

# Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

*Socapsyleg*

[socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr)



N° 5-2008

## SOMMAIRE

1. Editorial : L'expertise psychiatrique pénale .....	2
2. L'expertise psychiatrique pénale : les recommandations de l'audition publique.....	3
3. Dialogue Justice/Santé autour de l'injonction de soins et des remises de peines en prison .....	8
4. A propos d'IS/OS/RP/RPS, Odile Verschoot .....	20
5. Demande de suivi/demande de soin et traitements du déni, Odile Verschoot.....	21
6. Les infractions à caractère sexuel, enjeu de santé publique .....	23
7. Circulaire interministérielle relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés .....	24
8. Rapport Lamanda, 23 recommandations .....	25
9. Programme Hospitalier de Recherche Clinique en Guadeloupe .....	28
10. Le Pôle de Psychiatrie Légale de Guadeloupe recrute .....	28
11. Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie Criminelle .....	35
12. Notes de lecture et documentation .....	36
13. Agenda.....	41
14. Sites internet et lettres d'information .....	42
15. Où trouver les anciens numéros de Kamo ? .....	43
16. Equipe rédactionnelle .....	43

## EDITORIAL

### L'expertise psychiatrique pénale

Dix-huit mois après l'audition publique consacrée à l'expertise psychiatrique pénale (Paris janvier 2007), que remarque-t-on ?

Deux lois supplémentaires : celle du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et celle du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Il a même été annoncé même une troisième loi dès la remise du rapport demandé par le président de la République au premier président de la cour de cassation.

Conséquences des lois : augmentation du recours à une expertise psychiatrique pénale pourtant déjà en crise par pénurie d'experts et non prise en compte des remarques du jury sur la dangerosité ou l'irresponsabilité pénale.

Pourtant depuis le temps qu'une conférence de consensus sur ce thème était demandée, on pouvait escompter des pouvoirs publics une écoute attentive des recommandations des professionnels.

Sur le terrain la situation ne s'arrange guère, notamment en application des peines où les avis d'experts sont de plus en plus requis pour prédire la dangerosité et prescrire des injonctions de soins qui trouvent bien souvent ni médecins coordonnateurs ni soignants pour traiter ces complexes situations.

\*

\*\*

Les injonctions de soins ont un avenir florissant puisqu'elles deviennent quasiment automatiques pour de nombreuses infractions et l'obligation de soins qu'elles imposent de fait en milieu pénitentiaire, en étant mises en concurrence avec les remises de peines supplémentaires, interroge sur le maintien d'un soin librement consenti en prison. Aussi pourquoi s'encombrer d'experts ? Il suffit d'entériner la systématique correspondance type d'infraction = injonction de soins et revenir en fait à la prescription du soin par les magistrats, sans indication médicale, selon le principe ancien et encore coexistant de l'obligation de soins. On gagnerait du temps et des sous.

Les tensions deviennent vives en milieu carcéral. Les condamnés ont bien compris qu'un système légal d'évasion était mis en place : les juges d'application des peines incitent les condamnés à se faire suivre par les SMPR pour obtenir leur attestation de suivi, nouveaux bons de sortie anticipée, alors que dans la grande majorité des cas, ces suivis psys, souvent de pure forme n'auront en rien modifié la structure de personnalité des intéressés.

Quelle redoutable incohérence de société que ce double message : on aggrave les peines privatives de liberté (peines planchers) tout en cherchant des moyens pour libérer plus rapidement les détenus et désengorger des prisons surpeuplées (environ 64 000 détenus à ce jour). Il faut bien admettre que cet étrange fonctionnement, bien connu des professionnels de terrain, ne fait pas l'objet d'une publicité politique et médiatique. Il ne serait pas porteur pour les dirigeants politiques faisant de l'insécurité leur fond de commerce que l'opinion publique sache que tous les moyens sont bons pour faire sortir plus tôt des présumés dangereux. Et pour ceux qui trouvent incohérent cette politique, il est pédagogiquement assez difficile d'expliquer ces mécanismes complexes. Le chantage soins/réductions de peines est pourtant dénoncé : dans des conférences de consensus (notamment sur la psychopathie) mais aussi dans des travaux dont on trouvera l'exposé dans ce numéro de Kamo, par le conseil de l'ordre des médecins et par le récent et très intéressant rapport du premier président de la cour de cassation. On trouvera aussi deux contributions bienvenues de Odile Vershoot, psychologue, sur ce sujet.

\*

\*\*

La prochaine étape va être la loi pénitentiaire dont les premiers échos ne laissent pas entrevoir de révolutions majeures. Il s'agirait encore de trouver des solutions pour vider les prisons. Le paradoxe neutralisation par l'incarcération tout en favorisant la non incarcération va peut-être donner des occasions de débats interrogatifs sur les diverses modalités de la sanction pénale, avec probablement une dominante sur la question du rapport coût/efficacité/sécurité plus que sur d'oiseuses questions philosophiques telle la manière d'appréhender globalement le phénomène de la délinquance. Michel DAVID.

## Préambule

Depuis de très nombreuses années, la question de l'expertise psychiatrique pénale est posée, que ce soit sur un plan technique, pratique (les conditions de l'expertise), « sociopolitique » (quelle est la place de l'expertise psychiatrique dans les enjeux de pouvoir : cf. Michel Foucault dans les années 70), juridique (l'extension des missions expertales est inflationniste) et financières (la faible rémunération de l'expertise et un Etat en cessation de paiement). Outre des rapports récents, comme celui de la commission Burgelin de 2005 et quelques autres, la commission d'enquête de l'affaire dite d'Outreau a largement précipité l'organisation de ce qui devait être au départ une conférence de consensus pour être finalement « déclassée » comme une audition publique. Des questions précises, comme la notion de crédibilité ayant alors largement défrayé la chronique.

Malheureusement on peut se demander, si l'audition publique, comme la commission d'enquête de l'affaire d'Outreau par rapport à une réforme judiciaire, n'a pas accouché d'une souris et que les efforts considérables humains, intellectuels et financiers déployés pour les organiser ont finalement eu peu de répercussions sur la pratique même si les débats ont été intellectuellement fructueux.

Pour l'expertise, la poursuite de sa folle inflation s'est poursuivie immédiatement après les travaux de l'audition publique avec les lois du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

## Organisation des travaux de la commission d'audition

Les travaux de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale qui s'est tenue le 25 et le 26 janvier 2007 au ministère de la santé organisée la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) avec le partenariat méthodologique et le soutien financier de la Haute Autorité de santé (HAS) et le soutien de la Direction Générale de la santé (DGS), déjà publiés soit sur internet, soit dans la revue « Pour la Recherche » n°53, juin 2007, sont maintenant réunis dans un ouvrage édité chez John Libbey Eurotext (cf. Rubrique ci-dessous : Notes de lecture »).

Le livre est organisé en trois parties :

1. Les recommandations de la commission d'audition
2. Le rapport de la commission d'audition (qui reproduit également, dans un cadre grisé, à la fin de l'exposé de chaque question les recommandations de la première partie)
3. Les textes des experts.

L'audition publique a axé ses travaux autour de cinq questions :

1. Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux ?
2. Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?
3. Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?
4. Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?
5. Comment développer la qualité expertale ?

## Question 1.

Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux ?

L'expertise joue actuellement un rôle régulateur entre la prison et l'hôpital et joue de moins en moins un rôle de filtre visant à repérer des sujets nécessitant des soins pour plusieurs raisons :

1. Justice incitée à traiter rapidement les affaires ne permettant pas d'avoir le temps de prendre des renseignements suffisants sur le prévenu.
2. Multiplications des obligations d'expertise.
3. Pénurie d'experts.
4. Développement de l'expertise de dangerosité

La commission suggère de limiter le recours à l'expertise et de privilégier les missions d'expertises diagnostiques et thérapeutiques au détriment des expertises de dangerosité.

Pour expliquer l'augmentation des malades mentaux en prison, la commission avance deux facteurs essentiels : la désinstitutionnalisation de la psychiatrie qui favorise les soins ambulatoires au détriment de l'hospitalisation et la réécriture du code pénal en 1992 créant deux niveaux de perturbation du discernement : abolition ou altération. L'altération du discernement conduirait à une aggravation des sanctions pénales. Pour remédier à cette situation, il conviendrait de réécrire l'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP en prévoyant systématiquement en cas d'altération du discernement une atténuation de responsabilité et en couplant la sanction d'une obligation de soins.

Pour ajouter aux difficultés rencontrées par les personnes ayant eu une reconnaissance de l'altération de leur discernement, on constate qu'elle bénéficie rarement d'aménagements de peine : faisant peur, on préfère les voir maintenues en prison<sup>1</sup>.

Pour mieux cerner ces phénomènes, la commission souhaite que soient développées des recherches associant santé et justice étudiant les trajectoires psychiatriques et pénales des sujets concernés par une pathologie psychiatrique et une infraction.

Enfin, pour mieux sensibiliser les équipes de secteur, les SMPR devraient informer régulièrement les CME et les CA des problèmes psychiatriques rencontrés en prison afin de « *maintenir et promouvoir des structures hospitalières fermées susceptibles de recevoir des patients psychotiques chroniques et de préparer leur sortie au mieux afin d'éviter les ruptures de soins pouvant être à l'origine de passage à l'acte* ».

## Question 2. Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?

1. Quels sont les problèmes rencontrés par le magistrat du parquet dans l'enquête préliminaire et quelles sont les attentes de ce magistrat face au psychiatre ?

Cette question vise à préciser de nouveau les modalités de l'expertise en garde à vue qui reste encore bien souvent posée selon les modalités classiques de l'expertise dite au fond pré-sentencielle. Il est de nouveau rappelé et réaffirmé les conclusions de la conférence de consensus de 2004 sur l'intervention du médecin en garde à vue. Les questions, posées au médecin réquisitionné ne doivent être que les suivantes :

- La personne mise en cause présente-t-elle une pathologie psychiatrique ?
- Cette pathologie nécessite-t-elle des soins immédiats et, si oui, selon quelles modalités ?
- L'état psychique de la personne justifie-t-il la réalisation à distance d'une expertise psychiatrique ?

---

<sup>1</sup> D'où leur condamnation plus lourde et la certitude qu'elles seront neutralisées plus longtemps en prison qu'à l'hôpital psychiatrique.

La mise en place d'unités médico-légales peut être utile quand elles résultent d'une organisation contractualisée entre parquet et hôpital.

## 2. Comment discuter l'abolition du discernement face aux évolutions récentes de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique ?

Sans pouvoir lister des pathologies « abolissantes », bien qu'il s'agisse souvent de schizophrénies, de paranoïa, de bouffées délirantes, de troubles de l'humeur et dépressifs sévères ou de troubles confusionnels, il convient avant tout à l'expert de faire le lien la pathologie repérée et le passage à l'acte.

La rechute en cas d'inobservance du traitement ne doit pas conduire à une responsabilisation systématique puisque la non observance est souvent inhérente à la pathologie elle-même.

## 3. Comment évaluer la dangerosité dans le cadre de l'expertise ?

La commission est prudente sur ce point et s'en tient à la distinction classique dangerosité psychiatrique et dangerosité criminologique. Il faut éviter de stigmatiser le malade mental comme pouvant être systématiquement dangereux. L'utilisation d'outils et d'échelles actuarielles nécessite des travaux de recherche avant de pouvoir être largement utilisés dans la pratique expertale (voire clinique) quotidienne

## 4. L'expertise aux assises

La pratique expertale aux assises est un exercice assez particulier qu'on apprend souvent par « immersion ». Il importe dans tous les cas que les experts soient compris. Ils doivent donc utiliser un langage clair.

Etant donné le délai qui peut exister entre la première expertise peu après les faits et la comparution aux assises en moyenne deux ans après, il serait souhaitable qu'une nouvelle expertise soit menée peu avant le procès afin que l'expert puisse apprécier l'évolution de l'accusé. L'expert doit aussi pouvoir disposer de tous les documents nécessaires à sa mission et dans des délais rapides compatibles au délai qui lui est imparti pour faire son travail.

Les expertises psychiatriques et psychologiques peuvent s'entrecroiser mais il est souhaitable qu'un même professionnel ne réalise pas l'expertise psychiatrique et la partie médicale de l'examen médico-psychologique.

L'expertise de l'agresseur et de la victime par le même expert n'est pas recommandée par la commission.

Enfin l'expertise contradictoire prévue par la loi du 5 mars 2007 risque de se heurter à la pénurie d'experts.

## 5. Expertise du mineur

L'expertise d'un mineur devrait toujours être faite par un psychiatre ayant une compétence en pédopsychiatrie. La commission préconise :

- D'éviter tout diagnostic de personnalité avant l'âge de 16 ans.
- De disposer d'importantes sources d'informations sur l'environnement du jeune.
- De rencontrer les parents ou l'entourage
- D'officialiser la communication du dossier d'assistance éducative et de le transmettre aux experts.
- De rechercher systématiquement chez les mineurs auteurs de violence sexuelle des antécédents d'agression sexuelle pour eux-mêmes.
- De mener les expertises le plus précocement possible
- De visionner l'enregistrement audiovisuel réalisé pendant l'audition de la victime
- D'être prudents dans le recours à certaines techniques : poupées sexuées ou interprétations de dessins
- De tenir compte de l'emprise exercée par les adultes sur les enfants
- De recourir autant que possible aux entretiens familiaux
- D'abandonner l'expertise de crédibilité et de suivre le modèle d'expertise diffusé par la circulaire CRIM/AP n° 05-10/E1-02-05-2005 (Tableau 1)

1. Relever les aspects de la personnalité du plaignant ; dire s'il présente des troubles ou anomalies susceptibles d'affecter son équilibre psychique. Indiquer son niveau d'intelligence ;
2. Analyser les circonstances et le contexte de la révélation ; rechercher les facteurs éventuels de nature à influencer les dires du plaignant ;
3. Décrire le retentissement éventuel et les modifications de la vie psychique depuis les faits en cause. Peuvent-ils être évocateurs d'abus sexuels ?
4. Faire toute remarque utile sur le récit du plaignant et sur son évolution depuis la révélation, sous l'angle psychologique ou psychopathologique ;
5. Indiquer le degré de connaissance et de maturation du plaignant en matière sexuelle ;
6. Formuler, si c'est possible, un pronostic sur le retentissement observé. Est-il opportun de conseiller un suivi thérapeutique ? » .

**Tableau 1. Expertise judiciaire type d'un plaignant en matière d'infraction sexuelle**

## 6. Expertise post-sentencielle de prélibération

La plus grande prudence est requise dans la réalisation de cette expertise en évitant l'amalgame entre risque de rechute d'une pathologie psychiatrique et risque de récurrence de l'acte délictueux.

## 7. Expertise post-sentencielle et injonction de soins

Le rapport peut orienter les soins après la libération. Son avis implique l'action d'autres professionnels : *« Il doit agir avec modestie et savoir reconnaître les limites de sa compétence, dans le respect de la déontologie, en permettant cependant la transmission des informations nécessaires à la mise en place des soins, y compris éventuellement au probationnaire<sup>2</sup>. Evidemment, il importe que l'expert dispose d'un dossier complet, avec les pièces judiciaires et pénitentiaires, pour mener à bien sa mission<sup>3</sup> »*

## Question 3. Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?

### 1. La clinique expertale doit-elle se restructurer, se spécifier et répondre à de nouvelles demandes ?

L'évolution de la clinique expertale peut s'envisager autour des pistes suivantes :

- Préciser une connaissance médico-légale plus consensuelle quant aux troubles qui abolissent ou qui altèrent le discernement
- S'intéresser plus précisément aux interactions auteur-victime
- Approfondir l'impact de la consommation de toxiques sur les passages à l'acte
- Affiner la question de la dangerosité, notamment dans les expertises post-sentencielles
- Prise en compte du contexte soignant dans l'appréciation de la dangerosité
- Structuration de la psychiatrie médico-légale en améliorant la formation et les confrontations des experts afin de dégager des consensus autant que faire se peut.

<sup>2</sup> Donner l'information au probationnaire est non seulement incontournable au regard de la loi du 4 mars 2002 mais ce partage de données est un acte essentiel pour la responsabilisation du sujet et limiter les entraves à ces soins complexes. La résistance à la transmission des informations est la persistance du paternalisme médical relayé et renforcé ici par le paternalisme judiciaire.

