

L'obligation de soins dans la loi renforçant la lutte contre la récidive

par Jean-Louis Senon

Professeur des Universités, Psychiatre des hôpitaux, Collège de recherche et d'information en criminologie (CRIMCUP), Université de Poitiers

et par Cyril Manzanera

Ancien chef de clinique, Psychiatre des hôpitaux, chargé de cours

Justice et santé connaissent depuis 1994 un développement de leur articulation que nombre de pays nous envient: la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 donne à l'hôpital la responsabilité et l'organisation de soins en milieu pénitentiaire et la loi n° 98-468 du 17 juin 1998, en créant le suivi sociojudiciaire avec injonction de soins met en place, avec le médecin coordonnateur, l'interface entre le juge de l'application des peines et le médecin traitant, permettant de concilier la sanction et le soin dans le respect de la déontologie des soignants de notre pays. Les débats restent pourtant très vifs dans les équipes soignantes et les critiques des professionnels sont ravivées par la mise en place de la loi n° 2007-1198 renforçant la lutte contre la récidive du 10 août 2007. Les bases du débat comme des critiques tiennent aux données actuelles de la clinique psychiatrique telles qu'elles se retrouvent dans la littérature internationale¹: la plupart des crimes et délits ne sont pas commis par des malades mentaux et, par exemple, moins d'un homicide sur vingt est le fait d'un malade mental et moins de 1% des auteurs de violences sexuelles présentent une pathologie psychiatrique avérée. C'est rappeler qu'on ne saurait confondre crime et maladie et qu'un crime fou n'est en règle générale pas le crime d'un fou². La majorité des soignants considère donc que la société les met dans l'obligation d'élargir à l'excès leur domaine d'intervention au risque de désert leur mission de base, celle de prendre en charge les malades mentaux et notamment les psychotiques chroniques dont la dangerosité, quand elle existe, est souvent en rapport avec une rupture de soins. Effectivement, la prise en charge par exemple d'un auteur de violences sexuelles ne se fait pas suivant une conduite à tenir codifiée en psychiatrie, comme peut l'être le traitement d'une dépression ou d'une psychose, il s'agit plutôt d'un accompagnement médico-psycho-éducatif, où la prise en charge multidisciplinaire est de règle: travail social sur l'insertion et le maintien de liens sociaux, psychothérapie orientée sur le passage à l'acte et éventuellement prescription médicamenteuse selon des indications précises. En ce sens les équipes de soins rappellent que vouloir traiter la délinquance par une action de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques est une illusion pour la prévention de la récidive et que dans la mesure où le crime est multifactoriel, les réponses de la société doivent être multidisciplinaires comme l'est la criminologie qui devrait être une sur-spécialisation pour des professionnels aussi différents que psychiatres, psychologues, sociologues, éducateurs ou pénalistes. Le récent retour en force des politiques et du législateur à un modèle psychologique ou psychiatrique du crime est très préoccupant pour les soignants, comme d'ailleurs pour les associations de malades mentaux et leurs

familles, excédées de voir se diffuser au niveau médiatique l'assimilation entre crime et folie.³

Nous ferons une lecture avec l'oeil du psychiatre de la loi renforçant la lutte contre la récidive puis présenterons l'état actuel des obligations de soins qui en France n'ont jamais eu le succès que le législateur espérait, avant de lister les points positifs et ceux qui posent problème dans cette extension de la loi de 1998 bien au-delà du champ des auteurs de violences sexuelles.

La psychiatrie dans une lecture critique de la loi renforçant la lutte contre la récidive

La loi renforçant la lutte contre la récidive modifie le code pénal dans de nombreuses situations interférant avec les interventions des équipes de soin.

