

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales
Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 5-2007 – numéro spécial - Juin 2007

SOMMAIRE

Editorial	1
Les Hôpitaux-prison	2
L'irresponsabilité pénale et l'expertise psychiatrique	4
Les mineurs ne sont pas des majeurs	6
Les thérapies pour lutter contre la récidive n'existent pas	8
L'hypocrisie des soins en prison	12
Le consentement	15

EDITORIAL

Lettre ouverte au Président de la République

Monsieur le Président,

De longue date, dans vos différentes fonctions, vous avez manifesté un intérêt marqué pour la sécurité publique et votre actuelle haute responsabilité vous conduit à être le garant de la sécurité des citoyens.

Chacun d'entre nous aspire à vivre en paix, avec une absence minimale de danger. Certains de vos projets concernent les champs sanitaires et juridiques et s'inscrivent dans votre souci d'efficacité et d'aller vers une « République irréprochable ».

La présente lettre se veut une contribution à la réflexion sur vos propositions avec une identité préoccupation d'efficacité, au moins en se donnant une obligation de moyens pour atteindre l'objectif, et en évitant toute mesure qui pourrait au contraire être inefficace.

Les quelques thèmes développés ici n'ont pu l'être de manière concise car il s'agit de problèmes trop complexes pour être exposés succinctement, mais j'espère néanmoins qu'ils pourront contribuer à notre nécessaire débat collectif sur quelques problèmes de fond de notre société.

Michel DAVID

LES HÔPITAUX-PRISONS

Monsieur le Président,

A plusieurs reprises, vous avez déclaré souhaiter voir se « *développer (de toute urgence) l'hôpital-prison* », car il y a, dites-vous, « *clairement un problème essentiel qui est celui de la présence dans les prisons de malades* » et « *On doit différencier les malades des délinquants* » (nouvelObs.com, 23/01/2007).

Vous avez également ajouté lors de votre déplacement à la maison centrale de Rennes que vous avez « *voulu aller sur le terrain sans personne pour comprendre la réalité des choses pour être sûr que les propositions que je ferai correspondent à cette réalité* ». Cette démarche pragmatique que vous aimez illustrer ne peut que se compléter de l'avis des professionnels de la santé qui travaillent quotidiennement en prison. Vous conviendrez certainement aisément que la réalité carcérale ne peut se ressentir dans sa complexité au cours d'une unique visite si attentive soit-elle.

La prison, c'est un rythme lent et une institution qu'il faut apprendre à connaître sur le long terme. Les pratiques professionnelles, notamment soignantes, doivent s'y adapter tout en gardant leurs valeurs fondamentales. La prison, c'est aussi le lieu où sont concentrés les turpitudes et les malheurs humains. Une vigilance de tous les instants y est requise pour être particulièrement respectueux des lois qui nous gouvernent et qui vous ont d'ailleurs conduit aux plus hautes responsabilités. Dans ce lieu qui se doit d'insuffler les lois essentielles de la civilisation à ceux qui y ont failli gravement, il appartient aux personnels sanitaires, et notamment aux professionnels de la santé mentale, de construire un cadre thérapeutique sans ambiguïtés. Toute source de confusion renvoyée à nos patients, qui n'ont souvent pas pu profiter d'un milieu éducatif et familial structurant pendant leur enfance, est particulièrement contre-productive et ne peut que renforcer des comportements transgressifs, pervers, destructeurs. C'est ainsi que la prison est trop souvent devenue, c'est un cliché mais néanmoins une réalité, une école du crime.

Aussi, toute réforme de l'édifice pénitentiaire et punitif doit s'élaborer à l'aide de concepts et de pratiques dénués de toute ambiguïté. Pour un psychiatre exerçant en milieu carcéral, le concept d'hôpital-prison demande un éclaircissement car il paraît pour le moins hybride et ouvre aux risques des confusions que je viens d'énoncer.

Les psychiatres s'expriment parfois de manière obscure, aussi permettez-moi de déroger au cliché et de penser simplement que les prisons doivent accueillir des délinquants et les hôpitaux des malades, suivant en cela vos propos cités *in limine*.