<sup>3</sup> L'expert doit pouvoir aussi disposer de documents médicaux, notamment concernant le suivi éventuel en prison. Il ne peut consulter le dossier médical de la prison, sacralisé par l'intangible secret professionnel, pour lequel nous devons continuer à nous battre corps et âme. Toujours dans le même esprit que la note précédente, il y a tout intérêt à passer par la personne condamnée à qui son psychiatre traitant doit remettre comme pour tout patient les documents attestant de son suivi.

## 2. Quelles sont les conséquences pour les questions types posées aux experts ?

La commission souhaite une actualisation et une harmonisation nationale des missions. Un plan type est proposé :

- Introduction. Présentation de l'expert, de la juridiction, de l'affaire et liste numérotée et exhaustive des questions posées
- Documents consultés
- Rappel des faits
- Déroulement de l'examen (point important car il permet de préciser les conditions matérielles du déroulement de l'expertise)
- Lecture psychodynamique de la biographie
- Examen psychiatrique (importance de noter de manière exhaustive les chapitres sémiologiques examinés, même s'ils sont négatifs. Ils permettent de savoir que l'expert n'a rien omis)
- Discussion sur trois niveaux :
  - analyse psychiatrique
  - analyse du passage à l'acte et du lien victimologique
  - analyse psychocriminologique
- Conclusion : réponses précises et succinctes à chaque question

## Question 4. Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise ?

1. Règles communes aux pratiques expertales
  - Séparer les fonctions de médecin expert et de médecin traitant
  - Respecter le secret médical en limitant le contenu du rapport aux questions directement posées<sup>4</sup>
  - Rester neutre vis-à-vis des éléments de l'accusation
  - Rester dans le cadre de ses compétences
  - Les prescriptions thérapeutiques sont hors champ de l'expertise
  - Dualité d'expert à demander dans les affaires graves
2. Lorsque les faits ne sont pas avérés, lorsque la personne les nie durablement, quelle attitude l'expert doit-il avoir dans sa réponse aux questions types ?
  - Ne pas dégager de traits de personnalité en cas de négation des faits car ils pourraient être retenus comme des éléments à charge
  - Confirmation des conclusions de la conférence de consensus sur les auteurs d'agressions sexuelles de 2001 : la négation des faits est une contre-indication à la recommandation d'une injonction de soins
3. Quels peuvent être les fondements et la dynamique évolutive de la déontologie expertale, de l'articulation avec les autres experts et professionnels ?
  - Développer les interfaces entre psychiatres et psychologues experts aussi bien lors des formations initiales que continues
  - Développer les lieux de réflexion sous la forme de congrès dans un contexte francophone
4. Cas particulier de l'expertise de crédibilité
  - La commission recommande aux magistrats de supprimer définitivement les missions d'expertise de crédibilité.

---

<sup>4</sup> Conformément à l'adage expertal classique : « La mission, rien que la mission, mais toute la mission ».

## Question 5. Comment développer la qualité expertale ?

- Renforcement de la formation des experts
- Revalorisation de la rémunération
- Amélioration des conditions matérielles de l'acte expertal
- Recourir à d'autres professionnels que les psychiatres pour les analyses psychocriminologique et pour l'avis à donner sur la dangerosité criminologique
- Réserver l'usage d'échelles d'évaluation du risque de dangerosité aux cliniciens exclusivement et insérée dans l'évaluation clinique.
- Etendre la fonction des centres ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle à d'autres types de prises en charge en relation avec la délinquance.
- Développement de la recherche en droit pénal comparé entre les pays européens et de recherches multidisciplinaires portant plus spécifiquement sur l'expertise psychiatrique pénale

Que penser de tout cela ?

Notre confrère, Carol Jonas, titrait l'éditorial de l'Information Psychiatre de mars 2008 ainsi : « *Expertise pénale : une audition publique, et après ?* » et remarque « *qu'alors qu'une année s'est maintenant écoulée depuis cette audition publique, il n'est pas encore apparu que les efforts entrepris par la famille psychiatrique aient été bien compris par le monde judiciaire et utilisés dans les réflexions, procédures, discussions, missions diverses qui se sont succédé depuis à la faveur d'événements dont l'importance était fonction d'aléas médiatiques* ». J'aurai tendance à remplacer « le monde judiciaire » par le « monde politique » car c'est bien lui le responsable de lois nouvelles créant une inflation d'expertises nouvelles et la non prise en compte des remarques sur la dangerosité formulée au cours de l'audition publique.

Quand pourra-t-on espérer des prises de décision politiques, prudentes, réfléchies ne passant pas à l'acte en permanence, optant ainsi par identification avec le comportement impulsif fréquent de nombreux délinquants ? Et soucieuse réellement des deniers publics en n'engageant pas des mesures coûteuses à l'efficacité souvent incertaine. MD.

### DIALOGUE JUSTICE/SANTÉ AUTOUR DE L'INJONCTION DE SOINS ET DES REMISES DE PEINES EN PRISON

La tension autour de l'octroi des RPS en fonction d'un suivi ou non au SMPR prend des allures ubuesques avec le risque de survenue de situations dramatiques surtout dans ces temps de surpopulation pénale croissante.

On arrive aux paradoxes suivants : des peines planchers qui augmentent les incarcérations et des efforts d'aménagements de peine, véritables comptes d'apothicaires, tirés par les cheveux, pour faire sortir au plus vite quelques détenus afin de désencombrer les prisons.

Il serait temps de dire que la politique actuelle crée l'insécurité en prison en y augmentant le nombre de malades mentaux, en exposant personnels pénitentiaires et soignants aux colères de détenus qui vont exiger des suivis pour obtenir des remises de peine.

Au secours ! Le pouvoir politique instrumentalise l'insécurité en prison tout en n'augmentant pas la sécurité en-dehors des prisons, en remettant plus tôt que prévu dans le milieu libre des condamnés qui n'auront eu en rien leur dangerosité diminuée en prenant deux ou trois somnifères.... Le chantage soins/remise de peine est un grand cadeau fait à la perversité humaine par le pouvoir politique. Est-ce parce que l'homo politicus serait (souvent) un expert en manipulations, complots, retournements de veste, trahisons, luttes fratricides, qu'il est capable de tels montages incohérents ou bien est-ce par incompetence ? On l'a bien vu avec la non prise en compte des résultats de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale : l'avis des professionnels ne peut pas compter face aux intérêts politiques.

Les lecteurs trouveront ci-dessous, un dialogue entre un psy et un JAP où l'on cherche à trouver des solutions. Parfois certains de mes collaborateurs ou des collègues d'autres SMPR sont un peu irrités contre les JAP. Pour ma part, tel n'est pas le cas, je pense que le plus souvent, leur action est dans la ligne de leur

mission : appliquer la loi que le législateur, via les électeurs leur a imposée.

Néanmoins, tout est aussi affaire d'interprétation : entre les obligations imposées par un pouvoir centralisé, s'engluant dans une complexité de plus en plus ingérable, non maîtrisable par le commun des professionnels, empreinte de méandres et de possibilités de contournements, certains peuvent y adjoindre leur pouvoir personnel. C'est ce que dit souvent Michel Foucault : où comment les chefs locaux peuvent infiltrer leurs pouvoirs dans un réseau capillaire qui outrepassa les directives nationales (du monarque). Il n'empêche qu'actuellement, l'avis du monarque semble s'imposer de plus en plus et infester les neurones de chaque citoyen pour lui imposer sa pensée unique, la seule qui vaille quand on a discrédité toutes les autres qui n'ont d'uniques que le fait de s'opposer à la sienne.....

Quel est le problème ? Exemple de dialogue fictif (selon la formule consacrée : les personnages ci-dessous sont purement imaginaires, si...).

Un JAP demande à un psy de SMPR : « Avec les nouvelles dispositions sur le SSJ, les détenus qui n'acceptent pas l'injonction de soins se voient sanctionner par des retraits de RSP (remise supplémentaire de peine) et CRP (crédit de réduction de peine) et les JAP auront besoin après leur avoir envoyé le courrier leur demandant de se faire suivre (par définition injonction de soins implique qu'un expert s'est prononcé pour une opportunité de soins) de savoir par le SMPR s'ils sont effectivement suivis et s'ils en ont fait la demande. Cela vous serait-il possible ? Je peux parfaitement vous adresser le double de mon courrier aux détenus leur demandant de se faire suivre. »

Le psy têtu et obstiné répond :

« Nous avons déjà échangé à plusieurs reprises sur ce sujet et vous savez que cette situation est bien complexe à plus d'un titre :

1. Déjà sur le plan pratique, vous avez pu remarquer que nous avons mis au point au SMPR un modèle d'attestation avec plusieurs cas de figure (modèle en pièce jointe) indiquant la position adoptée pour le détenu. Normalement, il lui appartient de faire la demande, d'être reçu, de recevoir une attestation et à charge pour lui de vous la remettre, éventuellement par le biais du SPIP. Nous avons remarqué fréquemment que devant vous, les détenus semblent dire qu'ils ont prêts à se soigner et que devant nous ils ne veulent pas ou reconnaissent aisément qu'ils accomplissent cette formalité pour avoir les réductions de peine.
2. Les experts ont la prescription facile d'autant plus que ce n'est pas eux qui assurent les soins..... C'est de l'hypocrisie pure et simple. Il faut tenir compte pour prescrire un soin à la fois de l'indication clinique (qui n'est pas si fréquente) et de la faisabilité technique, qui est un élément important. Les travaux de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale ont rappelé précisément ce point et la nécessité pour l'expert d'être modeste dans ses préconisations.
3. L'unique psychologue du SMPR est complètement débordée et nous donnons la préférence aux "urgences" psychologiques, pour les détenus qui se sentent mal, qui ont réellement besoin de soins et pas ceux pour lesquels la société espère fantasmatiquement un soin magique pour les soigner de leur "méchanceté et malfaisance". Nous sommes submergés par ces demandes de soins obligés, ce qui empêche toute organisation de fond et de traitement suivi pour l'ensemble des détenus.
4. Enfin, la prison et ses contraintes parfois très bassement matérielles (les détenus ne viennent pas en consultation, même appelés pour x raisons) rendent illusoire l'efficacité des soins qui ne relèvent la plupart du temps que d'interventions ponctuelles pour calmer les agitations diverses.
5. En pratique, je ne sais ce que vous ferez pour les détenus qui vous présenteront une attestation de leur consultation au SMPR, indiquant ainsi qu'ils ont accepté cette consultation mais qui sont inscrits soit sur une liste d'attente soit qui ne sont pas considérés à notre avis comme relevant d'une indication de soins (même si l'expert l'a recommandée et que le détenu les accepte par pur formalisme. Nous ne sommes pas tenus par l'avis de l'expert) ».

Le JAP répond au psychiatre récalcitrant (mais le dialogue, quoique « rugueux », qu'il soit écrit ou oral reste toujours cordial et respectueux) :

« Je vous remercie vivement de votre long et intéressant courrier de réponse qui ne fait que me conforter dans ce que j'anticipais. Il me semble difficile de supprimer des CRP à des détenus qui seront sur une liste d'attente...Mais cela sera en discussion avec les autres membres de la CAP.

Pour l'instant avec le greffe du centre pénitentiaire, nous tentons, au vu des nouveaux critères légaux, de lister dès leur mise sous écrou, les personnes à qui le législateur impose au JAP d'adresser un courrier leur enjoignant de se soigner :

- soit du fait de leur condamnation SSJ avec soins
- soit du fait de la nature de l'infraction commise et pour lesquels l'obligation de soins est également obligatoire, au motif que le SSJ est encouru..... (Ce sont les condamnés qui ont commis les infractions visées à l'article D 147-31 du CPP).

Il ne s'agit même plus d'un avis d'expert psychiatre pour des soins, mais d'obligations de soins systématiques pour certains types d'infractions<sup>5</sup> (souligné par le psychiatre tétu).

Les membres de la CAP sont bien sûr intéressés par l'avis du SMPR et sur ses possibilités de gérer un tel flux. D'où mon courrier. Votre courrier de réponse est très intéressant. J'aimerais pouvoir le transmettre à la Direction du CP, au SPIP, et au parquet.

Je vous remercie de m'indiquer si vous en êtes d'accord ».

Psychiatre mégalomanie au JAP :

« Bien entendu vous pouvez diffuser abondamment ma réponse. Je vous joins les textes que j'ai réunis sur l'IS dans le CSP, le CP et le CPP. Je n'ai pas trouvé dans les différents codes, la possibilité d'une IS sans expertise préalable. A chaque fois, le principe énoncé dans l'article 131-36-4 du CP est répété : IS que si une expertise l'a énoncée. Idem dans le cas de la surveillance judiciaire. Pour les condamnés susceptibles en fonction de leur infraction de se voir appliquer un SSJ avec IS, même si celui-ci n'a pas été prononcé au moment de la condamnation, l'injonction de soin ne peut être possible qu'après expertise.

Je n'ai vu aucun écrit qui exposait ce principe d'IS sans expertise préalable et je pense que les professionnels du soin concernés et très informés (ARTAAS et ASPMP) auraient réagi face à cette mesure nouvelle.

En effet, la loi de 1998 a représenté une avancée notable, par rapport à l'obligation de soins, en imposant l'expertise, qui recommande la prescription d'un soin par un médecin. Il faut nous y tenir sinon vers quelle régression irions-nous ? J'espère que le moment de folie que nous traversons avec ces histoires de remise de peine sera balayé par un retour à la raison.

Il est dommage que certains parmi les professionnels les plus convaincus de l'aspect bénéfique du soin soutenu par une mesure judiciaire en viennent à se décourager devant l'automatisme du soin, simplement pour des remises de peine.

Depuis quelque temps, nous sentons monter une forte tension auprès de la population pénitentiaire qui en vient à menacer l'équipe infirmière lors de la distribution de médicaments. Les demandes de médicaments (somnifères) augmentent pour obtenir une justification de suivi par le SMPR. Evidemment, cet alibi permet en outre d'obtenir des médicaments qui ne sont pas consommés par les demandeurs et permettent d'alimenter le trafic : coup double pour ces rusés : réduction de peine et profits des trafics. Nous sommes admirablement manipulés.

Qu'en donc les politiques vont-ils comprendre la perversité du système qu'ils mettent en place? »

Cet échange s'est poursuivi par une réunion de travail JAP/SPIP/AP/SMPR. Nous avons convenu de la complexité des textes et de leurs incessantes modifications qui rend leur appropriation difficile par les professionnels et aussi par les condamnés bien qu'ils n'en retiennent finalement que le principe essentiel : « je vais au SMPR pour obtenir mes remises de peine et mon autorisation d'évasion ».

Ainsi, subtilement le législateur a mis en place un système légal d'évasion parfaitement organisé et planifié : un exemple remarquable de travail en réseau. Sur incitation judiciaire, les psychiatres délivrent des points pour permettre au détenu d'obtenir son bon de libération anticipé par le JAP. Drôle de paradoxe : alors que les peines plancher devaient permettre de punir davantage les récidivistes, conduisant ainsi à une augmentation de la population pénitentiaire, maintenant pour résoudre la surpopulation, on ouvre les vannes de la libération en accordant des remises de peine supplémentaires permettant de faire sortir plus vite tous ces présumés méchants dangereux que médias et politiques vilipendent... Evidem-

---

<sup>5</sup> Sur ce point, j'aimerais avoir l'avis de mes confrères et consœurs : peut-il y avoir injonction de soins sans expertises préalables ? Il me semble que le SSJ peut être encouru pour les auteurs de certaines infractions et qui n'y ont pas été condamnés lors du jugement, mais pour l'ordonner le JAP doit suivre la même procédure : expertise préalable. Toujours la même argumentation : un soin ne s'impose pas à partir d'une infraction mais à partir d'une problématique de santé mentale, identifiée, diagnostiquée et susceptible de relever d'un traitement codifié, dans un contexte le permettant.

ment, le mécanisme est tellement complexe que nos concitoyens, persuadés que les politiques font ce qu'ils disent et assurent notre sécurité avec cohérence, ne risquent pas de savoir à quel point ils sont dupés (« *La France a peur* », ainsi Carol Jonas commence-t-il son éditorial cité supra, rappelant l'ouverture d'un journal télévisé dans les années 70).