Le suivi sociojudiciaire (SSJ) envisagé dans l'article 131-36-1 du code pénal voit le caractère obligatoire (et non facultatif) du prononcé de mesure d'injonction de soins (IS) si la personne est poursuivie pour une infraction pour laquelle la peine de SSJ est encourue, avec fort heureusement le fait que « l'expertise doit déclarer que la personne est susceptible de faire l'objet d'un traitement ». Cette formulation pose problème, elle laisse penser à un « traitement » au sens de celui des maladies mentales, rarement retrouvées chez les auteurs de violences sexuelles. Ce n'est pas dans ce champ un « traitement » au sens médical du terme mais un accompagnement médico-psycho-éducatif en soulignant que la prise en charge ne peut être que pluridisciplinaire en associant le champ sanitaire et celui socio-éducatif où de multiples carences sont en règle générale retrouvées. De la même façon l'indication posée par l'expertise ne peut pas être considérée comme une légitimation suffisante, l'expert, surtout si il est peu formé, ne pouvant dans ce champ de l'expertise de dangerosité qu'agir par excès, pour « se couvrir en ouvrant largement le parapluie ». Le sursis et mise à l'épreuve de l'article 132-45-1 du code pénal voit l'injonction de soins devenir obligatoire pour les infractions pour lesquelles le SSJ est encouru. Cette obligation n'est faite que s'il existe une expertise déclarant que la personne est susceptible de faire l'objet d'un « traitement ».

Le SSJ est élargi aux condamnés en cours d'exécution de peine et aux condamnations prononcées avant l'entrée en vigueur de la loi. Il apparaît bien que le JAP n'a plus d'autonomie d'appréciation et qu'il doit ordonner une expertise avant la libération afin de déterminer si la personne relève d'un accompagnement médico-psycho-éducatif. Cette mesure va être à l'origine d'une demande accrue d'expertises à laquelle le peu d'experts actuels, en particulier à proximité de centres de détention, pourra répondre et avec la difficulté que toutes ces expertises seront des expertises de dangerosité aux-

LES ÉQUIPES DE SOINS RAPPELLENT QUE VOULOIR TRAITER LA DÉLINQUANCE PAR UNE ACTION DE SOINS PSYCHIATRIQUES OU PSYCHOTHÉRAPIQUES EST UNE ILLUSION POUR LA PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE ET QUE DANS LA MESURE OÙ LE CRIME EST MULTIFACTORIEL, LES RÉPONSES DE LA SOCIÉTÉ DOIVENT ÊTRE MULTIDISCIPLINAIRES.

(1) J. L. Senon, C. Manzanera, Psychiatrie et justice: évolutions contemporaines de la clinique et de l'organisation des soins, AJ pénal 2007. 123-129.

(2) J. L. Senon, C. Manzanera, Psychiatrie et justice pénale: à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir, AJ pénal 2005. 353-357.

(3) 1.-M. Labadie, *Psychologie du criminel*, l'Archipel, 2004.

quelles les experts sont peu préparés. Il est important de prendre en compte dans ce domaine les recommandations de l'audition publique de la Fédération française de psychiatrie et de la Haute Autorité de santé publiées cet été qui insistent sur ces problèmes ⁴. Le SSJ avec IS est élargi aux condamnés relevant d'une surveillance judiciaire article 723-30 du code de procédure pénale avec application aux condamnés en exécution de peine et donc aux condamnations prononcées avant l'entrée en vigueur de la loi. Là aussi, une mesure d'expertise est nécessaire.

Les réductions supplémentaires de peine ne peuvent plus être accordées aux détenus condamnés pour un crime ou un délit pour lequel le SSJ avec Injonction de soins (IS) est encouru qui refusent de suivre un traitement durant leur peine d'emprisonnement. Le JAP n'a plus de pouvoir d'appréciation si la personne ne se soumet pas à l'IS en détention. Dans l'article 721-1 du code de procédure pénale, les efforts sérieux de réadaptation sociale comportent le fait de «suivre une thérapie susceptible de limiter les risques de récidive». Dans cet article les soins sont clairement envisagés pour limiter le risque de récidive et non pas pour soigner une personne présentant une psychopathologie repérée. Cette confusion est inacceptable pour les soignants de psychiatrie et notamment pour les équipes intervenant en milieu pénitentiaire. La menace de ne plus accorder les RSP revient à imposer des soins en milieu pénitentiaire ce que les équipes soignantes intervenant en prison récusent estimant que cela banalise les soins psychiatriques en les assimilant à la sanction.

Le législateur revient sur le fait que « le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins ». Le SSJ est maintenant toujours assorti d'une injonction de soins, comme si seuls les soins pouvaient limiter la récidive en mettant à distance l'importance des mesures d'accompagnement socio-éducatif et d'insertion.