A quoi peuvent donc bien correspondre ces hôpitaux-prisons, alors que le gouvernement auquel vous avez appartenu a créé les « *Unités d'hospitalisation spécialement aménagées* » (UHSA - loi du 9 septembre 2002) ? Les UHSA doivent permettre d'accueillir des détenus souffrant des troubles mentaux avec ou sans leur consentement, ayant été reconnus responsables et condamnés, ou en attente de jugement. Il est prévu dès maintenant environ 750 lits d'UHSA avec une construction en 2 tranches (450 lits de 2008 à 2010 et 250 lits vers 2010). Quelle différence entre ces UHSA et les nouveaux établissements annoncés par madame la ministre de la Justice : « *La loi portera aussi sur la création d'hôpitaux-prisons pour les détenus atteints de troubles psychiatriques. Il pourra s'agir de nouveaux établissements, peut-être un par région* » (Le Monde, 01/06/2007).

Avec les UHSA, on peut considérer que le dispositif de soins psychiatriques pour les détenus connaît son aboutissement, bien que ce projet ne rencontre pas l'adhésion de tous les professionnels, comme le montre une récente pétition demandant l'arrêt du projet coûteux de construction des UHSA, intitulée : « *Hôpitaux-Prisons : le remède sera pire que le mal, il n'est pas trop tard pour suspendre le projet de création des UHSA* » *. Pourquoi annoncer des mesures nouvelles, sans faire état des initiatives en cours ? Il serait étonnant de vous voir cautionner de nouveaux projets, pour lesquels on peut d'ores et déjà s'interroger sur leur fonctionnalité future, sans évaluation de l'existant ou du futur existant, alors que vous prônez l'évaluation des pratiques politiques. Les UHSA comme éventuellement les « hôpitaux-prison », s'il s'agit de structures différentes, auront une répercussion sur les finances publiques et nécessiteront des emplois très qualifiés et un volontariat peu aisés à trouver.

Persuadé, Monsieur le Président, que votre sens de l'efficacité ne peut pas vous conduire à élaborer des dispositifs coûteux et inutiles sans concertation avec les professionnels concernés, je ne peux que souhaiter vous entendre préciser ce que vous entendez par « Hôpitaux-prison » et comment ceux-ci pourraient actuellement s'insérer dans les structures sanitaires hospitalières opérationnelles, implantées ou non en milieu pénitentiaire, ou dans celles du futur proche (UHSA).

*Le numéro 3 de Kamo rend compte de cette pétition et contribue au débat sur ce sujet.

L'IRRESPONSABILITE PENALE et L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PENALE

Monsieur le Président,

Les sorcières qu'on brûlait autrefois furent souvent des malades mentales. Les progrès des connaissances et la civilisation des mœurs ont permis la disparition de ces pratiques d'un temps heureusement révolu.

Pourtant, et notamment à l'époque impériale romaine, avec le célèbre rescrit de l'empereur stoïcien Marc-Aurèle, l'impact de la maladie mentale sur la responsabilité d'un délinquant avait été remarquablement décrite et les mesures préconisées s'avéraient d'une justesse que notre contemporanéité semble oublier. Régresserions-nous ?

Si vous envisagez la création d'hôpitaux-prisons, ou si d'ores et déjà les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) représentent un projet en cours de réalisation, c'est parce que vous avez remarqué de nombreux malades mentaux dans les prisons. Ce nombre risque d'aller croissant car *l'irresponsabilité pénale pour abolition du discernement* pourrait être de moins en moins prononcée au détriment d'une *altération du discernement qui laisse le sujet punissable*, même si les magistrats doivent tenir compte de cette dimension pathologique pour fixer le régime de la peine.

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

Code Pénal. Article 122.1.

La prise de décision judiciaire est souvent précédée par des avis psychiatriques. Plusieurs rapports officiels récents ont fait état de nombreux problèmes posés par les expertises psychiatriques (mais également psychologiques) ainsi que l'affaire dite d'Outreau. Ces travaux préconisaient tous la tenue d'une conférence de consensus ou d'une audition publique sur ce sujet. La réflexion collective des spécialistes de l'expertise psychiatrique pénale a pris la forme d'une audition publique

qui s'est tenue en janvier 2007 au ministère de la santé et dont nous attendons les conclusions. Le passage d'une conférence de consensus à une audition publique indique notamment que l'état des connaissances sur le sujet ne permet pas un niveau de preuves suffisant qui puisse conduire à des recommandations catégoriques.

Monsieur le Président, on ne peut dissocier la réflexion sur le devenir carcéral de sujets délinquants, mais souffrant de troubles mentaux, de la qualité et de la prudence des expertises psychiatriques pénales qui représentent un acte majeur de la procédure pénale et dont l'importance n'a guère besoin d'être soulignée dans un Etat de droit. Les associations d'experts demandent depuis des années un éclaircissement de la situation expertale mais auquel l'Etat semble refuser de répondre. Il vous appartiendra de pouvoir régler avec la diligence que l'on vous connaît, de nombreux contentieux en suspens depuis des années entre diverses administrations et les experts, tandis que les professionnels concernés devront s'efforcer de délimiter le champ de l'expertise au vu des travaux de l'audition publique de janvier 2007.