A propos de complexité et l'impossible travail pédagogique à faire auprès de l'opinion publique sur la réalité de la récidive, finissons cet article par le bonheur apporté par la lecture de la définition de la récidive légale proposée par la circulaire du 13 août 2007 relative à la présentation des dispositions de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs (heureusement, la définition serait paraît-il limpide pour les magistrats) et qui mérite un encadré (Tableau 2).

Comme l'indiquent les débats parlementaires (rapport AN n° 65, p70), il n'y a nouvelle récidive légale, au sens des articles 132-18-1 et 132-18-2, que lorsqu'une personne commet une infraction qui constitue le deuxième terme d'une récidive dont le premier terme constituait le second terme d'une précédente récidive, ou, plus précisément, dont le premier terme est une condamnation prononcée pour une infraction qui constituait le second terme d'une précédente récidive, à condition que ce précédent état de récidive ait été relevé par la juridiction de jugement

**Tableau 2. Définition de la récidive légale.**

## CODE PENAL

Article 131-10 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 25 \(\) JORF 7 mars 2007](#)

Lorsque la loi le prévoit, un crime ou un délit peut être sanctionné d'une ou de plusieurs peines complémentaires qui, frappant les personnes physiques, emportent interdiction, déchéance, incapacité ou retrait d'un droit, injonction de soins ou obligation de faire, immobilisation ou confiscation d'un objet, confiscation d'un animal, fermeture d'un établissement ou affichage de la décision prononcée ou diffusion de celle-ci soit par la presse écrite, soit par tout moyen de communication au public par voie électronique.

Article 131-36-4 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 - art. 7 \(\) JORF 11 août 2007 en vigueur le 1er mars 2008](#)

Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux [articles L. 3711-1 et suivants](#) du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale. Le président avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de [l'article 131-36-1](#) pourra être mis à exécution.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une injonction de soins et que la personne a été également condamnée à une peine privative de liberté non assortie du sursis, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

Article 132-45 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 49 \(\) JORF 7 mars 2007](#)

La juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes :

- 1° Exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle ;
- 2° Etablir sa résidence en un lieu déterminé ;
- 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparaît que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ;

4° Justifier qu'il contribue aux charges familiales ou acquitte régulièrement les pensions alimentaires dont il est débiteur ;

5° Réparer en tout ou partie, en fonction de ses facultés contributives, les dommages causés par l'infraction, même en l'absence de décision sur l'action civile ;

6° Justifier qu'il acquitte en fonction de ses facultés contributives les sommes dues au Trésor public à la suite de la condamnation ;

7° S'abstenir de conduire certains véhicules déterminés par les catégories de permis prévues par le code de la route ;

8° Ne pas se livrer à l'activité professionnelle dans l'exercice ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ;

9° S'abstenir de paraître en tout lieu spécialement désigné ;

10° Ne pas engager de paris, notamment dans les organismes de paris mutuels ;

11° Ne pas fréquenter les débits de boissons ;

12° Ne pas fréquenter certains condamnés, notamment les auteurs ou complices de l'infraction ;

13° S'abstenir d'entrer en relation avec certaines personnes, notamment la victime de l'infraction.

14° Ne pas détenir ou porter une arme ;

15° En cas d'infraction commise à l'occasion de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur, accomplir, à ses frais, un stage de sensibilisation à la sécurité routière ;

16° S'abstenir de diffuser tout ouvrage ou oeuvre audiovisuelle dont il serait l'auteur ou le co-auteur et qui porterait, en tout ou partie, sur l'infraction commise et s'abstenir de toute intervention publique relative à cette infraction ; les dispositions du présent alinéa ne sont applicables qu'en cas de condamnation pour crimes ou délits d'atteintes volontaires à la vie, d'agressions sexuelles ou d'atteintes sexuelles ;

17° Remettre ses enfants entre les mains de ceux auxquels la garde a été confiée par décision de justice ;

18° Accomplir un stage de citoyenneté ;

19° En cas d'infraction commise soit contre son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, soit contre ses enfants ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire, résider hors du domicile ou de la résidence du couple et, le cas échéant, s'abstenir de paraître dans ce domicile ou cette résidence ou aux abords immédiats de celui-ci, ainsi que, si nécessaire, faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique ; les dispositions du présent 19° sont également applicables lorsque l'infraction est commise par l'ancien conjoint ou concubin de la victime, ou par la personne ayant été liée à elle par un pacte civil de solidarité, le domicile concerné étant alors celui de la victime.

Article 132-45-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Créé par [Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 - art. 8 \(\) JORF 11 août 2007 en vigueur le 1er mars 2008](#)

Sauf décision contraire de la juridiction, la personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve pour l'une des infractions pour lesquelles le suivi socio-judiciaire est encouru est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique, s'il est établi qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement, après une expertise médicale ordonnée conformément aux dispositions du code de procédure pénale.

En cas d'injonction de soins, le président avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé pourra être mis à exécution.

Lorsque la juridiction de jugement prononce une peine privative de liberté qui n'est pas intégralement assortie du sursis avec mise à l'épreuve, le président informe le condamné qu'il aura la possibilité de commencer un traitement pendant l'exécution de cette peine.

## CODE DE PROCEDURE PENALE

Article 717-1

Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 1](#)

La répartition des condamnés dans les prisons établies pour peines s'effectue compte tenu de leur catégorie pénale, de leur âge, de leur état de santé et de leur personnalité.

Dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru exécutent leur peine dans des établissements péni-

tentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Sans préjudice des dispositions de l'article [763-7](#), le juge de l'application des peines peut proposer à tout condamné relevant des dispositions de l'alinéa précédent de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement.

Les dispositions des articles [L. 3711-1](#), [L. 3711-2](#) et [L. 3711-3](#) du code de la santé publique sont applicables au médecin traitant du condamné détenu, qui délivre à ce dernier des attestations de suivi du traitement afin de lui permettre d'en justifier auprès du juge de l'application des peines pour l'obtention des réductions de peine prévues par l'article [721-1](#).

Deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné susceptible de relever des dispositions de l'article [706-53-13](#), celui-ci est convoqué par le juge de l'application des peines auprès duquel il justifie des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé en application des deuxième et troisième alinéas du présent article. Au vu de ce bilan, le juge de l'application des peines lui propose, le cas échéant, de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

Les agents et collaborateurs du service public pénitentiaire transmettent aux personnels de santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes.

#### Article 721

Chaque condamné bénéficie d'un crédit de réduction de peine calculé sur la durée de la condamnation prononcée à hauteur de trois mois pour la première année, de deux mois pour les années suivantes et, pour une peine de moins d'un an ou pour la partie de peine inférieure à une année pleine, de sept jours par mois ; pour les peines supérieures à un an, le total de la réduction correspondant aux sept jours par mois ne peut toutefois excéder deux mois.

Lorsque le condamné est en état de récidive légale, le crédit de réduction de peine est calculé à hauteur de deux mois la première année, d'un mois pour les années suivantes et, pour une peine de moins d'un an ou pour la partie de peine inférieure à une année pleine, de cinq jours par mois ; pour les peines supérieures à un an, le total de la réduction correspondant aux cinq jours par mois ne peut toutefois excéder un mois. Il n'est cependant pas tenu compte des dispositions du présent alinéa pour déterminer la date à partir de laquelle une libération conditionnelle peut être accordée au condamné, cette date étant fixée par référence à un crédit de réduction de peine qui serait calculé conformément aux dispositions du premier alinéa.

En cas de mauvaise conduite du condamné en détention, le juge de l'application des peines peut être saisi par le chef d'établissement ou sur réquisitions du procureur de la République aux fins de retrait, à hauteur de trois mois maximum par an et de sept jours par mois, de cette réduction de peine. Il peut également ordonner le retrait lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle et qu'elle refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines, sur avis médical, en application des articles [717-1](#) ou [763-7](#). Sa décision est prise dans les conditions prévues à l'article [712-5](#).

Lorsque le condamné est en état de récidive légale, le retrait prévu par le troisième alinéa du présent article est alors de deux mois maximum par an et de cinq jours par mois.

En cas de nouvelle condamnation à une peine privative de liberté pour un crime ou un délit commis par le condamné après sa libération pendant une période égale à la durée de la réduction résultant des dispositions du premier ou du deuxième alinéa et, le cas échéant, du troisième alinéa du présent article, la juridiction de jugement peut ordonner le retrait de tout ou partie de cette réduction de peine et la mise à exécution de l'emprisonnement correspondant, qui n'est pas confondu avec celui résultant de la nouvelle condamnation.

Lors de sa mise sous écrou, le condamné est informé par le greffe de la date prévisible de libération compte tenu de la réduction de peine prévue par le premier alinéa, des possibilités de retrait, en cas de mauvaise conduite ou de commission d'une nouvelle infraction après sa libération, de tout ou partie de cette réduction. Cette information lui est à nouveau communiquée au moment de sa libération.

NOTA: Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 art. 13 VI : Les modifications des articles 721 et 721-1 du code de procédure pénale issues de la présente loi sont applicables aux personnes exécutant un peine privative de liberté à la date de publication de la présente loi.

#### Article 721-1

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. Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, aucune réduction supplémentaire de la peine ne peut être accordée à une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, qui refuse pendant son incarcération de suivre le traitement qui lui est proposé par le juge de l'application des peines en application des articles [717-1](#) et [763-7](#).

Cette réduction, accordée par le juge de l'application des peines après avis de la commission de l'application des peines, ne peut excéder, si le condamné est en état de récidive légale, deux mois par année d'incarcération ou quatre jours par mois lorsque la durée d'incarcération restant à subir est inférieure à une année. Si le condamné n'est pas en état de récidive légale, ces limites sont respectivement portées à trois mois et à sept jours. Lorsque la personne a été condamnée pour les crimes ou délits, commis sur un mineur, de meurtre ou assassinat, torture ou actes de barbarie, viol, agression sexuelle ou atteinte sexuelle, la réduction ne peut excéder deux mois par an ou quatre jours par mois ou, si elle est en état de récidive légale, un mois par an ou deux jours par mois, dès lors qu'elle refuse les soins qui lui ont été proposés.

Elle est prononcée en une seule fois si l'incarcération est inférieure à une année et par fraction annuelle dans le cas contraire.

Sauf décision du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes condamnées pour l'une des infractions mentionnées à l'article [706-47](#) si, lorsque leur condamnation est devenue définitive, le casier judiciaire faisait mention d'une telle condamnation.

NOTA: Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 art. 13 VI : Les modifications des articles 721 et 721-1 du code de procédure pénale issues de la présente loi sont applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté à la date de publication de la présente loi.

#### Article 723-29

Créé par [Loi n°2005-1549 du 12 décembre 2005 - art. 13 \(\) JORF 13 décembre 2005](#)

Lorsqu'une personne a été condamnée à une peine privative de liberté d'une durée égale ou supérieure à dix ans pour un crime ou un délit pour lequel le suivi socio-judiciaire est encouru, le juge de l'application des peines peut, sur réquisitions du procureur de la République, ordonner à titre de mesure de sûreté et aux seules fins de prévenir une récidive dont le risque paraît avéré, qu'elle sera placée sous surveillance judiciaire dès sa libération et pendant une durée qui ne peut excéder celle correspondant au crédit de réduction de peine ou aux réductions de peines supplémentaires dont elle a bénéficié et qui n'ont pas fait l'objet d'une décision de retrait.

#### Article 723-30

Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 14](#)

La surveillance judiciaire peut comporter les obligations suivantes :

1° Obligations prévues par l'article [132-44](#) et par les 2°, 3°, 8°, 9°, 11°, 12°, 13° et 14° de l'article 132-45 du code pénal ;

2° Obligations prévues par l'article [131-36-2](#) (1°, 2° et 3°) du même code ;

3° Obligation prévue par l'article [131-36-12](#) du même code ;

4° Si la personne a été condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'un des crimes mentionnés à l'article [706-53-13](#) du présent code, obligation d'assignation à domicile, emportant pour l'intéressé l'interdiction de s'absenter de son domicile ou de tout autre lieu désigné par le juge en dehors des périodes fixées par celui-ci. Les périodes et les lieux sont fixés en tenant compte : de l'exercice d'une activité professionnelle par le condamné ; du fait qu'il suit un enseignement ou une formation, effectue un stage ou occupe un emploi temporaire en vue de son insertion sociale ; de sa participation à la vie de famille ; de la prescription d'un traitement médical.

Sauf décision contraire du juge de l'application des peines, le condamné placé sous surveillance judiciaire est soumis à une injonction de soins, dans les conditions prévues aux articles [L. 3711-1](#) et suivants du code de la santé publique, lorsqu'il est établi, après expertise médicale prévue à l'article [723-31](#), qu'il est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

#### Article 723-31

Modifié par [Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 - art. 9 \(\) JORF 11 août 2007](#)

Le risque de récidive mentionné à l'article 723-29 doit être constaté par une expertise médicale ordonnée par le juge de l'application des peines conformément aux dispositions de l'article 712-16, et dont la conclusion fait apparaître la dangerosité du condamné et détermine si le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Cette expertise peut être également ordonnée par le procureur de la République.

#### Article 731-1 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 - art. 11 \(\) JORF 11 août 2007](#)

La personne faisant l'objet d'une libération conditionnelle peut être soumise aux obligations prévues pour le suivi socio-judiciaire si elle a été condamnée pour un crime ou un délit pour lequel cette mesure est encourue. Sauf décision contraire du juge de l'application des peines ou du tribunal de l'application des peines, cette personne est soumise à une injonction de soins dans les conditions prévues aux articles L. 3711-1 et suivants du code de la santé publique s'il est établi, après l'expertise prévue à l'article 712-21 du présent code, qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Cette personne peut alors être également placée sous surveillance électronique mobile dans les conditions et selon les modalités prévues par les articles 763-10 à 763-14.

NOTA: Loi 2007-1198 du 10 août 2007 art. 12 : Le II de l'article 7 et les articles 9 à 11 sont immédiatement applicables aux personnes exécutant une peine privative de liberté.

#### Article 706-47-1

Modifié par [Loi n°2007-1198 du 10 août 2007 - art. 8 \(\) JORF 11 août 2007 en vigueur le 1er mars 2008](#)

Les personnes poursuivies pour l'une des infractions mentionnées à l'article 706-47 doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins.

Cette expertise peut être ordonnée dès le stade de l'enquête par le procureur de la République.

Cette expertise est communiquée à l'administration pénitentiaire en cas de condamnation à une peine privative de liberté, afin de faciliter le suivi médical et psychologique en détention prévu par l'article 717-1.

#### Article 763-3

Pendant la durée du suivi socio-judiciaire, le juge de l'application des peines peut, après audition du condamné et avis du procureur de la République, modifier ou compléter les mesures prévues aux articles [131-36-2](#) et 131-36-3 du code pénal.

Sa décision est exécutoire par provision. Elle peut être attaquée par la voie de l'appel par le condamné, le procureur de la République et le procureur général, à compter de sa notification selon les modalités prévues au 1° de l'article [712-11](#).

Si la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire n'a pas été soumise à une injonction de soins, le juge de l'application des peines ordonne en vue de sa libération une expertise médicale afin de déterminer si elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement. S'il est établi à la suite de cette expertise la possibilité d'un traitement, la personne condamnée est soumise à une injonction de soins, sauf décision contraire du juge de l'application des peines. Le juge de l'application des peines avertit le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que, s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article [131-36-1](#) du code pénal pourra être mis à exécution. Les dispositions des deux alinéas précédents sont alors applicables.

Le juge de l'application des peines peut également, après avoir procédé à l'examen prévu à l'article [763-10](#), ordonner le placement sous surveillance électronique mobile du condamné. Le juge de l'application des peines avertit le condamné que le placement sous surveillance électronique mobile ne pourra être mis en oeuvre sans son consentement mais que, à défaut ou s'il manque à ses obligations, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 du code pénal pourra être mis à exécution. Les dispositions des deux premiers alinéas du présent article sont applicables.