La libération conditionnelle de l'article 729 du code de procédure pénale n'est possible, si elle concerne une personne condamnée pour un crime ou un délit pour lequel le SSJ est encouru, que si la personne a accepté durant son incarcération de suivre un traitement et que si elle accepte à sa sortie une injonction de soins (déterminée comme «traitement qui est proposé»). Là aussi ces dispositions sont applicables aux condamnations prononcées avant l'entrée en vigueur de la loi. Cela pourrait imposer que le détenu fournisse une attestation de prise en charge par une institution de soins. Une mesure d'expertise est prévue par l'article 731-1 du code de procédure pénale. Les soignants en milieu pénitentiaire comme les criminologues insistent pourtant pour dire que les sorties sèches, sans mesures de suivi et d'accompagnement telles qu'elles sont prévues dans la libération conditionnelle, sont à l'origine d'un risque accru de récidive ⁵. La préparation de la sortie de l'établissement pénitentiaire est un temps fondamental dans sa dimension éducative et sociale avant toute orientation pour une prise en charge psychiatrique, car comment inscrire un soin dans le temps pour une personne sans insertion et stabilité sociale? Le champ de l'expertise est largement étendu par l'article 712-21 et avec deux experts en cas de

meurtre, assassinat, ou viol d'un mineur de 15 ans. Là aussi la demande d'expertise est élargie.

Au total, pour nombre de psychiatres la loi est à l'origine d'une majoration de la confusion entre la peine et le soin, le soin étant envisagé pour prévenir la récidive et non pour traiter une pathologie psychiatrique confirmée. En ce sens le mot «traitement» est à bannir au profit de celui d'accompagnement médico-psycho-éducatif. La quasi-automaticité de l'injonction de soins élargit les conditions imposant une expertise, et celle-ci acquiert un rôle central dans des conditions où les experts ne pourrions souvent «qu'ouvrir le parapluie» en posant des indications larges de soins. L'obligation tacite de soins en détention est aussi très discutée par les intervenants en milieu pénitentiaire qui constatent qu'aucune place n'est laissée à l'engagement de la personne relevant du SSJ avec IS.

• Les avatars et les limites de l'injonction thérapeutique en psychiatrie dans le domaine de l'alcoolisme et des toxicomanies n'ont pas été pris en compte

Le principe de l'injonction de soins n'est pas récent et est apparu bien avant la loi de 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs, sous la forme d'obligation de soins. La société s'est dotée de longue date d'un certain nombre de textes juridiques visant à la protéger contre les dangers sociaux, textes que l'on retrouve dans le livre III du code de la santé publique consacré à «la lutte contre les fléaux sociaux». L'alcoolisme et les toxicomanies étaient les premiers fléaux visés. Ainsi les articles L. 355-1 et suivants du code de la santé publique permettent l'internement des alcooliques dangereux (placement par le président du tribunal à la requête du parquet en cas d'échec d'une prise en charge volontaire). Mais ces textes restent dans l'ensemble quasi inutilisés ⁶. Ils s'adressaient en particulier aux troubles liés à l'abus de substance, avec deux lois reprises dans le code de la santé publique: circulaire du 1^{er} avril 1952, confirmée d'une certaine manière, dans la loi du 15 avril 1954 concernant les alcooliques dangereux et la loi de 1970 concernant la lutte contre la toxicomanie. Innovateurs, ces textes permettent au procureur de la République de proposer voire d'imposer dès les premières étapes de la procédure pénale, des mesures de soins obligatoires dans le cadre de la lutte contre la délinquance liée à la toxicomanie et à l'alcoolisme. Ainsi dans la loi du 30 décembre 1970, relative à la lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, on retrouvait une possible obligation de soins à trois étapes différentes de la procédure pénale.

L'article L. 628-1 ⁷ permettait au procureur de la République en phase présentencielle de proposer une alternative à la peine à condition que les personnes se soient «conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme». Dans ce cas, les poursuites pourront être abandonnées. L'article précise qu'en cas de réitération, ce choix se présente à nouveau pour le procureur de la République.