LES MINEURS NE SONT PAS DES MAJEURS

Monsieur le Président,

Vous-même pendant la campagne électorale, puis le ministre de la Justice, dès sa nomination, avez annoncé un projet de suppression de l'excuse de minorité chez les adolescents multirécidivistes de 16 à 18 ans.

Personne ne peut contester qu'il faut réagir vite, mais de manière adaptée, aux actes de délinquance des mineurs. Mais, entrer dans la confusion des âges ne peut rencontrer l'assentiment d'un pédopsychiatre. Ces adolescents, comme de nombreux délinquants majeurs d'ailleurs, ont un fonctionnement psychique très déstructuré, modelé par la violence physique ou morale, les négligences de toutes sortes, le manque d'étayage parental ou sociétal, la faiblesse des acquis scolaires etc.

Votre action montre que vous aimez les symboles forts et que vous aspirez à la communication par des messages explicites. En voici un : un mineur est un mineur et non pas un majeur. On ne peut pas entrer dans une confusion des repères sociaux qui ne peut que renforcer leur propre confusion psychique. Supprimer l'excuse de minorité, c'est considérer qu'un renforcement de la sanction aura un aspect dissuasif. On sait depuis longtemps que les sanctions pénales sont médiocrement efficaces en terme de dissuasion. C'est d'ailleurs pour cette raison que le précédent ministre de la Justice a été convaincu de l'inutilité de la peine de mort en matière de dissuasion. Chez de nombreux jeunes, qui vivent dans l'instantanéité, l'immédiateté, l'impulsivité, le code pénal ne leur vient pas à l'esprit au moment de leurs passages à l'acte délinquants. Les milliers d'heures passées par les professionnels concernés auprès de mineurs délinquants (mais le problème est souvent le même avec les majeurs) permettent de constater leur méconnaissance et leur incompréhension de la loi. Il faut expliquer longuement ce qu'est un délit ou un crime, puis progressivement, en tenant compte de leur fonctionnement psychique, les amener à une intériorisation de ces données. Des services pénitentiaires d'insertion et de probation font un remarquable travail pédagogique en organisant par exemple des groupes de parole avec des condamnés afin de leur faire comprendre les termes du jugement, ce qu'est un viol, un homicide, un suivi socio-judiciaire ou une injonction de soins. Les services sanitaires participent également à ce travail pédagogique et je me rappelle d'un long entretien « tonique » avec un condamné se révoltant contre « l'injection de soins » (au lieu de l'injonction) à laquelle il refusait de se soumettre, horrifié à l'idée qu'on allait lui imposer une série de piqûres. Tous les professionnels sont confrontés à ce déficit effroyable des connaissances de nombreux délinquants, et notamment les plus jeunes, qui sont

dans une misère affective, éducative, sociale, matérielle etc.

Le multirécidivisme des mineurs est principalement un échec des adultes et de la société. Vous argumentez également la nécessité de punir les adolescents de 16 à 18 ans comme des majeurs par le fait que pour une victime, il lui serait indifférent d'être agressée par un jeune de 17 ans ou de 19 ans, que son préjudice dans les deux situations est le même. Nombreux sont les professionnels d'horizon divers qui ont largement dénoncés cette tendance à la sacralisation de la position victimaire. La démarche volontariste que vous illustrez sans ambiguïtés ne devrait pas se satisfaire de la tendance victimocratique de notre société. Le justiciable, mais non la victime, doit être au cœur de la justice.

La complexité de la délinquance des mineurs mobilise de nombreux professionnels. Pour participer personnellement aux commissions mensuelles relatives à la situation des mineurs incarcérés dans le centre pénitentiaire où j'exerce, je peux témoigner de l'important travail collectif qui y est mené sous l'égide de la direction du centre pénitentiaire pour trouver des solutions opérantes dans l'intérêt du mineur mais sans oublier de prendre en compte la sécurité publique, tout en sachant que nous sommes tous bien souvent collectivement démunis face à l'ampleur de la tâche.