Si la personne a été condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'un des crimes mentionnés à l'article [706-53-13](#), le juge de l'application des peines peut

également prononcer une obligation d'assignation à domicile prévue par le 4° de l'article [723-30](#). Les dispositions des deux premiers alinéas du présent article sont applicables.

#### Article 763-4

Créé par [Loi n°98-468 du 17 juin 1998 - art. 8 \(\) JORF 18 juin 1998](#)

Lorsque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit exécuter cette mesure à la suite d'une peine privative de liberté, le juge de l'application des peines peut ordonner l'expertise médicale de l'intéressé avant sa libération. Cette expertise est obligatoire si la condamnation a été prononcée plus de deux ans auparavant.

Le juge de l'application des peines peut en outre, à tout moment du suivi socio-judiciaire et sans préjudice des dispositions de l'article 763

#### Article 763-7

Modifié par [Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 - art. 168 JORF 10 mars 2004 en vigueur le 1er janvier 2005](#)

Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le second alinéa de l'article 717-1 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Elle est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois.

En cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur sans surveillance ou de mesure de semi-liberté, les obligations résultant du suivi socio-judiciaire sont applicables.

#### Article D147-36

Modifié par [Décret n°2007-1627 du 16 novembre 2007 - art. 8 \(\) JORF 18 novembre 2007](#)

L'expertise prévue par l'article 723-31 peut ne pas être ordonnée si figure dans le dossier individuel du condamné une expertise datant de moins de deux ans, ordonnée le cas échéant à l'occasion d'une demande de libération conditionnelle, et qui conclut à la dangerosité du condamné et d'où il ressort qu'il existe un risque de récidive paraissant avéré.

Toutefois, s'il s'agit d'une personne condamnée pour des faits commis avant le 14 décembre 2005, elle peut demander une contre-expertise avant qu'il ne soit statué sur les réquisitions du ministère public par le tribunal de l'application des peines. Cette contre-expertise, qui est alors de droit, est ordonnée par le tribunal de l'application des peines, sauf si elle a été préalablement ordonnée par le procureur de la République.

#### Article D147-37

Modifié par [Décret n°2007-1627 du 16 novembre 2007 - art. 8 \(\) JORF 18 novembre 2007](#)

Sauf décision contraire du juge de l'application des peines ou, pour les personnes condamnées pour des faits commis avant le 14 décembre 2005, du tribunal de l'application des peines, la surveillance judiciaire comporte l'obligation de respecter l'injonction de soins prévue par l'article 131-36-4 du code pénal lorsque l'expertise médicale prévue par l'article 723-31 ou par l'article D. 147-36 conclut que le condamné est susceptible de faire l'objet d'un traitement. La juridiction constate cette obligation dans sa décision de placement sous surveillance judiciaire.

Si la surveillance judiciaire comporte une injonction de soins, les dispositions du suivi socio

#### Article D147-40-1

Créé par [Décret n°2007-1627 du 16 novembre 2007 - art. 11 \(\) JORF 18 novembre 2007](#)

Si la surveillance judiciaire comporte une injonction de soins, ce juge désigne, avant la libération du condamné, le médecin coordonnateur afin que le choix du médecin traitant puisse, sauf impossibilité, intervenir avant cette libération, en application des dispositions des articles R. 3711-8 et R. 3711-12 à R. 3711-17 du code de la santé publique.

Pour ce faire, le condamné peut bénéficier de permissions de sortir ou d'autorisations de sortie sous escorte, afin de rencontrer le médecin coordonnateur et son médecin traitant.

## Article D538

Modifié par [Décret n°2007-1627 du 16 novembre 2007 - art. 14 \(\) JORF 18 novembre 2007](#)

Conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 731-1, la personne est également soumise, sauf décision contraire du juge ou du tribunal de l'application des peines à une injonction de soins selon les modalités applicables en matière du suivi socio-judiciaire, si elle a été condamnée pour une infraction pour laquelle cette mesure est encourue et qu'une expertise médicale estime qu'elle est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Le condamné est alors avisé par le juge de l'application des peines, avant sa libération, qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s'il refuse les soins qui lui seront proposés, sa libération conditionnelle pourra être révoquée.

## CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

### Article L3711-1

Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 6](#)

Pour la mise en œuvre de l'injonction de soins prévue par les articles 131-36-4 et 132-45-1 du code pénal et les articles 723-30 et 731-1 du code de procédure pénale, le juge de l'application des peines désigne, sur une liste de psychiatres ou de médecins ayant suivi une formation appropriée établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur qui est chargé :

1° D'inviter le condamné, au vu des expertises réalisées au cours de la procédure ainsi que, le cas échéant, au cours de l'exécution de la peine privative de liberté, à choisir un médecin traitant. En cas de désaccord persistant sur le choix effectué, le médecin est désigné par le juge de l'application des peines, après avis du médecin coordonnateur ;

2° De conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande ;

3° De transmettre au juge de l'application des peines ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins ;

4° D'informer, en liaison avec le médecin traitant, le condamné dont le suivi socio-judiciaire, le sursis avec mise à l'épreuve ou la surveillance judiciaire est arrivé à son terme, ou le condamné qui a bénéficié d'une libération conditionnelle, de la possibilité de poursuivre son traitement en l'absence de contrôle de l'autorité judiciaire et de lui indiquer les modalités et la durée qu'il estime nécessaires et raisonnables à raison notamment de l'évolution des soins en cours ;

5° De coopérer à la réalisation d'évaluations périodiques du dispositif de l'injonction de soins ainsi qu'à des actions de formation et d'étude.

### Article L3711-2

Les rapports des expertises médicales réalisées pendant l'enquête ou l'instruction ainsi que, le cas échéant, le réquisitoire définitif, l'ordonnance de renvoi devant le tribunal correctionnel, l'arrêt de mise en accusation et le jugement ou l'arrêt de condamnation et, s'il y a lieu, toute autre pièce du dossier sont communiquées, à sa demande, au médecin traitant, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur. Il en est de même des rapports des expertises ordonnées par le juge de l'application des peines en cours d'exécution, éventuellement, de la peine privative de liberté ou de suivi socio-judiciaire.

Sans que leur soient opposables les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les praticiens chargés de dispenser des soins en milieu pénitentiaire communiquent les informations médicales qu'ils détiennent sur le condamné au médecin coordonnateur afin qu'il les transmette au médecin traitant.

Le médecin traitant délivre des attestations de suivi du traitement à intervalles réguliers, afin de permettre au condamné de justifier auprès du juge de l'application des peines de l'accomplissement de son injonction de soins.

### Article L3711-3

Le médecin traitant est habilité, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article [226-13](#) du code pénal, à informer le juge de l'application des peines ou l'agent de probation de l'interruption du traitement. Lorsque le médecin traitant informe le juge ou l'agent de probation, il en avise immédiatement le médecin coordonnateur.

Le médecin traitant peut également informer de toutes difficultés survenues dans l'exécution du traitement le médecin coordonnateur qui est habilité, dans les mêmes conditions qu'à l'alinéa précédent, à pré-

venir le juge de l'application des peines ou l'agent de probation.

Le médecin traitant peut également proposer au juge de l'application des peines d'ordonner une expertise médicale.

Le médecin traitant est habilité à prescrire au condamné, avec le consentement écrit et renouvelé, au moins une fois par an, de ce dernier, un traitement utilisant des médicaments qui entraînent une diminution de la libido.

#### Article L3711-4

L'Etat prend en charge les dépenses afférentes aux interventions des médecins coordonnateurs.

#### Article L3711-4-1

Si la personnalité du condamné le justifie, le médecin coordonnateur peut inviter celui-ci à choisir, soit en plus du médecin traitant, soit à la place de ce dernier, un psychologue traitant ayant exercé pendant au moins cinq ans.

Les dispositions des articles [L. 3711-1](#) à L. 3711-3 applicables au médecin traitant sont applicables à ce psychologue à l'exception de celles prévues au dernier alinéa de l'article [L. 3711-3](#).

#### Article L3711-5

Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

#### Article R3711-12

Le médecin coordonnateur désigné par le juge de l'application des peines convoque la personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de cette mesure et l'invite à choisir un médecin traitant.

Lorsque la personne condamnée est mineure, le choix du médecin traitant est effectué par les titulaires de l'autorité parentale ou, à défaut, par le juge des tutelles. L'accord du mineur sur ce choix est recherché.

Lorsque la personne condamnée est un majeur protégé, ce choix est effectué, dans les mêmes conditions, par l'administrateur légal ou le tuteur, avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

Le médecin coordonnateur peut refuser d'avaliser le choix d'un médecin traitant par la personne condamnée s'il estime que celui-ci n'est manifestement pas en mesure de conduire la prise en charge d'auteurs d'infractions sexuelles.

#### Article R3711-19

Au cours de l'exécution du suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, la personne condamnée peut demander au médecin coordonnateur de changer de médecin traitant. Le médecin coordonnateur en informe le médecin traitant initialement désigné.

Les dispositions des articles R. 3711-12 à R. 3711-17 sont alors applicables.

#### Article R3711-20

Au cours de l'exécution du suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, le médecin traitant peut décider d'interrompre le suivi d'une personne condamnée. Il en informe alors sans délai le médecin coordonnateur et la personne condamnée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les dispositions des articles R. 3711-12 à R. 3711-17 sont alors applicables.

#### Article R3711-21

Au cours de l'exécution du suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins, le médecin coordonnateur convoque périodiquement, et au moins une fois par an, la personne condamnée, pour réaliser un bilan de sa situation, afin d'être en mesure de transmettre au juge de l'application des peines les éléments nécessaires au contrôle de l'injonction de soins.

#### Article R3711-22

Les pièces de procédure adressées au médecin traitant en application des dispositions de l'article L. 3711-2 lui sont remises par le médecin coordonnateur.

Quand il cesse de suivre la personne condamnée, le médecin traitant retourne ces pièces au médecin coordonnateur, qui les transmet au juge de l'application des peines.

### Article R3711-23

Les expertises médicales ordonnées par le juge de l'application des peines, soit sur proposition du médecin traitant, soit sur celle du médecin coordonnateur, sont régies par le code de procédure pénale.

Une copie de ces expertises est communiquée au médecin coordonnateur ainsi que, dans les conditions prévues à l'article R. 3711-22, au médecin traitant.

### Article R3711-24

Ainsi qu'il est dit à l'article R. 61-5 du code de procédure pénale, lorsque le suivi socio-judiciaire accompagne une peine privative de liberté, la période pendant laquelle le condamné se trouve en permission de sortir, ou est placé sous le régime de semi-liberté ou fait l'objet d'un placement extérieur ou d'un placement sous surveillance électronique ne s'impute pas sur la durée du suivi socio-judiciaire.

MD.



Fresque murale. Ancienne maison d'arrêt de Pointe-à-Pitre.

A PROPOS D'IS/OS/RP/RPS  
Odile Verschoot  
Psychologue – SMPR de Nantes  
Secrétaire générale de l'ARTAAS

Il est parfaitement clair pour moi que dans bien des prises en charge d'AVS, c'est d'abord le cadre clair et solide qui est opérant pour faire face à des fonctionnements transgressifs voire pervers. Si nous nous laissons glisser dans la confusion nous perdons nos capacités à penser qui sont l'essence même de nos capacités à soigner.

En conséquence, il me semble vital qu'injonction et obligation de soin ne soient pas confondus, ni traités de la même façon...La loi les distingue et leur confère à chacune un cadre de prononcé et d'application différents : un SSJ avec IS n'est pas un SME ou une LP avec OS. L'avis expertal sur l'accessibilité aux soins du justiciable est l'unique option pour prononcer une IS alors que l'OS peut relever de la seule évaluation d'un juge.... La prolifération législative de ces derniers mois n'a pas, à ma connaissance, modifier cela. Si les juges par dérive sécuritaire, par commodité ou encore par souci de bien faire, se mettent « hors la loi », ils génèrent alors une confusion qui risque bien de finir par ressembler à celle désastreuse de nos patients ! Le juge est le garant réel, imaginaire et symbolique de la Loi, s'il la transgresse, c'est le règne du désordre et la perte des repères pour tous.

De plus, je pense que les RP ou RPS, sont exclusivement une affaire entre juge et détenu...Je renvoie toujours le patient vers le juge lorsqu'il me parle de ses remises de peines, je lui rappelle que je suis une soignante indépendante de la Justice et je lui parle de soin en l'invitant à exprimer ce qu'il ressent ou pense.... Pas question pour moi de sortir de MON cadre de travail et de m'aventurer vers des contrées judiciaires et dans les démêlés du patient avec la Justice....Il ne perçoit pas toutes les RPS escomptées ? Parlons alors de sa frustration, de sa révolte. Il les a toute eut comme il l'espérait ? Parlons alors de sa satisfaction sans en faire un terrain fertile pour sa jouissance et travaillons sur son narcissisme et son estime de soi si souvent défaillants.

Lorsqu'un patient me demande un « justif » à l'issue d'un premier entretien, je dis NON et ça n'est pas négociable...Il me parle de SUIVI, je lui réponds TRAVAIL sur SOI.... Il me parle des exigences du JAP, je l'invite à parler de lui....Ce dialogue peut rester sourd ou devenir Rencontre, je sais que la balle est dans mon camp car créer de la rencontre est mon boulot de psychologue clinicienne. Le soin incité, obligé ou enjoint peut offrir l'opportunité de cette rencontre mais peut aussi la saborder s'il est traité comme une formalité parmi d'autres. L'espérance d'une alliance thérapeutique est, je trouve, ce qui est à la fois passionnant et épuisant ...chaque nouveau patient est un défi et je n'ai pas l'intention de laisser la Justice briser cette espérance, qui est un de mes moteurs professionnels. Les tentatives de manipulation pour nous détourner du soin sont multiples et les patients-détenus n'en ont pas l'exclusivité...lorsque je m'en sens victime, j'éprouve un profond sentiment de révolte puis je me console en me disant que c'est de « bonne guerre », que je vais être plus vigilante et que la prochaine fois je ne me ferai pas avoir .... Bientôt 12 ans de travail au SMPR de Nantes et je me fais encore surprendre ... Je dois avouer néanmoins que lorsque cela provient des services de justice, je ne comprends pas qui peut tirer bénéfices d'une instrumentalisation du soin et des soignants. L'articulation santé/justice est une longue route semée de pièges et d'embûches....

Travailler en milieu carcéral, n'est pas devenir auxiliaire de justice, ni exécutant d'ordre judiciaire ou pénitentiaire. En tant que soignants du service public hospitalier, nous nous devons de préserver notre cadre de soin et ne jamais accepter les petits arrangements avec la Loi qui mettent en péril notre action thérapeutique et son éthique.

## DEMANDE DE SUIVI/DEMANDE DE SOIN ET TRAITEMENTS DU DENI

Odile Verschoot - Psychologue – SMPR de Nantes

Secrétaire générale de l'ARTAAS

Journée Nationale ARTAAS – Blois – 3 juin 2005

Ce témoignage résulte d'un cheminement, d'une pratique soignante et d'échanges formels et informels avec des étudiants et l'équipe du SMPR.

A travers cet intitulé, c'est de CONFUSION dont je souhaite parler : confusion entre suivi et soin. Accepter de « suivre » quelqu'un s'il n'est pas dans le soin, même a minima, relève d'une complicité avec le condamné contre la Loi.

La Justice lui demande-t-elle de « voir un psy » ou de faire un travail sur lui-même ? Notre mission de psy /soignant, est-elle de « suivre » un condamné ou d'accompagner un patient dans ce travail sur lui-même en favorisant l'émergence de la pensée ? Suivre n'est pas forcément soigner !

- Poursuivre est le travail de la Justice
- Suivre est le travail du SPIP
- Soigner est le travail du thérapeute

Si nous suivons sans soigner, nous sommes hors du cadre de notre mission et nous entretenons une confusion des rôles et des positions...comme la mère omnipotente de nos patients ! De même, qu'en étant « complice contre la loi », nous sommes comme leur mère incestuelle !

Il est important de ne pas être dans une « confusion des langues » entre judiciaire et thérapeutique. Pour créer des liens entre ces 2 champs, je crois impératif qu'au préalable, chacun ait délimité son territoire : on ne construit pas de pont s'il n'y a pas de fossé ou de cours d'eau qui sépare !