LE LÉGISLATEUR REVIENT SUR LE FAIT QUE « LE SUIVI 80010-JUDICIAIRE PEUT COMPRENDRE UNE INJONCTION DE SOINS ». LE SSJ EST MAINTENANT TOUJOURS ASSORTI D'UNE INJONCTION DE SOINS, COMME SI SEULS LES SOINS POUVAIENT LIMITER LA RÉCIDIVE EN METTANT À DISTANCE L'IMPORTANCE DES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-ÉDUCATIF ET D'INSERTION.

(4) Expertise psychiatrique pénale, Audition Publique de la Fédération Française de Psychiatrie, Haute Autorité de Santé, http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_546807 consulté le 5 sept. 2007.

(5) A. Kensey, F. Lombard et P. V. Tournier, *Sanctions alternatives à l'emprisonnement et «récidive»*, Université de Lille 2, Ministère de la Justice, Direction de l'administration pénitentiaire, Université Paris I, 2005; A. Kensey, *Prison et récidive*, Armand Colin, 2007.

(6) J. R. Jean, Le détenu dangereux in A. Garapon, D. Salas, *La justice et le mal*, O. Jacob, Paris, 1997, p 83-109.

(7) Articles déplacés aux articles L. 3413-1 à L. 3413-3 CSP et modifiés par la L. n° 2007-297 du 5 mars 2007

L'article L. 628-2 proposait à une étape plus avancée de la procédure pénale, au juge d'instruction ou au juge des enfants d'ordonner une cure de désintoxication assortie de toutes les mesures médicales nécessaires, aux personnes inculpées de délit selon l'article L. 628 à la condition de relever d'une telle prise en charge.

Enfin, l'article L. 628-3 précisait que, lorsque cela n'a pas été possible par refus du prévenu ou que la durée n'est pas apparue comme suffisante, la juridiction de jugement peut prolonger la mesure débutée lors de la phase précédente ou imposer sa réalisation en conformité avec l'article 628-2.

Nombre de modifications et d'ajouts aux travers de circulaires, de textes de loi sont venus compléter ces articles, avec au centre l'idée d'un nécessaire équilibre entre sanitaire et judiciaire. Pourtant, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes. L'utilisation de ces alternatives à la sanction pénale est restée limitée et, au fil des années, le volet sanction s'est davantage renforcé face à la partie sanitaire⁸. Ainsi, un rapport fait au nom de la commission des lois et remis en septembre 2006 au Sénat⁹, précise que «si l'injonction thérapeutique, circonscrite à la région parisienne jusqu'au début des années 1980, s'est ensuite étendue, elle n'est jamais prononcée par près de 10% des tribunaux de grande instance», mettant en avant une certaine réticence à l'utilisation de cette mesure. En effet, pour l'année 2004, le nombre d'injonctions thérapeutiques est de 4 568 alors qu'il était d'environ 8000 en 1997 pour un nombre d'interpellations en hausse permanente (environ 70 000 en 1997 contre 101 000 en 2004¹⁰). Le défaut d'articulation du judiciaire avec le sanitaire et la réticence de ce dernier sont partout notés.

Pour les équipes de soins l'injonction thérapeutique est très diversement appréciée: si elle facilite l'initiation d'une prise de contact en vue d'une prise en charge, elle est souvent source de manipulations, ce que les équipes soignantes appellent la «course au certificat» avec des pressions longtemps exercées sans réelle demande de soins. Ces pressions et manipulations sont très mal vécues par les soignants des équipes publiques de secteur en psychiatrie qui doivent faire face depuis quelques années à une importante augmentation de la demande de soins tant en ambulatoire qu'en hospitalisation et qui n'ont souvent pas la possibilité, dans nombre de départements sinistrés sur le plan sanitaire, de spécialiser certaines de leurs consultations pour la prise en charge de populations spécifiques en injonction de soins en développant une interface justice qui serait la seule façon de travailler avec les personnes en injonction avec des techniques d'approche spécifiques s'appuyant sur l'éveil de la demande de soins.

- Les apports et les difficultés d'application en terme de récidive et de soins de la loi du 17 juin 1998

Modèle de l'injonction de soins proposée dans le cadre du suivi socio-judiciaire pour les délinquants sexuels, la loi de 1998 témoignait de l'ambition forte

de lutter efficacement contre la délinquance sexuelle, en particulier en terme de prévention de la récidive.