L'annonce de la suppression de l'excuse de minorité est un message simplissime envoyé à l'opinion publique qui préfère les solutions rudimentaires plutôt que de faire des efforts pour appréhender la multiplicité des facettes de la délinquance des mineurs. Les moyens importants mis en œuvre pour lutter contre cette grave délinquance sont peu connus du grand public, notamment les centres éducatifs fermés (CEF), les centres éducatifs renforcés (CER) et bientôt le développement des établissements pénitentiaires pour mineurs (EPM). La connaissance de l'existence des moyens développés et leur évaluation largement diffusées seraient des préalables nécessaires avant de nouvelles réformes, comme la suppression de l'excuse de minorité, dont l'efficacité peut sembler incertaine. Ces moyens concernent la délinquance déjà constatée, mais il conviendrait aussi de parler de tout ce qu'il faudrait mettre en œuvre pour qu'elle n'advienne pas ou le moins possible et qui mobiliserait un travail collectif considérable et des ressources humaines et matérielles conséquentes.

Monsieur le Président, vous appelez à l'effort, au mérite, au travail, alors je ne pourrais que vous être reconnaissant d'entendre les efforts, le mérite, le travail accomplis par tous les professionnels qui s'occupent de la jeunesse en difficulté et qui ont au moins le droit d'être entendus pour participer à des prises de décisions opérationnelles afin de diminuer la délinquance des jeunes et sa conséquence dramatique pour eux, à l'aube de leur vie, mais aussi pour leur entourage et la société dans son ensemble. Continuons donc à les considérer en adéquation psychologique et juridique avec leur état de minorité.

LES THERAPIES POUR LIMITER
LES RISQUES DE RECIDIVE N'EXISTENT PAS
Le secret professionnel

Monsieur le Président,

Qui pourrait souhaiter la récidive des infractions pénales ? Une nation civilisée ne peut qu'aspirer à la paix et à la sécurité. Les professionnels intervenant en prison, qu'ils soient pénitentiaires ou sanitaires, ainsi que les magistrats ne peuvent que ressentir un profond sentiment d'échec lorsqu'un détenu est libéré le vendredi et réincarcéré le lundi ; les magistrats, ni laxistes ni répressifs, faisant leur travail avec diligence. Ces réincarcérations rapides ne sont malheureusement pas rares, et c'est justement parce que vous le savez que vous avez voulu la loi de prévention de la récidive des infractions pénales.

Etant donné que nous devrions unir nos efforts pour trouver des solutions afin de diminuer la récidive des infractions, étant bien entendu qu'il serait angélique de croire ou de promettre sa disparition complète, je propose de vous parler d'une mesure figurant dans cette loi et qui semble contre-productive à de nombreux soignants intervenant en prison.

L'article 721-1 du code de procédure pénale ouvre à des ambiguïtés gênantes : « *Une réduction supplémentaire de la peine peut être accordée aux condamnés qui manifestent des efforts sérieux de réadaptation sociale, notamment en passant avec succès un examen scolaire, universitaire ou professionnel traduisant l'acquisition de connaissances nouvelles, en justifiant de progrès réels dans le cadre d'un enseignement ou d'une formation, en suivant une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ou en s'efforçant d'indemniser leurs victimes* ».

Pour obtenir des remises de peine ou des aménagements de peine, les détenus doivent attester d'efforts faits en détention en faveur de leur réinsertion. Ces mesures peuvent être très diverses comme on peut le voir au travers de l'article 720-1. Certains juges d'application des peines font pression sur les services psychiatriques, via les services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), pour obtenir de la part des détenus des attestations de suivi. Quelques condamnés formulent après des années de prison au moment de la constitution du dossier d'aménagement de peine une demande de soins auprès des services de psychiatrie (SMPR) pour obtenir des bons points et les faveurs du juge d'application des peines (JAP), alors qu'ils ne se sont jamais manifesté auparavant.

D'autres juges ne se contentent pas d'une attestation de consultation mais souhaitent parfois obtenir un avis détaillé émanant des psychiatres ou des psychologues sur l'évolution mentale du condamné. Cet avis est de la compétence des experts judiciaires. Les praticiens du SMPR dont l'activité thérapeutique hospitalière est couverte par le secret professionnel (article 226-13 du code pénal) ne doivent communiquer aucune information. Comme vous le savez, en tant qu'avocat, profession où le secret professionnel est de toute première importance, celui-ci est une obligation à laquelle sont soumis les personnels hospitaliers et un délit si elle n'est pas respectée. Toute tentative pour inciter à la rupture du secret professionnel est elle-même un délit (article 121-6 et 121-7 du code pénal). Le secret professionnel n'est pas l'indice du pouvoir médical mais crée plutôt une « diminution de pouvoir » puisqu'il interdit au soignant une action (celle de délivrer une information médicale confidentielle). Il existe des tendances permanentes à écorner le secret médical alors que son respect est le gage d'une confiance entre le patient et le thérapeute, préalable indispensable à toute démarche thérapeutique et condition nécessaire à un minimum d'efficacité thérapeutique. J'espère, Monsieur le Président, à propos de la confidentialité et du secret professionnel, que votre connaissance des exigences qui lui sont pénalement dues, sera une garantie de la perpétuation intégrale de ce principe essentiel des valeurs d'un Etat de droit.