Chez nos patients, nous constatons beaucoup de « confusion des sentiments » (roman de S.ZWEIG) :

- confusion des rôles parent/enfant
- confusion des rôles conjugaux et parentaux
- confusion des générations
- confusion des désirs (certitude que la victime était d'accord)
- confusion Moi/non Moi dans un évitement de la séparation/frustration c'est à dire un refus de la réalité

S'interroger sur la demande, c'est poser la question du Sujet (qui veut quoi ?) et introduire de l'altérité. Cette altérité est connotée de frustration et de souffrance puisqu'elle est à l'opposé de la Toute-puissance.

Dans la simple question « qui demande quoi à qui ? », la triangulation est déjà présente.

SUIVI est un signifiant qui relève du langage judiciaire, utilisé par les JAP ou les CIP : « Il faut que vous ayez un suivi » ou encore « justificatif de suivi » est inscrit sur la liste des documents à fournir pour la Commission d'Application des Peines. Le terme « suivi » est repris par le condamné sans qu'il y mette un contenu thérapeutique. Il le traduit par « je voudrais un suivi », « j'étais suivi par Mme X » ou encore « je suivais Mme X ».

La réponse soignante est une offre de SOIN. Il s'agit alors de prendre le temps nécessaire pour évaluer si la demande du condamné est une soumission à l'injonction judiciaire ou si elle vise un « SOIN SUIVI » c'est à dire si une entrée en relation et une RENCONTRE sont possibles. Cette rencontre est le minimal requis pour que ce travail sur soi puisse avoir lieu. Certes la parole est accompagnée, soutenue et étayée par la bienveillance et l'empathie du soignant mais elle ne peut s'exercer que dans un CADRE DE SOIN solide, strict, solide et rigoureux.

Accepter de s'embarquer dans un « suivi » (rendez-vous réguliers) sans que cette rencontre ait lieu, résulte d'une EMPRISE du condamné et/ou du soignant dans la Toute-puissance. Cette emprise est une transgression du cadre de soin et s'avère une complicité latente ou patente entre soignant & détenu contre le système judiciaire. Je pense, en effet, que le fait que le détenu bénéficie ou non de RP, RPS, permission ou liberté conditionnelle est une affaire judiciaire qui n'a rien à voir avec notre cadre de soin. Par contre, le refus, la frustration, la déception ou la colère donnent du contenu aux soins. Notre travail est de permettre l'identification et la verbalisation de ces ressentis.

Au cours de réunion clinique d'équipe, j'ai entendu des propos tels que « si je ne le reçois plus, il fera une peine plus longue » C'est faux bien sûr car l'absence de suivi ne prolonge pas la condamnation...au pire, elle écourte moins la détention !! La durée de la peine doit-elle être une préoccupation thérapeuti-

que ? Les remises ou aménagements de peine ne sont-elles pas une affaire entre le condamné et le JAP ?

Dans ces échanges d'équipe, certains soignants se demandent pourquoi ils « continuent à voir tel ou tel patient » Il me semble absolument nécessaire de toujours prendre le temps d'échanger et d'évaluer au risque sinon que patient et soignant soient dans un « jeu de dupe » : ils se font croire qu'ils sont dans le soin alors qu'ils sont dans un suivi routinier. Si aucun ne pense alors les entretiens n'ont plus/pas de sens !

Différencier soin et suivi, c'est rester à notre place soignante et en accepter les limites, le champ judiciaire n'est pas le nôtre. C'est aussi accepter de susciter de la frustration et du conflit. Sinon, nous entretenons le clivage gentil psy/méchant JAP ! Il me semble pourtant évident qu'opposer un refus (de suivi) peut permettre d'instaurer de la perte, du manque et peut donc avoir un effet structurant. En ce qui concerne le DENI, il y a la même CONFUSION des langues entre judiciaire et psychopathologie.

Du point de vue judiciaire, le déni est le contraire du plaider coupable et des aveux. C'est la revendication d'une innocence malgré des preuves accablantes. La question de l'innocence ou de la culpabilité est l'affaire du tribunal et non du soignant.

Du point de vue psychopathologique, le déni est un mécanisme psychique de défense, un clivage, qui vient signer et/ou signifier un mode d'appréhension (au sens peur comme au sens perception) du monde. L'« autre » est perçu comme dangereux, il est donc « annulé » ou forclos. Le psy travaille avec la « vérité historique » définie par GREEN comme « un produit complexe qui mêle un peu de réalité matérielle à beaucoup de réalité psychique » et avec le sentiment de culpabilité (s'il existe)

Le déni des psy est un déni d'altérité et non un déni des faits et nous le savons, le sentiment de culpabilité est bien différent du verdict de culpabilité prononcé au tribunal. Il est donc absolument primordial de définir le champ sémantique dans lequel on se situe lorsqu'on parle de DENI. De quel déni est-il question lors de nos rencontres avec les acteurs de la Justice ?

Au cours de la formation régionale à Rennes, la JAP et les CIP affirmaient que « le travail est plus évident quand le condamné reconnaît les faits » et aussi que « le suivi est plus facile quand la personne est intelligente et cultivée, pas frustrée » Or, nous soignants, ne pouvons que constater que des aveux bien ficelés avec des explications bien rationnelles et bien logiques ou encore des défenses bien intellectualisées, ne laissent pas beaucoup (voire pas du tout) de place à l'autre, à la rencontre et au travail sur soi ! Les aveux ou le QI n'ont rien à voir avec la présence ou l'absence d'altérité ! Au contraire, bien souvent, la reconnaissance des faits ne s'avère qu'une soumission passive à un interdit sans intégration subjective.

Ainsi, par exemple, M. R. que je voyais en entretien chaque semaine depuis environ 18 mois. Il se disait innocent des accusations de viols de 2 de ses filles dont l'aînée avait largement dépassé les délais de prescription pour que sa plainte soit recevable. A la fin de son procès, il finit par avouer des faits concernant la cadette. Le hasard du calendrier fit que je rencontre son avocate lors d'une réunion régionale ARTAAS exceptionnelle, elle vint me féliciter du « bon travail » que j'avais accompli avec son client, elle était vraiment très satisfaite ! Quelques jours plus tard, je revois M. R. Il me raconte alors que vu la tournure des débats à son procès, il avait fini par suivre les recommandations de son avocate afin d'éviter une lourde condamnation. Il avait dit et fait ce qu'on attendait de lui... Comme d'habitude, il s'était soumis pour avoir la paix et éviter le conflit et ses conséquences. Ainsi, si dans le champ judiciaire et social, M. R. a avoué, sur le plan psychique le déni et le clivage sont toujours bien là. Cette petite vignette clinique vient démontrer combien la Justice et le thérapeutique utilisent les mêmes mots mais ne parlent pas la même langue !

On retrouve cette même confusion de langue dans la question de la RECIDIVE : ce mot appartient clairement au vocabulaire pénal et définit la réitération d'un acte criminel ou délictueux. Les soignants doivent-ils s'en préoccuper ? Leur objet n'est-il pas plutôt la REPETITION ?

## Conclusion

Il me semble de la plus haute importance de poser un cadre de soin clair pour qu'il soit efficient et sécurisant pour le soignant comme pour le patient. Pour cela, il convient de définir les missions qui sont les nôtres et leurs limites par différenciation d'avec celles de nos partenaires. Comme nos patients sont, le plus souvent, dans la confusion et l'indifférenciation Moi/non Moi, nous devons avoir une vigilance particulière pour ne pas, nous aussi, être dans la confusion. Nous risquons sinon de ne pas être dans le soin mais dans la réponse à une commande sociale (le suivi)

L'indispensable dialogue judiciaire/sanitaire ne peut avoir lieu que si chacun connaît et accepte les limites de son champ d'intervention et de ses missions.

**LES INFRACTIONS A CARACTERE SEXUEL  
ENJEU DE SANTE PUBLIQUE**  
*Mission nationale d'appui en santé mentale*  
**Quels rôles et quelles fonctions pour le psychiatre et la psychiatrie ?**  
*Pluriels, n°69-70-71*

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale consacre son numéro de janvier-mars 2008 aux infractions à caractère sexuel et au rôle de la psychiatrie dans ce domaine particulier.

Ce numéro, très intéressant, vivant et pratique, est construit autour d'un questionnaire qui a été soumis à des professionnels, psychiatres et psychologues, reconnus pour leur compétence et leur engagement sur ce sujet.

Le questionnaire comporte quatre questions :

1. Etude des infractions à caractère sexuel
2. En quoi la psychiatrie est-elle concernée ?
3. En matière de traitements et d'interventions, qu'est-ce qui est établi ?
4. Comment la psychiatrie peut-elle répondre à ces demandes nouvelles

Les professionnels interrogés sont :

1. Sophie Baron-Laforêt, psychiatre, vice-présidente de l'Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggression Sexuelle (ARTAAS), que les antillais ont pu connaître à l'occasion de son animation de la semaine de formation ARTAAS et de son intervention au colloque sur les violences sexuelles organisé par Socapsyleg en décembre 2006.
2. André Ciavaldini, psychologue clinicien-psychanalyste, vice-président de l'ARTAAS
3. Bernard Cordier, psychiatre, connu notamment pour son expérience en matière de traitements anti-androgènes
4. Gérard Dubret, psychiatre, aux publications nombreuses sur ce thème
5. Catherine Paulet, psychiatre, présidente de l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire
6. Jean-Louis Senon, professeur de psychiatrie, responsable du collège de Recherche et d'Information en Criminologie
7. Loick M. Villerbu, psychologue et criminologue

Le lecteur peut découvrir leur analyse du phénomène en téléchargeant la lettre sur le site de la MNASM : [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com).

Je relève quelques remarques de la conclusion synthétique de René Lepoutre, rédacteur en chef de Pluriels.

D'emblée, notons que la conclusion s'ouvre sur le constat « *d'un remarquable consensus* », constat encourageant car il n'est pas fréquent que la mise en commun de réflexions de psychiatres et de psychologues aboutisse à un consensus... En effet, les professionnels interrogés s'accordent tous pour délimiter une frontière entre ce qui est de leur registre professionnel et ce qui ne l'est pas. Dans tous les cas, il existe une volonté d'aller de l'avant et de ne pas baisser les bras devant ces complexes situations. Toutefois, l'état des lieux fait par ces professionnels est plutôt sombre : « *L'épidémiologie fait défaut. La recherche clinique fait défaut. La formation fait défaut. L'engagement en nombre de psychiatres et de psychologues fait défaut. Les dispositifs agrégeant les divers protagonistes du soin et du souci font défaut. Tous ils se trouvent en situation de bricolage... Ils se refusent à être au service aveugle de pouvoirs qu'ils soient* ».

Et les derniers mots de sa conclusion ne pourront qu'enchanter ceux qui n'ont pas oublié les engagements de nos anciens et que l'on croit parfois avoir disparus dans la psychiatrie contemporaine : « *Ils (les professionnels concernés) marquent le souci constant d'une « éthique clinique » que les psychiatres de la libération avaient conçu et qui fait, exigence toujours présente, qu'ils puissent continuer à croire à la psychiatrie – et nous avec eux* ». MD.

**CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE**  
**N° DGS/DHOS/DAP/DPJJ/MC1/2008/153 du 13 mai 2008**  
**relative à la prise en charge sanitaire des mineurs incarcérés**

La circulaire a pour objet d'émettre des recommandations à destination des professionnels de santé exerçant en établissement pénitentiaire recevant des mineurs avec une demande d'attention toute particulière à apporter aux mineures maintenues en détention en maison d'arrêt pour femmes à défaut d'être affectées dans un établissement pour mineur (EPM).

La nécessité de l'articulation entre partenaires est rappelée. Sous l'autorité du directeur des services pénitentiaires qui dirige l'établissement, les professionnels de la PJJ, de l'Education nationale, des visiteurs, des aumôniers, des associations socio-éducatives doivent coordonner leurs efforts. L'accès aux soins est considéré comme une priorité au point que « *les demandes d'accès aux services médicaux formulées par un mineur ne peuvent être différés même en cas d'activités prévues* ».

La place des parents et le droit des patients mineurs sont à préserver. Les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'organisation des soins. Pour aider à l'échange d'information, un modèle de formulaire est annexe à la circulaire. L'UCSA peut demander le carnet de santé ou sa photocopie. Et surtout, « *le chef d'établissement pénitentiaire facilitera l'accessibilité des locaux pour des entretiens entre les personnels de soins, les parents ou les personnes titulaires de l'autorité parentale et le jeune détenu* ».

La prise en charge sanitaire du détenu est un chapitre important. L'organisation des soins relève évidemment des UCSA et des services de psychiatrie en place qui doivent élaborer en commun un projet de soins commun à la population des mineurs détenus. Les modalités d'accès aux droits sociaux dont l'assurance-maladie sont précisées en fonction de différentes situations. L'examen médical d'entrée peut être précédée par un auto questionnaire remis par l'UCSA et dont un exemple est donné en annexes. L'importance du secret professionnel est rappelée. Si une injonction ou une obligations de soins a été prononcée, il faut favoriser son installation pendant le temps de détention. Une remarque importante est apportée sur la dispensation et l'administration des médicaments qui « *sont assurées de manière individualisée et effectuées exclusivement par le personnel habilité de l'UCSA* ». En cas de transfert vers un autre établissement pénitentiaire, les équipes médicales doivent s'assurer de la continuité de la prise en charge sanitaire. L'UCSA conserve la partie du dossier rédigée par elle et ne transmet que des photocopies des pièces essentielles du dossier. Les troubles psychiques des adolescents se ciblent essentiellement sur les risques de passage à l'acte suicidaire.

Les actions de prévention et d'éducation pour la santé sont considérées comme des leviers d'action pour promouvoir la santé et font l'objet d'annexes.

Le suivi à la sortie doit être envisagé dès le début de l'incarcération afin d'instaurer les relais nécessaires. Les rôles respectifs des différents intervenants sont précisés (médecin de l'UCSA, services de la PJJ). MD.

Les annexes sont les suivantes :

1. Eléments épidémiologiques sur les mineurs incarcérés
2. Fiche DPJJ : Axes de travail du psychologue en APM
3. Modèle de formulaire à l'attention des parents
4. Références d'auto-questionnaires consultables
5. Les actions de prévention et d'éducation pour la santé
6. Loi de santé publique, rôle des GRSP dans le soutien des projets

Référents santé et justice pour cette circulaire :

1. DGS : Martine CLEMENT – 01 40 56 57 24 - [martine.clement@sante.gouv.fr](mailto:martine.clement@sante.gouv.fr)
2. DHOS : Chantal VULDY – 01 40 56 62 63 - [chantal.vuldy@sante.gouv.fr](mailto:chantal.vuldy@sante.gouv.fr)
3. DAP : Cécile BRUNET-LUDET - [cecile.ludet-brunet@justice.gouv.fr](mailto:cecile.ludet-brunet@justice.gouv.fr) et Véronique PAJANACCI - [veronique.pajanacci@justice.gouv.fr](mailto:veronique.pajanacci@justice.gouv.fr) - 01 49 96 26 32/26 06
4. DPJJ : Jocelyne GROUSSET – 01 44 77 73 74 - [jocelyne.grousset@justice.gouv.fr](mailto:jocelyne.grousset@justice.gouv.fr)

## RAPPORT LAMANDA

### 23 recommandations

A la suite de la promulgation de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté, des parlementaires ont déposé un recours auprès du conseil constitutionnel. Celui-ci a considéré que la rétention de sûreté ne pourrait pas être applicable dès maintenant.

Le Président de la République a saisi le premier président de la cour de cassation, Vincent LAMANDA afin de formuler sous trois mois « *toutes propositions utiles d'adaptation de notre droit pour que les condamnés, exécutant actuellement leur peine et présentant les risques les plus grands de récidive, puissent se voir appliquer un dispositif tendant à l'amoindrissement de ces risques* ».

Le 6 juin 2008, le président de la cour de cassation a déposé son rapport qui comporte 23 recommandations (Tableau 3). Il est intéressant de remarquer que durant quelques jours, seules les recommandations ont été rendues publiques par la presse et que les commentaires ne pouvaient se faire qu'à partir des données brutes des recommandations. Et pourtant, il y a un écart important entre le libellé concis d'une recommandation et le texte qui la soutient. Il peut s'ensuivre des interprétations erronées. Ainsi en va-il du passage à l'acte « médiatico-doxologico-politique », miroir de nombreux comportements délictuels. Le rapport est disponible sur le site de la documentation française ([www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)).