Une loi essayant de préserver l'éthique du s

Depuis la mise en application de la loi du 17 juin 1998, la juridiction de jugement peut ordonner un suivi socio-judiciaire selon l'article 131-36-1. Aux termes de l'article 131-36-4 du code pénal, un suivi socio-judiciaire pouvait comporter une injonction de soins, prononcée en principe par l'autorité de jugement et subordonnée à une expertise médicale. L'expertise médicale doit permettre d'établir l'utilité pour le condamné à bénéficier favorablement d'un traitement et d'une prise en charge adaptée. Ces soins sont soumis à son acceptation mais, en cas de refus, l'emprisonnement prévu aux termes de l'article 131-36-1 s'applique. Cette injonction de soins ne prendra effet qu'au moment de la libération.

Cependant, comme le dispose l'article 721-1 du code de procédure pénale, les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins et qui refusent de suivre un traitement durant leur incarcération, ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale, leur attitude n'ouvrant pas droit à une réduction de peine. Il faut rappeler que, durant la période d'incarcération quand elle existe, une prise en charge médico-psychologique est proposée à tous les délinquants sexuels. D'ailleurs, selon l'article R. 57-5 du code de procédure pénale, la détention de ces délinquants doit se faire dans des établissements susceptibles de proposer cette prise en charge thérapeutique. Les SMPR permettent en particulier cette prise en charge pluridisciplinaire: médicale, psychologique et infirmière¹¹. Plusieurs études parues récemment soulignent la mission primordiale de repérage précoce des troubles mentaux par le psychiatre et son équipe.

L'article R. 57-6 du code de procédure pénale précise que les sujets s'étant rendus responsables d'une infraction de nature sexuelle (ces infractions sont visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 du nouveau c. pén.) ou d'un meurtre ou d'un assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie sont «signalés au psychiatre intervenant en milieu pénitentiaire (psychiatre du SMPR ou psychiatre du secteur de psychiatrie générale) par le chef d'établissement qui met en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées dans le dossier individuel ». D'autre part, l'article R. 57-7 précise que, avant leur libération, les personnes condamnées selon le précédent article font l'objet d'un examen psychiatrique en vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge postpénale adaptée.

Après la détention, l'injonction de soins va s'articuler sur le plan médical autour de deux intervenants, le médecin coordonnateur et le médecin traitant, et un magistrat, le juge d'application des peines. Le médecin coordonnateur n'est ni un expert, ni un médecin traitant. Il se définit comme étant un psychiatre ou un médecin ayant suivi une formation particulière. Il doit être inscrit sur une liste établie par le procureur de la république (art. L. 3711-1, CSP) et est désigné par le juge. Il a un quadruple mandat toujours selon le même article:

MODÈLE DE L'INJONCTION DE SOINS PROPOSÉE DANS LE CADRE DU SUIVI SOCIO-JUDICIAIRE POUR LES DÉLINQUANTS SEXUELS, LA LOI DE 1998 TÉMOIGNAIT DE L'AMBITION FORTE DE LUTTER EFFICACEMENT CONTRE LA DÉLINQUANCE SEXUELLE, EN PARTICULIER EN TERME DE PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE.

(8) L. Simmat Durand, T. Rouault, Vingt-cinq années de répression de l'usage illicite de stupéfiants, Population, 54 (4,5), 1999, p. 777-90.

(9) J. R. Lecerf, Projet de loi relatif à la prévention de la délinquance, Rapport n°476, déposé le 6 sept. 2006.

(10) Sources: fichier national des auteurs d'infractions à la législation sur les stupéfiants.

(11) J. L. Senon, C. manzanera, Prisons, état des lieux, AJ pénal 2007, 155-160.

- inviter le condamné à choisir avec son accord un médecin traitant;
- conseiller le médecin traitant;
- transmettre au juge ou à l'agent de probation les éléments nécessaires au contrôle de la mesure;
- informer le condamné de la possibilité de poursuivre au-delà du SSJ.

Un tel fonctionnement introduit une dérogation légale dans le champ du respect du secret médical, mais également à la déontologie médicale.

De son côté, le médecin traitant voit son intervention définie par l'article L. 3711-2 du code de la santé publique. Il propose les thérapeutiques adaptées, médicamenteuses et psychothérapeutiques, confirme la participation du condamné au suivi au travers de certificats et peut, s'il est habilité, prescrire des traitements qui «entraînent une diminution de la libido» à condition d'obtenir par écrit le consentement du condamné (et non pas «patient» dans le texte de loi).