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.

Article 226-13 du code pénal.

Sera puni comme auteur le complice de l'infraction, au sens de l'article 121-7.

Article 121-6 du code pénal.

Est complice d'un crime ou d'un délit la personne qui sciemment, par aide ou assistance, en a facilité la préparation ou la consommation.

Est également complice la personne qui par don, promesse, menace, ordre, abus d'autorité ou de pouvoir aura provoqué à une infraction ou donné des instructions pour la commettre.

Article 121-7 du code pénal.

Certains magistrats (heureusement pas tous) semblent percevoir la relation avec le corps soignant comme une lutte de pouvoir pour obtenir des informations sur un condamné. Il s'ensuit parfois une profonde incompréhension qui rend délétères les relations entre deux services publics au détriment de l'intérêt général. D'autres juges de l'application des peines peuvent être réelle-

ment convaincus que les soins psychiatriques vont être bénéfiques et qu'ils permettront une diminution des risques de récidive. Le souci, bien compréhensible, d'un juge d'application des peines est d'attribuer des remises de peine (qui permettront une libération plus rapide du détenu) ou une libération conditionnelle, en s'étant assuré que cette remise en liberté se fera sans risques pour la société et dans de bonnes conditions pour le condamné (qui doit en général en cas de libération conditionnelle bénéficier d'un revenu – travail, retraite, allocation d'adultes handicapés etc. – et d'un logement – personnel, familial, social, etc.). Le problème essentiel est que rien ne permet d'affirmer scientifiquement qu'un suivi psychothérapeutique soit un gage de non récidive ou de diminution de la récidive.

Un détenu ne devrait pas demander des soins pour bénéficier d'aménagements de peine mais parce qu'il se sent malade ou en souffrance. Une personne détenue ne consulte pas le médecin généraliste de la prison pour une hypertension, un diabète, un asthme, une appendicite ou toute autre maladie pour avoir des remises de peine, il le fait pour sa santé, pour lui-même. D'ailleurs, les juges d'application des peines ne demandent jamais d'attestation aux somaticiens pour justifier d'efforts sérieux de réadaptation. La psychiatrie reste toujours un phénomène à part, une exception, considérée dans ce cas, non comme une discipline médicale, mais comme un outil de contrôle social.

A l'occasion d'une audition publique sur la prise en charge de la psychopathie (décembre 2005), le jury a émis des recommandations sans ambiguïtés : « *la commission d'audition se montre en revanche réservée sur les dispositions visant à subordonner des réductions de peine au suivi d'une thérapie en prison* ». Pourquoi ne pas écouter ce que les professionnels disent ? A quoi sert une conférence de consensus ou une audition publique si ses préconisations ne sont pas suivies ?

L'expertise collective de l'INSERM sur l'évaluation comparative de l'efficacité des psychothérapies a suscité bien des polémiques et pourtant il s'agissait de situations cliniques et thérapeutiques « classiques ». Pour la thématique qui nous concerne ici, qui a validé les modalités d'une thérapie destinée à limiter les risques de récidive ? La récidive délinquante est avant tout une infraction et non pas une maladie. Qui a vu un traité de médecine ayant un chapitre intitulé : « *Récidive pénale : Etiologie, tableau clinique principal et formes cliniques, pronostic, évolution, complications, traitements (les divers traitements, leur efficacité, leurs effets indésirables etc.)* » ? Si de telles thérapies existaient peut-être faudrait-il envisager de considérer le classement de certaines formes graves de récidive (multirécidivisme, résistant au traitement, au pronostic réservé, et nécessitant peut-être des soins à vie) dans les affections de longue durée avec prise en charge à 100% par la Sécurité sociale, bien que vous ayez souhaité que le traitement des délinquants sexuels soient à leur charge : « *Pourquoi d'ailleurs serait-ce à la société d'assumer le coût de ces traitements (des agresseurs sexuels) ? C'est aux délinquants sexuels de le faire* » (Discours « Lutte contre la délinquance sexuelle », 16 mai 2006). Les délinquants sexuels

éprouvant souvent des réticences à s'engager dans des soins, mettre ces soins hasardeux entièrement à leur charge ne peut que les dissuader encore plus. Soit, ils sont malades et la société doit prendre en charge les soins dans le cadre général de la sécurité sociale ; soit, ils ne sont pas malades et ils doivent être considérés uniquement comme des délinquants et dans ce cas il ne faut pas leur imposer une thérapie.