Et il est vraiment dommage de s'en tenir aux seules recommandations car ce rapport concis, précis restitue bien le contexte français du traitement de la récidive en mettant à leur juste place les différents acteurs qui y contribuent. Il est construit autour de deux parties : le risque et la loi.

Voyons quelques remarques à propos des recommandations qui concernent plus spécialement la psychiatrie légale.

Soulignons que ce soit au début du rapport ou bien à sa fin, la prudence face à ces situations complexes est mise en avant de manière élégante : « *Est-il sujet plus ondoyant que l'homme ?.. Mais la médecine et les techniques psychothérapeutiques sont-elles habiles à prévenir efficacement la réitération d'un forfait ?... une société totalement délivrée du risque de la récidive criminelle, sauf à sombrer dans les dérives totalitaires, ne serait pas une société humaine... Il n'est sans doute pas inutile d'achever ce rapport en en soulignant les limites et la modestie* ».

Deux chapitres composent première partie consacrée au risque : les limites d'une évaluation fiable et les limites d'une prise en charge médicale. La deuxième partie consacrée à la loi présente un dispositif qualifié de « gigogne », complexe, rigide et lacunaire qui tente de s'articuler dans une mise en œuvre exigeante que ce soit sur les plans juridiques, humains et matériels.

Les Propositions numéro 1, 2, 3 et 4 ont pour objectif de développer la recherche et les connaissances en criminologie afin de disposer de spécialistes « *capables de réaliser, pour les juridictions des expertises de dangerosité criminologique de mis en examen* ».

Les propositions 5 et 6 doivent assurer le service pénitentiaire d'insertion et de probation dans leur mission de lutte contre la récidive, notamment en les dénommant « services pénitentiaires de prévention, d'insertion et de probation ».

La proposition 7 pourrait permettre de mieux séparer les fonctions strictement thérapeutique et médicale des SMPR des objectifs directs de prévention de la récidive par l'Administration pénitentiaire en déployant largement une action psycho-éducative afin « *d'apprendre aux délinquants à réfléchir aux conséquences de leurs conduites criminelles, à les amener à mieux se connaître et à mieux se contrôler, à reconnaître et à éviter les situations qui précèdent le passage à l'acte et à leur donner la possibilité de mettre en pratique des comportements pro-sociaux* ». Ce type de suivi, sans nécessaire visée thérapeutique n'est pas subordonné au consentement de l'intéressé, contrairement à une prise en charge médicale.

Dans le chapitre consacré aux limites de la prise en charge médicale, V. Lamanda, expose avec une précision bien venue les situations qui relèvent de l'hospitalisation psychiatrique d'office (les maladies mentales) et qui n'en relèvent pas (les troubles de la personnalité). Souvenons nous que lors des débats parlementaires sur le projet de loi relatif à la rétention de sûreté, de nombreux parlementaires (de l'opposition) soutenaient, pour rejeter les centres de rétention, que l'on pouvait recourir à l'hospitalisation d'office pour des situations de pédophilie (sans pathologie psychotique surajoutée), méconnaissant manifestement les dispositions de la loi du 27 juin 1990. Concernant les troubles de la personnalité, le rapporteur précise que même si certaines mesures présentent un intérêt certain, « *il faut être néanmoins conscient des limites des traite-*

ments qui peuvent être imposés et dont l'efficacité est loin de faire l'unanimité dans la communauté scientifique ». Les limites des traitements antiandrogènes et leurs effets indésirables sont également exposés.

Mais surtout les traitements médicaux, quels qu'il soient présentent des limites très honnêtement, précisément et clairement exposés (p.29) : « Pour une majorité de thérapeutes, la reconnaissance par le sujet des faits qui lui sont reprochés, même si elle n'est que partielle ou implicite, est une condition préalable à leur intervention... On peut toutefois douter de la sincérité d'un consentement manifesté en échange d'une libération ou d'un maintien en liberté, et donc de l'efficacité ultérieure du traitement » (souligné par nous). Il est rappelé que les psychiatres rechignent à travailler en prison, du fait de l'ambiguïté de leur positionnement et « qu'ils sont tenus à une obligation de secret absolu qui paraît difficilement compatible avec des objectifs de sécurité publique et le partage d'informations avec les autorités judiciaires et pénitentiaires ».

C'est pourquoi, le problème pourrait être contourné en créant au sein de l'administration pénitentiaire d'agents ayant une qualification de criminologue clinicien aptes à mettre en œuvre certaines thérapies (et qui ne seraient pas lié par le secret professionnel). Toutefois la composition de ces équipes criminologiques reste à fixer ainsi que les missions et positionnement de leurs membres. Le rapporteur suggère qu'elle soit composée de psychiatre, psychologue, criminologue clinicien, éducateur, assistant social et infirmier psychiatrique. Quel serait le positionnement par rapport au secret professionnel du psychiatre et de l'infirmier par exemple (deux professions soumises aux obligations du secret professionnel quel que soit leur cadre professionnel).

Soulignons aussi la référence à la difficile continuité des traitements sur de longues années du fait des changements itératifs d'établissements pénitentiaires

La proposition 14 rappelle la nécessité de mettre en place une prise en charge médico-sociale précoce aux condamnés dangereux, car ainsi que l'a dit le conseil constitutionnel, en l'absence de telle prise en charge, on ne pourrait pas les placer en centres de sûreté. Cet aspect a largement été exposé dans Kamo 4. Soit les SMPR donnent des soins (qui n'auront probablement pas diminué la dangerosité selon l'expert alors nommé, qui ouvrira le parapluie) et leurs patients vont en centres de sûreté, soit ils n'en donnent pas et le condamné échappe à la rétention de sûreté : un système taillé sur mesure pour les pervers et qui montre que ses créateurs n'ont pas bien saisi toutes les subtilités de la perversion/perversité.

Les propositions 15 et 17 s'inscrivent dans la droite ligne de la nécessaire diminution des fonctionnaires...

Proposition 18. Au fait, où en est-on des 500 médecins coordonnateurs prévus et promis pour mars 2008 par la garde des sceaux (350 recrutements). Le rapporteur signale que les injonctions de soins à l'heure actuelle ne peuvent être mises en place de manière satisfaisante dans plus de la moitié des juridictions. Renforcer les SMPR ? Certains seront peut-être contents mais si un suivi psychiatrique et psychologique des condamnés est souhaité, il convient de renforcer centres de détention et maisons centrales, où ne sont justement pas implantés les SMPR la plupart du temps.

Proposition 19. Il s'agirait de former, en particulier les psychiatres. Le rapport n'est pas très précis en ce sens. En prenant un ton polémique, ne s'agirait-il pas plutôt de les déformer ou plus exactement les former à la pensée unique consistant à les rendre agents de contrôle social. Quand les psychiatres s'expriment, notamment par le biais de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, les entend-on vraiment ces trublions ? Que nenni ? Après les centres socio médico socio judiciaires de sûreté (centre de rétention de sûreté), voit-on poindre les centres de rééducation culturelle des psychiatres et psychologues exerçant en milieu pénitentiaire ? Là il s'agit de mauvaise humeur de ma part, car tel n'est pas le sens de ce rapport mais qui peut se trouver dans d'autres esprits, ailleurs. Quand aux conditions matérielles, oui s'il s'agit de faciliter le travail des SMPR, plus réservé s'il s'agit d'intéressements financiers n'incitant à intervenir en prison que pour une prime...

La proposition 20 est l'exemple parfait des inconvénients à livrer une information brute. On sait l'opposition des soignants des SMPR aux déclarations gouvernementales en septembre 2007, consistant à vouloir mettre en place un dossier pénitentiaire-judiciaire partagé. A lire la recommandation de manière isolée, on pouvait craindre voir resurgir ce fantasme du « savoir total ». Il semblerait qu'il s'agit plutôt du dossier judiciaire. Espérons. Mais il convient de rester vigilant.

Les propositions 21, 22, 23 permettent de finir cette présentation par une tonalité humoristique, rappelant le Kamo n° 3-2008 du 1<sup>er</sup> avril. Ah ! La portabilité et la miniaturisation. Vive la puce implantée à tous dès la naissance en même temps qu'est réalisé le test de Guthrie. Et pourquoi pas le phléthysmographe/GPS/PSE proposé par Socapsyleg (Kamo n°3-2008) et dont le brevet est en cours de dépôt.

En conclusion, on aimerait que la fonction thérapeutique des SMPR et leurs obligations de confidentialité si bien rappelées dans ce rapport puissent être vraiment reconnues. Si l'on pouvait enfin dissocier démarches thérapeutiques soignantes hospitalières, (SMPR) et remises ou aménagements de peines, de nombreux soignants pourraient enfin envisager de travailler plus sereinement, dans l'intérêt de tous. Ce ne devrait pas être si impossible. MD.

- 1 - Promouvoir la recherche et l'enseignement en criminologie.
- 2 - Confier la définition des orientations et des priorités de la recherche criminologique, la coordination des différentes études et la valorisation de leurs résultats à un conseil scientifique national.
- 3 - Favoriser l'enseignement universitaire approprié à l'acquisition de la qualification de criminologue clinicien.
- 4 - Compléter en criminologie clinique les formations initiale et continue de certains professionnels.
- 5 - Ajouter la prévention de la récidive à la définition des principales missions de l'administration pénitentiaire.
- 6 - Faire figurer la prévention de la récidive dans les missions des services pénitentiaires d'insertion et de probation.
- 7 - Généraliser les expériences concluantes du programme de prévention de la récidive testé actuellement au sein de certains établissements pénitentiaires.
- 8 - Créer un centre d'observation dédié spécifiquement à l'évaluation de la dangerosité criminologique de certains condamnés.
- 9 - Permettre au président de la juridiction de jugement, au représentant du ministère public et au juge de l'application des peines, de signaler, au moyen d'une fiche normalisée, des condamnés à placer en observation dans ce nouveau centre.
- 10 - Préciser qu'en cas de révocation d'une libération conditionnelle, il est possible de mettre en oeuvre, au terme de la détention de l'intéressé, une mesure de surveillance de sûreté.
- 11 - Prévoir que la violation des obligations de la surveillance judiciaire provoque, non pas la révocation de la mesure, mais sa suspension, du fait de la réincarcération de l'intéressé.
- 12 - Prévoir, en cas de violation des obligations de la surveillance de sûreté, la possibilité, de soumettre l'intéressé à de nouvelles obligations de contrôle, la rétention de sûreté demeurant l'ultime recours.
- 13 - Prévoir la possibilité, pour la commission de révision des condamnations pénales, lorsqu'elle suspend l'exécution d'une peine privative de liberté, de l'assortir d'une ou plusieurs obligations de surveillance et de contrôle, dans l'attente de la décision ultérieure de la Cour de révision.
- 14 - Mettre en place, sans délai, une prise en charge médico-sociale, psychologique et éducative des condamnés dangereux, si possible, dès le début de leur détention.
- 15 - Renforcer, en greffiers, agents administratifs et assistants de justice, les effectifs des services de l'application des peines des juridictions.
- 16 - Créer un référentiel des normes de suivi des condamnés afin de permettre aux juges de l'application des peines de donner un mandat précis aux services pénitentiaires d'insertion et de probation.
- 17 - Augmenter les effectifs des services pénitentiaires d'insertion et de probation et spécialiser une partie d'entre eux dans les suivis renforcés, avec le soutien d'équipes pluridisciplinaires départementales ou interdépartementales.
- 18 - Augmenter les effectifs de médecins coordonnateurs et les moyens dont sont dotés les services médico-psychologiques des établissements pénitentiaires.
- 19 - Apporter une attention particulière à la médecine pénitentiaire, en complétant en ce domaine la formation des médecins, en particulier les psychiatres, et en revalorisant les conditions matérielles de leur intervention en milieu pénitentiaire.
- 20 - Numériser l'entier dossier d'un condamné afin de faciliter les transmissions immédiates entre services.
- 21 - Concevoir un bracelet de surveillance électronique mobile plus léger et moins stigmatisant.
- 22 - Dans les cas où, la surveillance électronique mobile n'est pas applicable, prévoir la possibilité d'ordonner une surveillance au moyen d'un téléphone mobile spécialement paramétré, permettant la géolocalisation du condamné astreint à la mesure de contrôle.
- 23 - Permettre à la juridiction régionale de la rétention de sûreté d'ordonner le port de ce téléphone spécialement paramétré en substitution d'une surveillance électronique mobile, dès lors qu'elle l'estimerait suffisante.

**Tableau 3. Les 23 propositions du rapport Lamanda.**

## PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE (PHRC) EN GUADELOUPE (suite et non fin)

Dans Kamo n°4, nous signalions que l'appel à projet national 2008 du PHRC intitulé « Caractérisation des profils psychopathologiques et de personnalité des personnes condamnées pour infractions sexuelles en Guadeloupe » déposé par le Pôle de Psychiatrie Légale du centre hospitalier de Montéran et la Délégation à la Recherche Clinique du CHU de Pointe-à-Pitre n'avait pas été retenu.

Les informations téléphoniques obtenues auprès du service de la DHOS chargé de ces dossiers nous faisaient savoir que les motifs du rejet devaient être signifiés aux intéressés durant la troisième semaine de mai. A ce jour, aucune information n'a été communiquée et de nouvelles informations font état qu'il serait possible que les motifs des refus ne soient pas du tout signifiés.

Dans ces temps d'évaluation généralisée, il n'est pas concevable que les efforts considérables déployés pour monter des dossiers aussi importants ne puissent faire l'objet d'aucun retour. Il est parfaitement concevable que des lacunes indubitables aient pu motiver le rejet du projet. Mais dans la perspective de d'autres futures présentations, il convient de connaître les points faibles pour améliorer le dossier.

Une relance a dorénavant déjà été faite et d'autres seront renouvelées en tant que de besoin, avec les mêmes persévérance et constance que celles qui ont permis le montage du dossier. MD.

## LE POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE DE GUADELOUPE RECRUTE

Un poste de psychiatre des hôpitaux – praticien hospitalier temps plein devrait être mis au prochain choix d'octobre 2008. Une mutation en Guadeloupe, si l'on vient de la métropole, se prépare obligatoirement. Aussi, en anticipation de cette parution, vous trouverez ci-dessous le profil du poste qui sera mis au prochain choix.

Le Pôle de Psychiatrie Légale dispose aussi de deux agréments d'internes de spécialité (psychiatrie générale et pédo-psychiatrie). Les profils de postes vous sont également communiqués ci-dessous. Merci à tout ceux qui ont de la chance d'avoir des internes autour d'eux de leur faire connaître ces annonces. MD.



Club médical (chambre de garde médecin) Centre Hospitalier de Montéran



**POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE**  
**PROFIL DE POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER**  
**(Selon l'arrêté du 22 juin 2007 fixant les caractéristiques du profil**  
**de poste de praticien hospitalier)**

**ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT**

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe  
Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).

**SPECIALITE**

Psychiatrie en milieu pénitentiaire

**COMPETENCES COMPLEMENTAIRES SOUHAITEES**

- Connaissances en psychiatrie légale
- Intérêt pour les prises en charges psycholégales (violences sexuelles ou non) et le travail d'équipe qu'elles imposent.
- Expérience éventuelle en tant que médecin coordonnateur (loi de 1998) et souhait de s'engager dans cette fonction
- Intérêt pour les projets de recherche et les activités de communication et de publication

**POSITION DU PRATICIEN DANS LA STRUCTURE**

Intervention possible sur les sites suivants :

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (maisons d'arrêt hommes et femmes ; centre de détention homme ; quartier mineur ; centre de semi-liberté)
- Maison d'arrêt de Basse-Terre (hommes)
- Espace d'accompagnement psycho-légal à Baie-Mahault (EAPL) : consultation extrapénitentiaire en milieu ouvert
- Dans l'avenir participation à l'hospitalisation à domicile et aux appartements thérapeutiques post-carcéraux.