L'efficacité d'une thérapeutique psychothérapeutique ou comportementale, individuelle ou collective, nécessite en règle générale le consentement du sujet. Certains auteurs considèrent, pourtant, en ce qui concerne les auteurs de violences sexuelles qui ne sont pas des malades mentaux (s'appuyant sur le fait que ces individus construisent leur organisation psychique sur des percepts environnementaux plus que sur des éléments symboliques intériorisés), que le suivi sociojudiciaire, plus particulièrement l'injonction de soins, est nécessaire durant tout le temps où le sujet ne manifeste pas, spontanément, de désir de changement psychique. En ce sens, la loi de 1998 en introduisant le médecin coordonnateur comme interface entre le juge et le médecin traitant et en ne condamnant pas à des soins mais à un SSJ avec éventuellement injonction de soins a amené progressivement une acceptation par les soignants d'une prise en charge médico-psycho-éducative de personnes ne présentant pas une maladie mentale avérée. La diversité des psychopathologies sous-tendant les agressions sexuelles pose le problème de la formation des médecins traitants qui peuvent être des psychologues ou une équipe de soins. L'élargissement du travail thérapeutique orienté naturellement vers les équipes de soins de centres médico-psychologiques (CMP), ou spécialisées capables d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un suivi à deux soignants référents qui s'impose face à nombre d'auteurs de violence sexuelle (AVS) tellement ces prises en charges ébranlent les équipes de soin.

Les apports et les limites de la loi du 17 juin 1998 n'ont pas été actés

Indéniablement, cette loi a marqué un progrès certain dans la prise en charge de la délinquance sexuelle au travers de plusieurs points. Elle a contribué à améliorer et à faciliter le travail d'éveil de la demande de soins au sein d'une psychopathologie où prédomine le déni. Trois facteurs contribuent à cette évolution:

- Dès l'expertise, en phase présentencielle, la question de l'accessibilité aux soins est abordée, avec le juge mais également avec le prévenu. Parfois une ligne de conduite «thérapeutique» peut être esquissée en éveillant un intérêt du sujet pour son fonctionnement conduisant au passage à l'acte notamment quand il s'inscrit dans la répétition.
- Ensuite, l'intérêt de la rencontre précoce pour le délinquant avec les équipes de psychiatrie prévue aux termes des articles 57-5 à 57-7, est renforcé par l'article 721-1 du code de procédure pénale qui précise

qu'une absence d'adhésion aux soins durant la période d'incarcération mettrait en péril tout projet de liberté conditionnelle. L'incitation forte de la loi amène-t-elle avec le temps une adhésion loyale au programme de soins? Sur le terrain, JAP, éducateurs et soignants l'espèrent mais aucune évaluation n'a été faite à ce jour dans notre pays.

- Enfin, l'accès aux rapports d'expertises ainsi qu'un certain nombre d'autres pièces du dossier pénal, en particulier au jugement, permettent de travailler sous le couvert du rappel à la loi et de s'appuyer, le cas échéant, sur ses engagements et sur ses dires.

Un deuxième élément apporté par la loi concerne la mise en place et le rôle du médecin coordonnateur dans l'orientation et la prise en charge du condamné devenu patient, et dans les rapports nécessaires avec l'appareil judiciaire. Interface privilégiée, il est le garant d'une éthique certaine en maintenant l'indépendance du soin face à la peine en évitant toute confusion entre peine et soin. Il maintient la relation médecin-malade et la confiance que le malade peut avoir vis-à-vis de son médecin tout en conciliant deux impératifs: la confrontation à la loi et la durabilité de l'engagement personnel et de la démarche de psychothérapie. Il est également un interlocuteur de choix vis-à-vis du judiciaire en permettant une meilleure compréhension du travail et des rôles de chacun, permettant une lutte active contre tout risque de clivage. En effet, l'évolution s'est faite au travers de mises au point régulières entre psychiatrie et justice (loi du 30 juin 1838, loi du 15 avril 1954, loi du 31 décembre 1970, loi du 27 juin 1990) pour en venir à une situation de plus en plus ambiguë avec la loi du 17 juin 1998. Et ce n'est pas un hasard si c'est le délinquant sexuel qui joue aujourd'hui ce rôle particulier d'interroger justice et psychiatrie sur leurs fonctionnements réciproques. Cette situation particulière de l'AVS à la fois entre le judiciaire et le médical, nous amène au coeur même de la problématique de la sanction, dans ses rapports avec le soin, lieu privilégié de clivages et d'incompréhensions.