Monsieur le Président, il y a beaucoup à faire pour prévenir la récidive délinquante. Ce n'est certainement pas du côté de la psychiatrie ou de la psychologie que vous trouverez les mesures les plus efficaces pour la contenir mais plutôt du côté du travail et de la formation en prison, de l'humanisation des conditions de la vie carcérale, d'efforts sérieux de la part de la collectivité pour contribuer à la réinsertion, avec travail ou formation et hébergement garantis à la libération qui doit être elle-même accompagnée au maximum, d'où les recommandations assez unanimes à développer les libérations conditionnelles plutôt que les sorties sèches. La psychiatrie et la psychologie ont une petite part à jouer dans ces accompagnements mais ne doivent pas être considérées systématiquement comme nécessaires, ce qui serait une duperie. Il ne serait d'ailleurs peut-être pas inutile de penser positivement et de considérer l'ensemble de ces mesures comme des moyens destinés à favoriser une réinsertion réussie plutôt que destinés à limiter la récidive.

L'HYPOCRISIE DES SOINS EN PRISON

Un exemple d'hétérodoxie des soins en prison : Le recours aux tranquillisants et aux somnifères

Monsieur le Président,

Dans le débat public, la question des soins en prison, de leur insuffisance est souvent soulevée, notamment de la part des associations de victimes. La demande insistante de soins imposés en milieu carcéral est la marque d'une profonde angoisse et d'une double méconnaissance : l'illusion de l'efficacité du soin psychiatrique et la non prise en compte du contexte carcéral.

Il peut être flatteur pour les psychiatres et les psychologues de se voir gratifier d'un tel pouvoir thérapeutique. Certains s'en prévalent largement, notamment dans les médias. L'opinion publique et les politiques, désorientés par certains comportements effroyables et dangereux, voient dans le pouvoir « psy » le dernier recours pour reformater des esprits déviants. Agir de la sorte permet de se donner l'illusion de garder encore une maîtrise sur une situation sur laquelle on craint de perdre prise. Malheureusement, les psychiatres et les psychologues ne sont pas tout-puissants. Ce constat désenchanté mais réaliste ne veut pas dire qu'il n'y a rien à faire mais qu'il convient d'agir hors fantasme de toute puissance. Voilà pour la première illusion.

En ce qui concerne la seconde, il faut évoquer le contexte carcéral. Pour parler sans ambages, comme vous aimez le faire, Monsieur le Président, il faut comparer l'univers carcéral à une salle d'opération qui serait septique. Un chirurgien qui opérerait dans une salle d'opération non stérile avec des instruments souillés irait inévitablement à l'échec. Et bien, il faut imaginer une prison comme l'équivalent d'une salle d'opération septique. L'univers carcéral regroupe des personnalités complexes qui ont transgressé des lois, de manière parfois très grave, qui vivent dans une promiscuité effroyable tout en baignant dans une oisiveté par trop répréhensible. Nous sommes ici loin d'une France travailleuse que vous appelez de vos vœux. En prison, il ne s'agit pas de porter un jugement sur la réduction du temps de travail des détenus mais il faut plutôt rechercher la RTO (réduction du temps d'oisiveté) et le tout avec dignité. On ne peut espérer que des détenus puissent s'insérer ou se réinsérer dans la vie active après leur incarcération sans avoir pu travailler dignement, avec une rémunération adéquate, pendant leur temps d'emprisonnement (cf. par exemple, le rapport d'information Loridant, Sénat, 2002). Ces ressources financières sont utiles, non seulement pour la personne détenue, mais aussi pour sa famille, fréquemment en grande difficulté matérielle du fait de l'incarcération de leur proche, ou pour indemniser les victimes.

