

*L'intervention psychiatrique
en détention 10 ans après la
loi du 18 janvier 1994*


Ecole Nationale de la Magistrature

Paris, 19 septembre 2007

Docteur Gérard Laurencin, SMPR Toulouse



Historique




Les fous étaient mêlés aux délinquants peu avant la Révolution française. Trois types d'établissements accueillent des « insensés » :

- Les maisons de force où ils font l'objet de lettres de cachet. 20% de leur ressortissant ont été considéré comme malades mentaux. Certaines se spécialisent dans cette population.
- Les hôpitaux généraux
- Les dépôts de mendicité où l'on retrouve également 20% de malades mentaux

Le code pénal de 1810 avec l'institution de l'irresponsabilité pénale pour état de démence (art 64 de l'ancien code pénal) va permettre un premier "tri" des insensés incarcérés.

La loi de juin 1838 fera suite à cet article du code pénal en instituant des établissements spécialisés pour accueillir les malades mentaux.

- 
- 1876 Maison centrale de Gaillon pour condamnés aliénés et épileptiques
 - 1900 quartier de sûreté à l'hôpital psychiatrique de Villejuif pour les aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles
 - 1927 services d'examens psychiatriques

Loos-Lez-Lille

- 1936 services d'examens psychiatriques

La Santé

Fresnes

La Petite Roquette



1947

La Charte de la Réforme Pénitentiaire de P. AMOR de 1945
préconise
la mise en place dans chaque établissement pénitentiaire
d'un service social et médico-psychologique
afin « *d'éclairer la justice par le dépistage et le traitement des
délinquants mentalement anormaux* »



1950

Centre d'observation pour détenus psychopathes
de Château-Thierry

(ex -Maison Centrale Sanitaire de Château-
Thierry)



1958

Le Code de Procédure Pénale officialise l'existence de consultations d'hygiène mentale dans les M.A. (Art. D 395) et de services psychiatriques (Art D 397), mais il n'en définit pas les statuts.

L'Administration Pénitentiaire (A.P.) recrute alors des médecins psychiatres à la vacation ainsi que des infirmiers appartenant aux corps des infirmiers pénitentiaires et des infirmiers de la Croix Rouge.

Circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967

Elle crée les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (C.M.P.R.), nouvelle appellation des services et annexes psychiatriques.

Pour la première fois, un texte législatif incite à un travail thérapeutique. Ainsi, **les C.M.P.R. doivent fournir une assistance médico-psychologique à la population pénale des M.A., voire le cas échéant, des établissements pour peines.**

Mais cette circulaire place le personnel médical, bien que rémunéré par une structure sanitaire, sous l'autorité du chef de l'établissement pénitentiaire.

Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977

Elle est la base réglementaire du fonctionnement des **17 C.M.P.R.** qui se mettent progressivement en place sur le territoire national.


1. Chaque C.M.P.R. est installé dans un quartier distinct de la plus grosse M.A. de la région pénitentiaire. **Il s'articule avec les services publics de psychiatrie pour assurer la continuité des soins.**
2. De plus, cette circulaire instaure que les frais de fonctionnement des C.M.P.R. sont pris en charge par l'Administration Pénitentiaire tandis que le Département du lieu d'implantation est responsable de la constitution d'une équipe pluridisciplinaire dont la charge financière relève du budget départemental d'hygiène mentale.
double tutelle:
 - l'administration pénitentiaire assure le cadre et l'entretien des détenus,
 - l'administration de la santé publique intervient pour la rétribution de l'équipe psychiatrique.
3. Ce texte consacre ainsi **l'indépendance technique de l'équipe médicale et paramédicale des C.M.P.R.**

Circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977

La circulaire distingue deux modes d'interventions:


- une intervention de type extrahospitalier confiée aux SMPR
- une intervention plus ponctuelle et lourde, régie par l'article D 398 du Code de Procédure Pénale et autorisant le transfert en hôpital psychiatrique sous le régime du placement d'office des détenus présentant des troubles mentaux rendant impossible leur maintien dans un cadre carcéral.

Ainsi le caractère volontaire des soins psychiatriques prodigués en prison est d'emblée affirmé.



Décret 86-802 du 14 mars 1986,
en application de la loi 85-1461 du 31 décembre 1985 relative à la
sectorisation psychiatrique

Est créé à côté du secteur de psychiatrie générale et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, un troisième type de secteur qui n'existait pas auparavant, le **secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire**, celui-ci étant chargé de répondre aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.



Ainsi, dans chaque région pénitentiaire, sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; chacun, rattaché à un établissement hospitalier public, comporte un Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.) aménagé dans un établissement pénitentiaire et composé d'une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, chef de service.