Mais les limites des apports de la loi de 1998 restent nombreuses et n'ont jamais été officiellement actées par le législateur bien que dénoncées par tous les acteurs de terrain; elles ont encore moins servi de leçon pour la rédaction de la nouvelle loi, pas plus par la Chancellerie que par le Parlement:

- défaut de formation des équipes de soins aux psychopathologies du passage à l'acte, fonctionnements psychiques n'appartenant pas à la pathologie psychiatrique enseignée dans les formations qualifiantes pour les psychiatres, nombre de psychologues ou les infirmiers;
- surcharge des équipes hospitalières intervenant dans les établissements pénitentiaires, dans un contexte de grandes difficultés pour la psychiatrie publique à assurer ses missions de base sur tous nos départements avec des zones désertiques marquées par des fermetures d'hôpitaux ou des secteurs de psychiatrie sans soignants;
- défaut de moyens criants pour les équipes hospitalières acceptant loyalement d'intervenir en détention et ne bénéficiant d'aucune valorisation pour un travail loin d'être aussi gratifiant que celui de la prise en charge de déprimés sur une consultation hospitalière;
- éloignement des centres de détention accueillant des AVS, souvent implantés sur ces zones désertes en soignants de psychiatrie à l'image par exemple du CD de Mauzac desservi par l'hôpital de Montpont qui s'est vidé de ses psychiatres et infirmiers;
- difficultés du travail en milieu pénitentiaire pour les équipes de l'hôpital avec des contraintes majeures

LES APPORTS DE LA LOI DE 1998 SONT RÉELS, MAIS SES LIMITES SONT NOMBREUSES ET N'ONT JAMAIS ÉTÉ OFFICIELLEMENT ACTÉES PAR LE LÉGISLATEUR BIEN QUE DÉNONCÉES PAR TOUS LES ACTEURS DE TERRAIN ; ELLES ONT ENCORE MOINS SERVI DE LEÇON POUR LA RÉDACTION DE LA NOUVELLE LOI.

persistantes en dépit de plus de dix ans d'application de la loi de 1994;

- absence de lieux et de temps d'évaluation des AVS, notamment pour des peines de 5 à 10 ans où il n'est pas possible de maintenir une action thérapeutique aussi longue sans temps forts et sans planification du programme de soins;
- absence totale d'évaluation des programmes de prise en charge médico-psycho-éducatives fonctionnant dans notre pays;
- absence de hiérarchisation des besoins en déterminant ceux pour lesquels l'action des soignants est indispensable en détention et surtout dans la préparation de la sortie;
- difficultés d'articulation du travail des équipes de soin avec les travailleurs sociaux des SPIP en particulier dans la préparation de la sortie.

■ L'illusion d'un traitement psychique du crime

La nouvelle loi du 10 août 2007 est considérée à plusieurs titres comme très préoccupante par les soignants de psychiatrie. Elle majore tout d'abord la confusion entre crime et maladie mentale. Elle semble dans le sillage des orientations sécuritaires qui, l'année dernière, avaient été dénoncées par l'ensemble des associations de malades, de familles de malades et avec une totale unanimité par les professionnels quand le ministère de l'Intérieur se proposait de réformer sur le fond la loi de 1990 sur l'hospitalisation des malades mentaux dans une loi de prévention de la délinquance. L'ensemble des professionnels et associations avait rappelé que l'on ne saurait confondre délinquance et maladie mentale et que la loi d'hospitalisation devait être une loi sanitaire.