## STATUT DE RECRUTEMENT

Praticien hospitalier à temps complet

Tableau de service de 10 demi-journées par semaine

Prise en considération des contraintes et de la réglementation pénitentiaires, notamment dans le service rendu aux patients.

## CARACTERISTIQUES DES FONCTIONS

Participation à l'astreinte opérationnelle sur le centre pénitentiaire de Baie-Mahault (une semaine sur quatre)

Poste à recrutement prioritaire (prime de poste prioritaire, avancement d'un échelon après 5 ans, vingt jours de formation)

## OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA STRUCTURE

Participation à l'évolution et au développement du service :

- Ouverture et montée en charge de la consultation extrapénitentiaire (EAPL)
- Préparation et mise en place des projets d'hospitalisation à domicile (HAD) et d'appartements thérapeutiques (AT) post-carcéraux
- Ouverture de l'hôpital de jour du SMPR
- Participation au projet à long terme d'ouverture d'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA)

## MOYENS MIS EN ŒUVRE

Intégration dans une équipe composée de :

- 4 psychiatres (3 ETP, 1 ETp), y compris le poste en recrutement. **Les trois autres postes sont pourvus.**
- 3 ETP psychologues
- 1 ETP cadre de santé
- 11 infirmiers
- 1 ETP psychomotricien
- 1 ETP travailleur social
- 2 ETP secrétaires médicales

Equipe appelée à se développer en fonction de l'ouverture des projets (HAD et AT)

## RENSEIGNEMENTS

- Renseignements sur le service : Dr Michel DAVID - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - [Michel.DAVID@ch-monteran.fr](mailto:Michel.DAVID@ch-monteran.fr)
- Renseignements administratifs : Direction des Ressources Humaines – Madame Gatoux – 0590 80 52 34 [Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr](mailto:Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr)



## CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE

### PROFIL DE POSTE D'INTERNE de PSYCHIATRIE GENERALE

#### ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe  
Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).
- Renseignements sur les activités cliniques du poste : Dr Michel DAVID – Responsable de pôle –  
Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – [Michel.DAVID@ch-monteran.fr](mailto:Michel.DAVID@ch-monteran.fr)

#### LIEUX D'INTERVENTION

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (SMPR)
- Maison d'arrêt de Basse- Terre (Antenne du SMPR)
- Espace d'Accompagnement Psycho-Légal de Baie-Mahault (consultation en milieu ouvert)

#### ACTIVITES DU SERVICE

Pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le centre pénitentiaire de Baie-Mahault d'un effectif d'environ 600 détenus comprenant une maison d'arrêt d'hommes et de femmes, un centre de détention, un quartier mineur et un quartier de semi-liberté et dans la maison d'arrêt d'hommes de Basse-Terre (250 détenus).

Encadrement assuré par les 3 médecins du service.

Équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, psychomotricien, infirmiers, assistant social et secrétaires médicales.

#### FONCTIONS DE L'INTERNE

- Entretiens d'accueil systématiques des entrants
- Participation aux consultations externes et aux VAD

- Traitements psychotropes courants
- Participation aux réunions institutionnelles :
  - synthèses du service
  - commission prévention du suicide
  - réunions de coordination avec l'administration pénitentiaire et avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation
  - psychiatrie de liaison avec l'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires)
- Assistance aux consultations du médecin coordonnateur
- Participation aux projets de service
- Permanences de nuit possibles au centre hospitalier de Montéran
- Inscriptions possibles et souhaitées aux formations assurées sur place
- Représentation selon les conditions statutaires à la commission médicale d'établissement (collège des internes)

Poste convenant à un interne intéressé par la psychiatrie légale. Psychopathologie variée. Vie institutionnelle active. Soutien apporté aux travaux de publications. Possibilité de faire des présentations lors des soirées mensuelles thématiques de l'hôpital.

Avant prise de poste, communication pour adaptation à la fonction du « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ».

## RENSEIGNEMENTS

- Renseignements sur le service :
  - Dr Michel DAVID - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - [Michel.DAVID@ch-monteran.fr](mailto:Michel.DAVID@ch-monteran.fr)
  - Madame Nicole MARCHAL Cadre de santé - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 – [Nicolle.MARCHAL@ch-monteran.fr](mailto:Nicolle.MARCHAL@ch-monteran.fr)
- Renseignements administratifs : Direction des Ressources Humaines – Madame Gatoux – 0590 80 52 34 [Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr](mailto:Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr)



Club médical (chambre de garde médecin) Centre Hospitalier de Montéran



## CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE

### PROFIL DE POSTE D'INTERNE de PEDO-PSYCHIATRIE

#### ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe  
Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).
- Renseignements sur les activités cliniques du poste : Dr Michel DAVID – Responsable de pôle –  
Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – [Michel.DAVID@ch-monteran.fr](mailto:Michel.DAVID@ch-monteran.fr)

#### LIEUX D'INTERVENTION

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (SMPR)
- Espace d'Accompagnement Psycho-Légal de Baie-Mahault (consultation en milieu ouvert)

#### ACTIVITES DU SERVICE

Pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le centre pénitentiaire de Baie-Mahault d'un effectif d'environ 600 détenus comprenant une maison d'arrêt d'hommes et de femmes, un centre de détention, un quartier mineur et un quartier de semi-liberté et dans la maison d'arrêt d'hommes de Basse-Terre (250 détenus).

Encadrement assuré par les 3 médecins du service.

Équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, psychomotricien, infirmiers, assistant social et secrétaires médicales.

#### FONCTIONS DE L'INTERNE

- Entretiens d'accueil systématiques des entrants (Intégration au protocole d'accueil spécifique aux mineurs incarcérés)
- Relation avec les familles des mineurs

- Participation aux consultations externes et aux VAD
- Traitements psychotropes courants
- Participation aux réunions institutionnelles :
  - synthèses du service
  - commission mensuelle mineurs
  - Coordination avec les éducateurs référents mineurs et avec la PJJ
  - commission prévention du suicide
  - réunions de coordination avec l'administration pénitentiaire et avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation
  - psychiatrie de liaison avec l'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires)
- Assistance éventuelle aux consultations du médecin coordonnateur
- Participation aux projets de service
- Permanences de nuit possibles au centre hospitalier de Montéran
- Inscriptions souhaitées aux formations assurées sur place
- Représentation selon les conditions statutaires à la commission médicale d'établissement (collège des internes)

Poste convenant à un interne intéressé par la pédo-psychiatrie et la psychiatrie légale et la relation clinique avec des adolescents en grande difficulté. Psychopathologie variée. Vie institutionnelle active. Soutien apporté aux travaux de publications. Possibilité de faire des présentations lors des soirées mensuelles thématiques de l'hôpital.

Avant prise de poste, communication pour adaptation à la fonction du « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ».

## RENSEIGNEMENTS

- Renseignements sur le service :
  - Dr Michel DAVID - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - [Michel.DAVID@ch-monteran.fr](mailto:Michel.DAVID@ch-monteran.fr)
  - Madame Nicole MARCHAL Cadre de santé - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 – [Nicolle.MARCHAL@ch-monteran.fr](mailto:Nicolle.MARCHAL@ch-monteran.fr)
- Renseignements administratifs : Direction des Ressources Humaines – Madame Gatoux – 0590 80 52 34 [Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr](mailto:Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr)



La porte d'entrée principale du centre pénitentiaire de Baie-Mahault

IL Y A 100 ANS  
DANS LES ARCHIVES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE  
Les impressions d'un pendu  
Consultable sur le site de Criminocorpus : [www.criminocorpus.cnrs.fr](http://www.criminocorpus.cnrs.fr)

Pour tous ceux que la perspective des affres de l'enfermement perpétuel pour les dangereux ne suffit pas et que la nostalgie de la peine de mort hante, voici le témoignage d'un rescapé de la pendaison. MD.

Les impressions d'un pendu. - Pendant la guerre de Sécession, il arriva au révérend J.-T. Mann d'être pendu. C'est un de ces incidents qui marquent dans une existence; le révérend qui vit encore, publie ses impressions dans une revue américaine.

« Je fus, dit-il, pris pour un espion, au service des confédérés, et, comme tel, pendu au fort Barancas. J'étais depuis quatre minutes entre le ciel et la terre, au physique aussi bien qu'au moral, quand un officier me détacha, persuadé avec raison que j'étais victime d'une méprise. Ma première impression, lorsque le sol se déroba sous mes pieds, fut que j'avais en moi une chaudière à vapeur sur le point d'éclater. Mes artères et mes veines paraissaient si tendues qu'il semblait que le sang dût se frayer violemment un passage au dehors. J'avais dans tout le système nerveux des piqûres atrocement douloureuses, telles que ni auparavant, ni depuis, je n'ai jamais rien éprouvé de pareil. J'eus ensuite l'impression d'une sorte d'explosion, quelque chose comme une explosion soudaine de volcan.

« Je ressentis alors un soulagement immédiat; bientôt même la douleur fit place à une sensation si merveilleusement agréable que je voudrais encore l'éprouver, si je le pouvais; sans danger de mort. Une lumière opaline et laiteuse caressait mes regards; un goût de sucre et de miel; d'une douceur inconnue, parfumait ma bouche; je croyais m'envoler dans l'espace, laissant l'univers derrière moi; j'entendais des milliers de harpes accompagner le concert de myriades de voix.

« Mon impression, quand on me détacha de la potence, fut aussi douloureuse que l'avait été le premier stade de ma pendaison; ce fut littéralement un martyr. On eût dit que chacun de mes nerfs était le siège d'une souffrance particulière; je ressentais dans le nez et dans les doigts des douleurs inouïes. Après une demi-heure, ces tortures s'apaisèrent; mais, pour tous les trésors de l'Inde, je ne voudrais pas recommencer cette résurrection. »



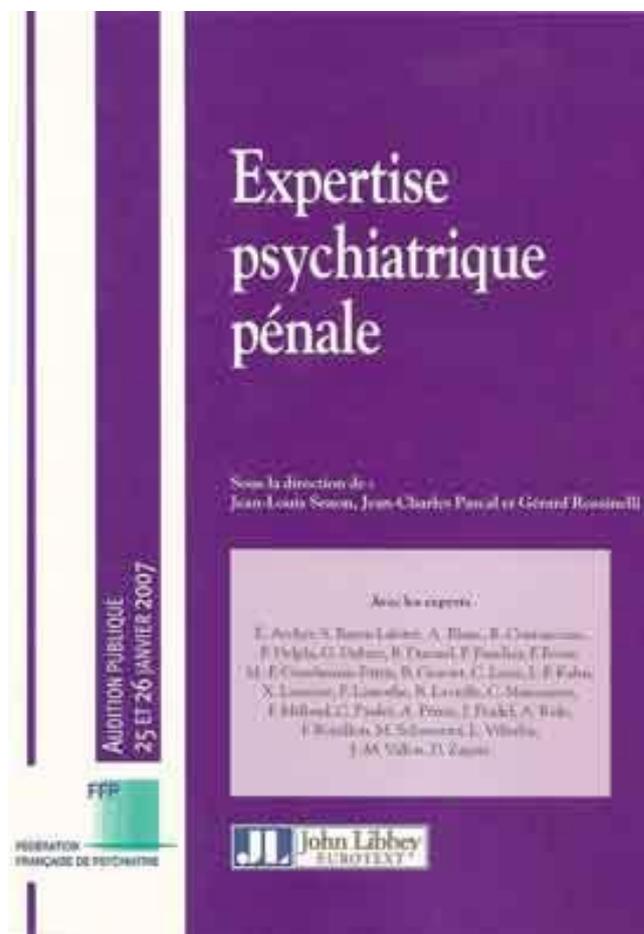
Fresque murale. Maison d'arrêt de Basse-Terre

*Expertise psychiatrique pénale*  
*Audition publique du 25 et 26 janvier 2007*  
*Sous la direction de Jean-Louis Senon, Jean-Charles Pascal*  
*et Gérard Rossinelli*  
*John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie*  
*Paris, 2007, 308 pages, 59 €*

Cet ouvrage expose les travaux de l'audition publique consacrée à l'expertise psychiatrique pénale et qui s'est tenue au ministère de la santé en janvier 2007. On y trouve les recommandations de la commission d'audition et son rapport et les textes des experts qui se sont organisés autour des cinq questions suivantes :

1. Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux ?
2. Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?
3. Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?
4. Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?
5. Comment développer la qualité expertale ?

Ne doutons pas que ce livre sera lu par tous ceux qui s'intéressent aux implications légales de la psychiatrie ; en revanche, nous doutons fort que les décideurs politiques y trouvent une source d'inspiration, obnubilés à multiplier les motifs d'expertise psychiatrique et à confier à la psychiatrie des domaines qui n'en relèvent pas. MD.



*L'expertise psychiatrique pénale*  
*Michel DAVID*  
*Collection Psychologiques*  
*L'Harmattan, 2006*

L'expertise psychiatrique pénale est désormais disponible en e-book chez L'Harmattan. Double avantage pour les DOM : moins onéreux et accessibilité immédiate par internet. A lire sur la plage ????

titres / auteurs	format	ISBN / Id.	poids	quant.	prix TTC	
<u>L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE</u> Michel Bertrand Maurice David	 livre	2-296 01649-9	1016Ko	1	14,70 €	[sup]

SERVICE DE PRESSE - Emmanuelle MOUCHE  
Tél. : 01 40 46 79 22 - [emmanuelle.mouche@harmattan.fr](mailto:emmanuelle.mouche@harmattan.fr)

Le fonctionnement de la Justice en matière de procédure pénale fait l'objet d'une réflexion collective, principalement à la suite d'affaires judiciaires complexes. Le psychiatre, lorsqu'il collabore avec la justice en tant qu'expert, est un acteur de la procédure.

Dans les premiers temps de l'expertise psychiatrique, le magistrat instructeur demandait au psychiatre de déterminer si l'auteur présumé d'un délit ou d'un crime était atteint d'une maladie mentale pouvant entraîner son irresponsabilité juridique. L'expert psychiatre est maintenant sollicité pour des missions de plus en plus extensives, à la fois dans le contenu des questions mais aussi dans des contextes extrêmement diversifiés.

L'expertise de prélibération conditionnelle doit éclairer le juge d'application des peines sur l'évolution d'un condamné, sur sa dangerosité potentielle et sur les soins éventuels à imposer. L'expertise des plaignants, autour de laquelle la question de la crédibilité a fait largement débat, se doit d'évoluer en s'efforçant de dégager le retentissement des faits sur la personnalité de la victime.

La montée en charge progressive des soins en milieu pénitentiaire peut partiellement s'expliquer par la pratique expertale.

Le recours à l'expertise psychiatrique devient de plus en plus fréquent, alors que parallèlement, la psychiatrie rencontre une crise démographique notable. Les limites et les conditions de l'expertise psychiatrique pénale devront faire l'objet d'une réflexion des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens afin que la contribution des experts au fonctionnement de la Justice réponde le plus finement possible aux exigences d'un Etat de droit.

**BON DE COMMANDE**  
A retourner à L'HARMATTAN  
7 rue de l'École Polytechnique 75005 Paris

*Veillez me faire parvenir ..... exemplaire(s) du livre L'expertise psychiatrique pénale au prix unitaire de 21 € + 4.65 € de frais de port, + 0,80 € de frais de port par ouvrage supplémentaire soit un total de.....€.*

NOM :

ADRESSE :

Ci-joint un chèque de ..... €.