Après cette digression sur le contexte carcéral, je veux revenir sur les soins, pour illustrer la réalité de la prison et exposer les limites de notre action. Pour ceux qui imaginent la généralisation de psychothérapies de haute volée en prison, il convient d'exposer la particularité d'une intervention basique en milieu carcéral, notamment l'usage des tranquillisants et des somnifères, d'autant plus que les problèmes liés au sommeil semblent intéresser actuellement les pouvoirs publics.

La consommation de psychotropes a toujours été importante en prison. Les tranquillisants sont demandés par les personnes détenues pour « faire leur peine », pour somnoler afin de ne pas voir le temps stagner. Les somnifères sont fréquemment voulus pour obtenir un sommeil régulièrement entravé par le bruit, la promiscuité, les tensions anxieuses avec les codétenus, la chaleur ou le froid, le manque d'aération, et tout ce que la vie carcérale comporte de facteurs négatifs pour l'hygiène de vie et empêchant l'endormissement. Telles sont les argumentations récurrentes, apparentes, manifestes de traitement médicamenteux, bien souvent par des patients qui n'ont jamais pris de psychotropes à l'extérieur. Mais derrière ces demandes manifestes, d'autres motivations existent. Personne n'ignore qu'une prison est un microcosme où peuvent survenir toutes sortes de trafics. Notamment celui des médicaments.

Certaines personnes incarcérées reproduisent les comportements des dealers et des trafiquants du milieu libre, mais d'autres détenus, souvent très défavorisés, ceux que l'on appelle les indigents, n'ont pas de ressources. Ni revenus par le travail en prison, ni aide de l'extérieur par la famille, ils n'ont aucun moyen financier pour cantiner (commander des produits à l'extérieur de la prison). L'isolement et le profond sentiment d'être démuné de tout, matériellement et affectivement, engendrent ou majorent un sentiment d'infériorité et un état anxieux. Obtenir des médicaments pour se faire un petit pécule est l'unique source de revenus. Cette débrouillardise et cette réussite permettent une revalorisation narcissique et un abaissement de l'état anxieux. Dans ce cas, les tranquillisants induisent un effet anxiolytique non pharmacologique pour le « revendeur » et l'effet pharmacologique sera obtenu par celui qui l'achète et qui aura pu s'en procurer en toute discrétion sans avoir dû en faire une demande trop visible au service des « fous » avec le risque d'être désigné comme tel. Bien entendu, lorsque les prescripteurs savent pertinemment que la demande est à usage de revente, la prescription ne sera pas faite, mais en premier abord nous n'avons aucune raison de nous mettre dans une situation de défiance vis-à-vis de nos patients, d'autant plus que nous avons une lucide connaissance des conditions d'incarcération.

Cet usage des psychotropes s'éloigne des recommandations de bonne pratique médicale mais elle illustre les complexités de l'intervention thérapeutique en prison. Il convient de ne pas se leurrer sur la portée des interventions thérapeutiques ou plus exactement il y a un décalage entre ce qu'attend la société des soins aux détenus et ce que nous faisons réellement. Nous ne parlons pas le même langage et il est difficile de se faire comprendre sans de fastidieuses explications.

Monsieur le Président, il serait possible d'écrire de longues pages sur les soins en prison. Les professionnels publient, écrivent, communiquent régulièrement sur ce sujet extrêmement complexe qui ne peut se satisfaire de préconisations simples. Les équipes psychiatriques intervenant en prison éprouvent souvent des difficultés à mettre en place des activités thérapeutiques et principalement à cause des contraintes souvent légitimes de la vie carcérale (exigence de sécurité par exemple). Avant d'envisager d'autres structures, d'imposer des thérapies pour limiter la récidive, il faut avoir bien conscience de la réalité carcérale et de l'état des connaissances sur le psychisme humain. Ne pas en tenir compte, préconiser des mesures qui s'avéreront inefficaces et coûteuses, ne seraient pas compatible avec votre exigence d'efficacité.

LE CONSENTEMENT

Monsieur le Président,

Combien de fois dans vos fonctions de maire, avez-vous eu le plaisir de prononcer la formule rituelle du mariage : « *Consentez vous à prendre pour époux, épouse ...* ». Dans ce moment fort de la vie personnelle, intime, mais aussi publique au moment de la cérémonie, les mariés sont solennellement enjoins à consentir à un engagement entre eux et dans le cadre des obligations du code civil. Comment la notion de consentement s'applique t'elle dans les obligations et les injonctions de soins ?

