. Le suivi ultérieur confirme qu'il s'agit d'un excellent patient. Sa sexualité? Plus rien. Zéro. Ce qui ne l'affecte en rien, bien au contraire. Le traitement? Bien supporté, malgré une prise de poids certaine, des bouffées de chaleur. Dehors, il n'a, dit-il, jamais voulu d'attaches, et se contentait de rencontres épisodiques homosexuelles ou non. D'ailleurs ajoute-t-il naïvement, *il aime trop sa liberté.*

Cependant je l'interroge; il a maintenant obtenu une permission, bientôt, peut-être, un chantier extérieur, ne va-t-il pas souffrir de la solitude? D'autant qu'il n'a plus de famille, réduite à un père alcoolique, et pas plus d'amis.

La réponse me surprend à moitié. *Je ne suis pas seul me dit-il, j'ai mon ordinateur, lui au moins, il fait ce que je veux. Ce dont, en mon for intérieur, je doute...*

- 1• "Soigner et/ou punir" sous la direction de Odile Dormoy.
- 2• Claude Balier, psychiatre honoraire des hôpitaux, psychanalyste Président de l'ARTAAS.
- 3• Praticien Hospitalier, SMPR de Loos-les-Lilles. Information psychiatrique n° 5, mai 1998.
- 4• Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs dite "loi Guigou".
- 5• Loi du 1er février 1994 instituant une peine incompressible et relative au nouveau Code Pénal et à certaines dispositions de procédure pénale.
- 6• La "libération conditionnelle" permet à un prisonnier de sortir avant la fin de sa peine. Le condamné doit respecter pendant un temps déterminé des obligations, se soumettre à des mesures d'aide et de contrôle.
- 7• Lors du "placement à l'extérieur", le détenu est toujours sous la responsabilité de l'Administration Pénitentiaire.
- 8• Le nouveau code de déontologie (décret du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale) spécifie :
 - dans son article 5 que "le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit".
 - dans son article 6 que "le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit".
 - dans son article 36 que "le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas".
- 9• Loi du 27 juin 1990 (remplaçant celle du 30 juin 1838) "relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation".
- 10• Selon le Code de Procédure Pénale (art. D 393) et le Code de la Santé Publique (art. L 273) leur traitement est obligatoire pour tous les détenus.
- 11• Le "sursis avec mise à l'épreuve" n'est applicable qu'aux condamnations à l'emprisonnement prononcées pour une durée de cinq ans au plus (art. 132.41 du Code Pénal).
- 12• Dans le code de procédure pénale, l'article D138 et D536 (libération conditionnelle), D131 (placement à l'extérieur) et D143 (permission de sortir). Dans le code pénal, article 138.10 (contrôle judiciaire) et article 132.45 (sursis avec mise à l'épreuve).
- 13• Un avis du Comité Consultatif National d'Éthique du 7 décembre 1993 relatif à l'administration de ces produits souhaitait :
 - que l'exigence du consentement soit particulièrement forte dans ses diverses composantes : l'information (notion de consentement éclairé), la liberté du consentement (la délivrance des produits à un détenu ne pouvant intervenir que peu de temps avant la levée d'écrou). Après le retour à la liberté il était proposé que le traitement soit poursuivi sous la forme d'un essai thérapeutique. Ceci supposant le caractère exprès, c'est-à-dire écrit du consentement
 - les essais thérapeutiques sont encadrés par la loi du 20 décembre 1988 (modifiés par la loi du 25 juillet 1994) sur la "protection des personnes qui se prêtent à la recherche biomédicale", dite loi Huriet.
 - Ces produits n'ont pas reçu l'Autorisation de Mise sur le Marché dans cette indication.

M. GIRARD



Cette journée s'est close sur un débat auquel a participé M. GIRARD, sociologue, du Laboratoire de Socio-Anthropologie du Risque (LASAR).