Pour l'étranger, vos règlements sont à effectuer:

- en euros sur chèques domiciliés sur banque française
- par virement en euros sur notre CCP 23 625 44 N Paris
- par carte bancaire (Visa uniquement) N°..... date d'expiration...../...../...../ et le numéro CVx2 (les 3 derniers chiffres se trouvant au dos de votre carte, à gauche de votre signature) :

## TABLE DES MATIERES

### INTRODUCTION

#### 1- HISTORIQUE DE L'EXPERTISE

- SECTION 1. Article 64 du Code pénal de 1810 et définition d'une infraction
- SECTION 2. Débats médico-judiciaires du XIX<sup>ème</sup> siècle
- SECTION 3. Circulaire Chaumié de 1905 et débat sur la responsabilité
- SECTION 4. Réforme du Code pénal de 1992 et article 122-1
- SECTION 5. Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- SECTION 6. Loi du 9 septembre 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité
- SECTION 7. Loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales et décret n°2006-385 du 30 mars 2006

#### 2- REGLEMENTATION DE L'EXPERTISE

- SECTION 1. Code de déontologie médicale
- SECTION 2. Loi du 11 février 2004 modifiant le statut des experts judiciaires
- SECTION 3. Décret du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires
- SECTION 4. Code de procédure pénale et expertise
- SECTION 5. Les experts
- SECTION 6. Rémunération de l'expertise

#### 3- MISSIONS D'EXPERTISE

- SECTION 1. Expertise en garde à vue
- SECTION 2. Expertise durant l'instruction
- SECTION 3. Expertise en application des peines
- SECTION 4. Expertise des plaignants
- SECTION 5. Expertise en réparation du préjudice moral
- SECTION 6. Expertise psychologique
- SECTION 7. Expert à l'audience et avec les medias

#### 4- CONSEQUENCES DE L'EXPERTISE

- SECTION 1. Les soins en milieu fermé
- SECTION 2. Les soins en milieu ouvert

#### 5- PROBLEMATIQUES DE L'EXPERTISE CONTEMPORAINE

- SECTION 1. Regard philosophique sur l'expertise psychiatrique
- SECTION 2. Champ épistémologique de la psychiatrie
- SECTION 3. Axes éthiques
- SECTION 4. Une issue éthiquement acceptable
- SECTION 5. Commission d'enquête autour de l'affaire dite d'Outreau (2006)
- SECTION 6. Frais de justice
- SECTION 7. D'une conférence de consensus vers une audition publique
- SECTION 8. Quelques propositions

#### CONCLUSION

- ANNEXE : Décret n°2004-1463 du 23 décembre 2004 relatif aux experts judiciaires (extraits)
- BIBLIOGRAPHIE
- TABLE DES MATIERES

Michel DAVID

### L'EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PÉNALE



L'Harmattan

PSY  
CHO  
LOGI  
QUES

*La grande misère de la médecine pénitentiaire*  
*Dossier*  
*Bulletin de l'Ordre des médecins, N°5, mai 2008,*  
*<http://www.conseil-national.medecin.fr/>*

Le dossier du mois de mai 2008 du bulletin de l'Ordre des médecins devrait alerter les parlementaires avant la discussion sur la loi pénitentiaire. Le dossier aborde les problèmes de santé en général qu'ils soient somatiques ou psychiques. L'état de santé des détenus globalement moins bon que celui de la population générale est un fait contesté de personne. Les maladies infectieuses, comme les hépatites, le Sida et la tuberculose sont diagnostiqués à des taux plus importants que dans la population générale, à tel point que le Professeur Didier Sicard considère que la prison est « *un laboratoire épidémiologique d'infections et de maladies transmissibles* ».

Quand aux maladies mentales, elles sont considérées comme le « problème sanitaire numéro 1 en milieu carcéral » et que le CNO reprend une expression qui tend à devenir un classique : « *la prison est en train de devenir l'asile du XXI<sup>e</sup> siècle* ». La consommation de psychotropes, notamment les somnifères, sont largement prescrits afin de « *permettre une sédation rapide nocturne. Bien sûr, ces médicaments sont parfois nécessaires, mais souvent ils pourraient être évités si on avait les réponses adaptées* ».

La prévention de la récurrence devient illusoire car « une fois leur peine effectuée, la plupart des détenus « psychiatriques » sortent de prison au mieux dans l'état où ils sont entrés, mais généralement dans un état qui s'est détérioré ».

Il est également rappelé que « *les relations entre le personnel pénitentiaire et les médecins sont souvent tendues car le respect du secret médical n'est pas toujours bien perçu par l'administration* » et que « *le médecin est là pour soigner les détenus, pas pour assister les autorités pénitentiaires* ». MD.

*Les soins et les injonctions de soins en milieu pénitentiaire et leurs conséquences sur la situation pénale de l'intéressé*  
*Conseil National de L'Ordre des Médecins*  
*Piernick CRESSARD*  
*Rapport adopté le 7 février 2008*  
*<http://www.conseil-national.medecin.fr/>*

Le rapporteur rappelle les textes essentiels (non spécifiques d'ailleurs) qui régissent l'exercice de la médecine en milieu carcéral : le code de déontologie et la loi du 4 mars 2002 et les structures de soins concernées : UCSA et SMPR et surtout les modalités de l'exercice médical qui est « *un exercice médical hospitalier avec les droits afférents : libre accès aux soins, secret médical, information loyale, claire, appropriée, consentement aux soins, droit au refus de soins, accès au dossier médical, assistance par une personne de confiance* ».

La peine privative de liberté n'est pas synonyme d'obligations de soins : « *La peine pénale entraîne une privation de liberté, elle ne peut pas être considérée comme une obligation de soins. Les soins doivent être proposés avec toutes les garanties propres à l'acte médical. Le soin ne peut avoir d'intérêt que si la personne reconnaît son comportement comme pathologique, qu'il en fait la demande, afin d'être aidé à contrôler son comportement comme dans les pathologies addictives, ou certaines pathologies des délinquants sexuels* ».

Le rapporteur exprime clairement un fait de bon sens qu'il semble difficile à faire entendre aux politiques, à l'opinion publique, aux magistrats parfois et même souvent à nos confrères psychiatres n'exerçant pas en milieu pénitentiaire : « *L'obligation est dans certains cas une mesure utopique : la personne peut feindre l'adhésion à la prise en charge dans le seul but d'obtenir le bénéfice de l'aménagement de la*

*peine, il peut exercer une pression sur le médecin pour obtenir des appréciations favorables ».*

*En conclusion : « Dans une société démocratique, la liberté individuelle ne va pas de soi, elle existe par rapport à son contraire, la contrainte politico-morale, et son mauvais usage. La société doit accepter que nous ne pouvons pas tout réglementer dans la vie sociale même si le principe de précaution est inscrit dans la constitution. Le suivi médico-psychiatrique est un élément essentiel dans la réintégration sociale d'un détenu condamné à une longue peine. Dans le respect des droits des patients, du code de déontologie, le médecin doit s'efforcer de convaincre de la nécessité, pour lui, d'accepter les soins, en lui rappelant la confidentialité des entretiens, en lui rappelant la réalité du secret médical mais en lui reconnaissant la capacité d'exprimer sa volonté en refusant les soins avec l'acceptation des conséquences de ce refus ». MD.*

*L'incapacité totale de travail chez les victimes de violence en  
Seine-Saint-Denis, France, 2006  
Menouar Tedlaouti, Cyril Boraud, Samia Benmakroha, Meziane Addouche,  
Abdelhalim Boughida, Patrick Chariot  
Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 6 mai 2008, n°19  
<http://www.invs.sante.fr:80/display/?doc=beh/2008/19/index.htm>*

#### Résumé

**Introduction** – Les études descriptives concernant les situations de violence et leurs conséquences médicales sont peu nombreuses en France. Cet article présente les situations de violence rapportées par les personnes victimes après dépôt de plainte auprès des services de police ou de gendarmerie, en Seine-Saint-Denis.

**Méthodes** – Du 1er janvier au 31 décembre 2006, un recueil systématique a été effectué concernant les caractéristiques des victimes et des violences, et les conséquences des violences (durée d'incapacité totale de travail (ITT)).

**Résultats** – Au total, 9 831 victimes de violences physiques ou psychologiques ont été reçues. Chez les femmes, les violences survenaient le plus souvent à domicile ; l'agresseur était le plus souvent le conjoint ou un inconnu. Chez les hommes, les violences survenaient le plus souvent sur la voie publique ou le lieu de travail ; l'agresseur était le plus souvent inconnu.

Pour les violences volontaires, la durée médiane d'ITT était de trois jours. L'ITT était supérieure à huit jours dans 939 cas (10 %).

**Discussion-Conclusion** – Les résultats obtenus sont comparables à ceux observés en 2001 dans les Hauts-de-Seine. Seules les personnes ayant porté plainte pour avoir subi des violences figurent dans cette étude. Les informations présentées doivent donc être interprétées avec prudence avant toute conclusion concernant les situations de violence en France. MD.



## AGENDA

ARTAAS : Collège des référents régionaux (9 h 30 – 12 h) et conseil d'administration (14 h -17 h), vendredi 4 juillet 2008, 16, rue Eugénie Eboué, 75012 Paris, Métro Reuilly Diderot.

La parole captive, la détention politique en France, Exposition du 29 mars au 10 décembre 2008, Musée de l'histoire vivante, 31, Boulevard Théophile Sueur 93100 Montreuil, Tél. : 01 48 70 61 62, Fax : 01 48 55 16 34 [mushistviv@wanadoo.fr](mailto:mushistviv@wanadoo.fr) Heures d'ouverture : mercredi / jeudi / vendredi : de 14h à 17h samedi / dimanche : 14h à 18h Tarifs des expositions : 2 euros Gratuit : étudiants, enseignants, chômeurs, groupes scolaires, enfants de moins de 13 ans.

« Épistémologie de la recherche clinique en psychiatrie », organisée par la Société de l'Information Psychiatrique, le Mardi 24 juin de 9h à 18h15, (Amphithéâtre Raymond Garcin, Hôpital Sainte-Anne, Paris XIV°, l'entrée « piétons » se fait par le 1 rue Cabanis. L'accès des véhicules par le 17 rue Broussais).

DIU de Psychiatrie criminelle et médico légale, Faculté de médecine d'Angers, Responsable de la formation : Professeur JL Senon, Renseignements : Faculté de médecine d'Angers, Nathalie MENAR, Département de formation Médicale Continue, rue Haute de Reculée, 49045 Angers, Tél. : 02 41 73 59 44, [nathalie.menar@univ-angers.fr](mailto:nathalie.menar@univ-angers.fr)

DU « Droit de l'expertise médico-légale », Université Paris 8 – Formation permanente, Objectifs de la formation : « 1) Enseigner dans un langage accessible aux différentes professions concernées les données techniques et juridiques nécessaires à la pratique de l'expertise médico-judiciaire ; 2) Dispenser une formation de niveau universitaire, théorique et pratique, répondant aux besoins des experts médecins dans le cadre de la loi du 11 février 2004 ; 3) Délivrer un diplôme inter-universitaire ouvrant droit à une qualification et à un droit au titre autorisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins conformément à la loi du 26 janvier 1984 », Renseignements : 0 820 20 51 00, [info-sfp@univ-paris8.fr](mailto:info-sfp@univ-paris8.fr), [www.fp.univ-paris8.fr](http://www.fp.univ-paris8.fr).

Le groupe multiprofessionnel des prisons se réunit régulièrement le premier mardi de chaque mois de 19 h à 22 h 30 pour réfléchir et échanger sur la situation carcérale. Lieu de réunion : Maison des sciences de l'homme, 52-54 Bd Raspail, 75006 Paris. Renseignements : Antoine Lazarus, GMP, 18, rue de la Poste, 94250 Gentilly. Calendrier : 2 juillet puis reprise en septembre. Tél. : 01 48 38 76 84 - [lazarus@smbh.univ-paris13.fr](mailto:lazarus@smbh.univ-paris13.fr).

Université de Franche-Comté, section de sociologie et d'anthropologie, master sociologie, spécialité criminologie, Année 2008-2009. La spécialité *CRIMINOLOGIE* qui s'ouvre à la prochaine rentrée universitaire (septembre 2008) dans le cadre du Master SHS, mention Sociologie à l'université de Franche-Comté se veut résolument *transdisciplinaire*. Elle réunit autour de « l'objet » *crime* des enseignants-chercheurs et des professionnels spécialisés sur les questions de normes, de déviance et de criminalité venant d'horizons divers - *juristes, historiens, médecins, psychologues, sociologues, anthropologues...* mais aussi *magistrats, avocats, policiers, ou travailleurs sociaux spécialisés*. Contact : E. SANSEIGNE, Secrétariat de Sociologie : [esther.sanseigne@univ-fcomte.fr](mailto:esther.sanseigne@univ-fcomte.fr) Tel : 03 81 66 53 39, J-M. BESSETTE, Responsable Master Crim. [jean-michel.bessette@univ-fcomte.fr](mailto:jean-michel.bessette@univ-fcomte.fr) Tel : 03 81 58 36 83.

Quel est le risque acceptable ?, 2<sup>e</sup> Congrès international francophone sur la Psychiatrie et Violence organisé par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le département de psychiatrie du CHUV

de Lausanne, 11 et 12 septembre 2008, Lausanne, Appel à communications et renseignements : [Dominique.Cousin@chuv.ch](mailto:Dominique.Cousin@chuv.ch).

Meurtre d'enfant, enfant meurtrier : approches pluridisciplinaires, Colloque international, 27-29 novembre 2008, université Rennes 2. Renseignements : Eglantine Geslin : 02 99 14 19 63 – [ICSHcolloqueME2008@univ-rennes2.fr](mailto:ICSHcolloqueME2008@univ-rennes2.fr).

## SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale d'Hospitalisation : [www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr). A partir du portail des ARH, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger les SROS.

Association d'aide aux parents d'enfants victimes (APEV) : [www.apev.org](http://www.apev.org)

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Information sur la population carcérale métropolitaine par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). <http://arpenter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS : [www.artaas.org/](http://www.artaas.org/)

Association Française de Criminologie : [www.afc-assoc.org](http://www.afc-assoc.org)

Association Nationale des Visiteurs de Prison : [www.anvp.org](http://www.anvp.org)

Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)

Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS), Poitou, Charentes, Limousin : [www.criavs.org](http://www.criavs.org)

CESDIP, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales : [www.cesdip.org](http://www.cesdip.org)

Champ pénal : <http://champpenal.revues.org/>

CHU PAP/Abymes : [www.chu-guadeloupe.fr/](http://www.chu-guadeloupe.fr/)

Claris : [www.claris.org/](http://www.claris.org/) et blog : <http://blog.claris.org>. Claris est un groupe de réflexion né en 2001 dont l'objectif est de clarifier le débat public sur la sécurité.

Criminocorpus : [www.criminocorpus.cnrs.fr/](http://www.criminocorpus.cnrs.fr/)

Collège des soignants intervenant en prison : [www.sante-prison.org](http://www.sante-prison.org)

Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la Santé (CCNE) : [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr)

Ecole Nationale de l'Administration Pénitentiaire (ENAP) : [www.enap.justice.fr](http://www.enap.justice.fr)

Fédération Française de Psychiatrie : [www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/](http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/)

Haute Autorité de santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

La documentation française : [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

Medikar : [www.medikar-web.com/](http://www.medikar-web.com/). Le site de l'Union régionale des Médecins Libéraux de la Guadeloupe.

Observatoire International des prisons : [www.oip.org](http://www.oip.org)

Observatoire régional de la santé en Guadeloupe : [www.orsag.org](http://www.orsag.org).

Psychiatrie et violence : [www.psychiatrieviolence.ca](http://www.psychiatrieviolence.ca). Site géré par l'Institut Philippe Pinel de Montréal et le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du canton de Vaud (Suisse)

## OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

En attendant que Socapsyleg dispose de son site, vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous. Vous pouvez également les demander en écrivant à [socapsyleg@orange.fr](mailto:socapsyleg@orange.fr). (et les recevoir gratuitement évidemment).

Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

ARTAAS : [www.artaas.org/](http://www.artaas.org/)

Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)

Collège des soignants intervenant en prison : [www.sante-prison.org](http://www.sante-prison.org)

### Equipe rédactionnelle de Kamo\* de Socapsyleg

Directeur de la publication

Michel DAVID

Psychiatre des Hôpitaux – Chef de service

Responsable du Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe

Médecin coordonnateur

Référent régional Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

Rédacteurs :

Sophia BOUDINE Psychologue

Franciane CONVERTY - Psychologue clinicienne

Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe

Référente régionale Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

Objet de Socapsyleg

Association scientifique ayant pour but principal de promouvoir, tant dans la zone Caraïbes qu'en France et à l'étranger, la recherche, la documentation et la formation des professionnels concernés dans le domaine de la psychiatrie légale, de la psychologie légale, et de la psychocriminologie. Elle peut également participer par des actions pédagogiques et thérapeutiques à la prévention et au traitement des comportements délictueux présentant une composante psychopathologique.

\*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations  
(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jazor).