Le consentement aux soins, notamment en matière de santé mentale, est de nouveau un problème complexe. La psychiatrie se distingue de la médecine somatique car la contrainte aux soins est prévue légalement en application de loi du 27 juin 1990 permettant des hospitalisations sans le consentement de la personne. La maladie altérant ou abolissant les capacités du sujet à accepter des soins, il est considéré à la fois comme un devoir de solidarité et d'assistance à la personne malade, ainsi qu'un devoir de protection de la société envers les éventuelles répercussions indésirables de la maladie sur l'entourage, d'imposer des soins à celui qui ne peut y consentir. La psychiatrie a l'expérience des soins sous contraintes mais dans un cadre strict : celui de troubles mentaux graves.

Le consentement aux soins devient plus complexe quand la personne susceptible de s'en voir imposer n'a pas un trouble mental grave. Souvent, les juges se rendent compte que la personne qu'ils doivent juger présente des perturbations psychologiques. Les magistrats ont d'abord eu la possibilité d'ordonner des obligations de soins, le plus souvent en accompagnement des sursis avec mise à l'épreuve, à la suite ou non d'avis médicaux. Puis la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, leur a donné la possibilité de condamner un délinquant à une injonction de soins dans le cadre d'une mesure de suivi socio-judiciaire. Ces dispositions qui concernaient exclusivement initialement les délinquants sexuels se voient progressivement étendues à de nombreux autres types de délits ou de crimes, notamment dans les situations d'atteintes à la personne. Les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins ont la possibilité d'y consentir ou non. En cas de refus, elles sont incarcérées ou réincarcérées.

Nombreux sont les auteurs à avoir exposé la particularité de ce consentement forcé. Les nuances sont de taille entre le consentement de la loi de 1998 et celui de la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Dans cette dernière, une information exhaustive doit être donnée au patient et ce n'est qu'après cette information précise que le patient consent aux soins et l'exprime à son médecin. Le patient doit connaître tous les avantages et les

inconvenients du traitement. Le seul motif qui anime le patient, c'est de guérir ou de voir une amélioration notable et de ne pas souffrir d'effets indésirables.

Dans le cas de l'injonction de soins, nous sommes dans une situation étrange. Très souvent, le condamné ne se sent pas malade et le thérapeute est bien en mal de lui donner toute l'information sur les avantages et les inconvenients d'un traitement incertain. Le consentement n'est donc le plus souvent motivé que par l'envie de ne pas être incarcéré.

Si les quelques spécialistes engagés dans les soins auprès des délinquants sexuels, notamment ceux regroupés autour de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS), considèrent ce cadre judiciaire comme une opportunité pour tenter un accompagnement ou inciter à des soins un sujet qui ne le ferait jamais de lui-même, il convient d'être attentif aux manipulations diverses qui peuvent conduire à de fausses thérapies, sorte de pointage thérapeutique chez un soignant, à l'origine de l'illusion d'une évolution vers moins de dangerosité de l'intéressé. Il ne faut pas non plus que ces soins imposés ne soient que la réaction de la société en miroir du comportement du délinquant. En effet, on se focalise le plus souvent sur l'aspect sexuel de l'infraction, mais l'absence de consentement à un acte sexuel est ce qui rend possible l'agression faite au corps et à l'esprit de la victime. L'injonction de soins ne deviendrait qu'une forme déguisée de la loi du Talion : « *Tu n'as pas respecté l'absence de consentement de ta victime, alors nous pouvons aussi nous passer de ton consentement* ».

Enfin, ces situations complexes demandent des moyens importants, non seulement financiers mais surtout en compétence professionnelle, et cela la loi de 1998 ne l'a pas prévu. Vous semblez souhaiter, monsieur le Président, une évaluation des actions politiques. Il conviendrait d'évaluer ce dispositif qui après l'effet d'annonce politique est tombé dans l'oubli, sauf de quelques professionnels engagés (ARTAAS). Il semble que le législateur ait anticipé l'inapplication de la loi puisqu'il est prévu qu'en l'absence de thérapeute et malgré le désir affiché du sujet de se faire soigner, le juge d'application des peines peut ordonner l'emprisonnement (article R3711-15 du code de procédure pénale). Aveu terrible de l'impuissance du service public qui ne peut que choquer votre sens de l'efficacité.

Monsieur le Président, vous voulez une République irréprochable. Une des premières manifestations de cet objectif serait de ne prévoir que des dispositifs efficaces, financés, suivis dans leur mise en œuvre par l'administration et dont le montage recueillerait l'avis des professionnels en charge de les faire fonctionner.

Directeur de la publication : Michel DAVID

Psychiatre des Hôpitaux – Chef de service

Président de la Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).