De la même façon, la loi renforçant la lutte contre la récidive majore la confusion entre la peine et le soin. Dans les travaux préliminaires de la loi de 1998, les professionnels de santé avaient vivement rappelé que l'on ne saurait condamner à des soins; c'est ainsi que la loi de 1998 prévoyait un SSJ avec éventuellement IS. La nouvelle loi en supprimant le premier alinéa de l'article 131-36-4 du code pénal, qui énonçait que « le suivi socio-judiciaire peut comprendre une injonction de soins », fait que le SSJ sera toujours assorti d'une injonction de soins. C'est laisser penser que seule une action soignante permet de lutter contre la récidive. La loi semble revenir à un modèle de traitement psychique du crime avec une sur-sollicitation de soignants jamais entendus quand ils rappellent que le crime est multifactoriel et que sa prévention ne peut être que multidisciplinaire. Il s'agit bien du crime au sens large car le champ de l'application de la loi va bien au-delà des auteurs de violences sexuelles et de celui de la pédophilie qui suscite autant de peurs médiatisées. Depuis la loi n° 2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance, il concerne des auteurs de violences non sexuelles: atteintes volontaires à la vie, enlèvement et séquestration, violences intrafamiliales et destructions...

Comment pourra s'appliquer la loi dans ses attendus sanitaires? Tout est à faire dans ce domaine et le défaut d'application des lois de 1954, 1970 et 1998 n'a pas servi de leçon. Les problèmes vont être multiples dans ces prochains mois où nombre de condamnés après la promulgation de la loi de 1990 vont sortir des établissements pénitentiaires et où l'extension de la loi aux condamnations en cours va s'appliquer. Les problèmes des moyens vont être une réalité de terrain: comment disposer de temps de soignants dans les maisons d'arrêt où la priorité de ceux-ci est surtout de donner des soins psychiatriques aux malades mentaux incarcérés et ceci à l'heure de la pénurie de la psychiatrie publique? Comment répondre aux besoins des centres de détention très peu pourvus en soignants de psychiatrie, surtout si ils sont implantés loin des grandes agglomérations? Où trouver les experts disponibles pour toutes les nouvelles missions d'expertise qui vont devoir leur être confiées? N'y a-t-il pas le risque de desservir les expertises diagnostiques présentielles ayant pour objectif de dépister les prévenus présentant des troubles mentaux avérés faisant discuter l'application de l'article 122-1 du code pénal? Comment recruter des médecins coordonnateurs dont la mission est la base de l'articulation entre le JAP et le médecin traitant. Comment envisager les prises en charge médico-psychoéducatives à confier au secteur de psychiatrie sur l'ensemble du territoire alors que nombre de départements manquent cruellement de soignants?

Le problème de la formation des équipes de soins, du médecin coordonnateur comme des experts reste aussi un obstacle, notamment quand il s'agit d'auteurs de violence présentant des troubles graves de la personnalité auxquels la psychiatrie publique de secteur est peu préparée et où les formations nationales sont peu nombreuses?

Tenter une ébauche d'organisation ne peut se faire sans une stratégie concertée (l'absence de concertation Justice-Santé doit être pointée à ce jour depuis l'annonce de la loi): détermination des priorités en termes d'évaluation psychopathologique, criminologique et multidisciplinaire de la dangerosité des auteurs, détermination de stratégies d'intervention programmées prenant en compte la longueur de la peine et la difficulté à maintenir une action «thérapeutique» tout au long de celle-ci en maison d'arrêt puis dans plusieurs centres de détention, choix de la spécialisation de certains établissements ou répartition des auteurs de violences visés par la loi dans tous les établissements pour ne pas créer de ghettos?

Cette longue liste de questions non travaillées à ce jour au niveau sanitaire pas plus que dans l'articulation avec la Justice laisse perplexe et augure mal d'un recentrage raisonnable qui rappellerait que l'action de soins isolée n'est pas une réponse au risque de récidive et que l'homme dans sa complexité n'agit que dans la rencontre de son histoire psychique avec les pressions de son environnement dont l'organisation de notre société est le noyau. Pour une fois, pensons un temps avant d'agir...

LA LOI RENFORÇANT LA LUTTE CONTRE LA RÉCIDIVE MAJORE LA CONFUSION ENTRE LA PEINE ET LE SOIN. DANS LES TRAVAUX PRÉLIMINAIRES DE LA LOI DE 1996, LES PROFESSIONNELS AVAIENT VIVEMENT RAPPELÉ QUE L'ON NE SAURAIT CONDAMNER À DES SOINS.