Arrêté du 14 décembre 1986, modifié par l'arrêté du 10 mai 1995

Il fixe le règlement type des S.M.P.R. et précise ses missions :

- mission de prévention des affections mentales en milieu pénitentiaire ;
- mise en œuvre des traitements psychiatriques nécessaires aux détenus exceptés ceux présentant des troubles mentaux incompatibles avec leur maintien en détention (Art D 398 du C.P.P.) et qui sont hospitalisés dans un établissement habilité selon la procédure de l'hospitalisation d'office ;
- le cas échéant, mission de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme ;
- contribution à assurer la continuité des soins en coordination avec les équipes de secteur.

**Circulaire 1164 de la D.G.S. du 5 décembre 1988,
(abrogée par la circulaire du 8 décembre 1994)**

Elle rappelle les principes d'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et encourage l'implantation des S.M.P.R. dans les M.A., ainsi que les actions de santé des secteurs de psychiatrie dans les M.A. dépourvues de S.M.P.R.

Les établissements pour peines bénéficient de prestations (peu) assurées par des psychiatres recrutés par le Ministère de la Justice.

Loi 94-43 du 18 janvier 1994


Elle transfère la responsabilité de la prise en charge somatique des détenus du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé, s'inspirant du modèle de fonctionnement des S.M.P.R.

Chaque établissement pénitentiaire est donc rattaché par convention à un établissement public d'hospitalisation, qui crée au sein de l'établissement pénitentiaire, une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.), animée par une équipe composée de personnel hospitalier.




Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994

relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire



Circulaire n°45 DH /DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale

Note DH/DGS/DAP n°466 du 15 décembre 1994 relative à la circulaire n°45 DH /DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique



**Recommandation n° R(98)7 du Comité des
ministres du Conseil de l'Europe relative aux
aspects éthiques ou organisationnels des
soins de santé en milieu pénitentiaire
(8 avril 1998)**

soulignant que les personnes incarcérées doivent
bénéficier des mêmes mesures de prévention et
prestations de santé que les personnes libres.

Prise en charge de la santé mentale des personnes détenues

- Rapports parlementaires de juillet 2000 sur l'état des prisons françaises
- Rapport d'évaluation de l'organisation des soins aux personnes détenues de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires de juin 2001.

axes d'amélioration dans le domaine de la santé mentale :

- augmentation et diversification des activités ambulatoires ;
- meilleure prise en compte des besoins d'hospitalisation pour motif psychiatrique ;
- amélioration de la coordination des équipes psychiatriques avec les UCSA ;
- développement de la prise en charge pluridisciplinaire, notamment des personnes détenues présentant un risque suicidaire, des personnes détenues auteurs d'infraction à caractère sexuel atteintes de troubles mentaux en lien avec l'infraction commise et de celles présentant des comportements addictifs.

- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

- **Article L1111-4 du code de la santé publique**

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)

(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005)

- Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.
Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. ...
- Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

LOI n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice
TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES À L'AMÉLIORATION DU FONCTIONNEMENT ET DE LA
SÉCURITÉ DES ÉTABLISSEMENTS PÉNITENTIAIRES

Chapitre II

Dispositions relatives à l'hospitalisation des personnes détenues atteintes de troubles mentaux

Article 48


« Art. L. 3214-1. - L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

« Art. L. 3214-2. - Sous réserve des restrictions rendues nécessaires par leur qualité de détenu ou, s'agissant des personnes hospitalisées sans leur consentement, par leur état de santé, les articles L. 3211-3, L. 3211-4, L. 3211-6, L. 3211-8, L. 3211-9 et L. 3211-12 sont applicables aux détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux...

« Art. L. 3214-3. - Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.

« Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Elle pose le principe que les hospitalisations des personnes détenues, avec ou sans consentement, seront réalisées dans les établissements de santé au sein d'unités spécialement aménagées. Les SMPR recentreront leur action sur les soins ambulatoires .



circulaire n°27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP
relative à l'actualisation du guide méthodologique
relatif à la prise en charge sanitaire des personnes
détenues et à leur protection sociale

10 janvier 2005

Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes

Partie III

Santé

Soins de santé

Règle 39

- **Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**
« le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».
 - Parallèlement à ce droit fondamental qui s'applique à toutes les personnes, les détenus disposent de protections supplémentaires en raison de leur statut. Lorsqu'un pays prive des personnes de leur liberté, il prend la responsabilité de s'occuper de leur santé au regard des conditions de détention et du traitement individuel qui peut s'avérer nécessaire du fait de ces conditions. Les administrations pénitentiaires ont la responsabilité non seulement d'assurer l'effectivité de l'accès des détenus aux soins médicaux mais également de créer les conditions qui favorisent le bien-être des détenus et du personnel pénitentiaire. Les détenus ne devraient pas quitter la prison en plus mauvaise santé que lors de leur admission. Ceci s'applique à tous les aspects de la vie carcérale et notamment aux soins de santé.
- **Recommandation (98)7 du Comité des Ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins en prison**
- **CPT, notamment dans son 3ème Rapport général (CPT/Inf (93)12).**
- Ensemble juridique de plus en plus important résultant de la jurisprudence de la **Cour européenne des Droits de l'Homme**, qui confirme qu'il appartient aux États de protéger la santé des détenus dont ils ont la garde.



Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes

Organisation des soins de santé en prison

Règle 40

- ...Il ne s'agit pas uniquement d'assurer le suivi des traitements mais également de mettre les détenus et le personnel en situation de bénéficier des développements les plus larges dans les traitements, les normes professionnelles et les formations.
- **« la politique de santé en milieu carcéral devrait être intégrée à la politique nationale de santé et être compatible avec elle ».**
...
- Droit des détenus de bénéficier d'un accès sans restriction aux services de santé disponibles dans l'ensemble du pays.
- ..., quelles que soient les circonstances, les détenus ont le droit de bénéficier des meilleurs dispositifs de soins de santé, et cela sans frais. ...



Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes



Personnel médical et soignant

Règle 41

- Assurer aux détenus un accès effectif aux soins de santé chaque fois que cela est nécessaire, ce qui implique qu'un médecin devrait être nommé dans chaque établissement pénitentiaire....
- Dans tous les cas il devrait être possible de s'assurer à tout moment des services d'un médecin pour intervenir dans les cas d'urgence.
- Outre les médecins, il devrait y avoir un personnel soignant convenablement qualifié.
- **Dans leurs relations avec les détenus, les médecins devraient appliquer les mêmes principes et normes professionnels que ceux qu'ils appliqueraient dans l'exercice de leurs fonctions à l'extérieur de la prison.**
 - Conseil international des services médicaux pénitentiaires (Serment d'Athènes) : *“ Nous, professionnels de santé qui travaillons dans les établissements pénitentiaires, réunis à Athènes le 10 septembre 1979, prenons ici l'engagement, en accord avec l'esprit du serment d'Hippocrate, que nous entreprendrons de procurer les meilleurs soins de santé à ceux qui sont incarcérés quelle qu'en soit la raison, sans préjugé et dans le cadre de nos éthiques professionnelles respectives”.*
 - Premier des Principes d'éthique médicale des Nations Unies applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes



Devoirs du médecin

Règle 42

- Prestation de soins médicaux et de conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont ils sont cliniquement responsables.
- **Evaluations cliniques relatives à la santé des personnes incarcérées devraient être fondées uniquement sur des critères médicaux.**
- La tâche des praticiens commence dès qu'une personne est admise en prison. ...
- Permettre au personnel formé à cet effet d'évaluer l'état mental d'un détenu et offrir un soutien approprié aux personnes susceptibles de s'automutiler.
- ...
- Après ce premier examen, le médecin devrait visiter tous les détenus aussi souvent que leur santé le requiert. Ce point est particulièrement important pour les détenus qui peuvent souffrir de maladies mentales ou de troubles mentaux, qui doivent faire face aux symptômes de manque consécutifs à une consommation de drogue ou d'alcool, ou qui ressentent une tension émotionnelle particulière du fait de leur incarcération. ...

Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes



Devoirs du médecin

Règle 43

- ... Les conditions dans lesquelles se déroule l'entretien avec un détenu sur ses problèmes de santé doivent être équivalentes à celles qui prévalent dans l'exercice de la médecine civile. ...Les détenus ne doivent pas être menottés ou séparés physiquement du médecin pendant les consultations médicales.

...

Recommandation Rec(2006) du Comité des Ministres aux Etats membres sur les Règles pénitentiaires européennes



Santé mentale

Règle 47

...

- Les personnes atteintes de troubles mentaux ne devraient pas faire l'objet d'une discrimination dans les établissements pénitentiaires. En particulier, le principe de l'équivalence des soins avec ceux qui sont assurés en dehors des établissements pénitentiaires devrait être respecté en ce qui concerne les soins nécessités par leur santé. Elles devraient être transférées de l'établissement pénitentiaire à l'hôpital si leur santé l'exige. Les personnes atteintes de troubles mentaux, détenues dans les établissements pénitentiaires, devraient pouvoir bénéficier d'options thérapeutiques appropriées. Le traitement involontaire pour des troubles mentaux ne devrait pas avoir lieu dans les établissements pénitentiaires, sauf dans des services hospitaliers ou médicaux adaptés au traitement des troubles mentaux. ...



- Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005 – 2008

- plan régional de santé publique
 - schéma d'organisation sanitaire

- Article L1411-11 du Code de la santé publique

- Sectorisation psychiatrique

- Articles L3221-1 et R3221-1 du Code de la santé publique

La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

- Article L3214-1 du Code de la santé publique

L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée.

Organisation actuelle du dispositif de soins psychiatriques.

Dans les 188 établissements pénitentiaires français, l'organisation actuelle repose sur :

- • **les 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP)**, dont la structure pivot est le service médico-psychologique régional (SMPR), service à vocation régionale, implanté dans les établissements pénitentiaires ;
- • **les 129 secteurs de psychiatrie générale (SPG) et le cas échéant infanto-juvénile (SPIJ)** qui interviennent dans les établissements pénitentiaires de leur aire géo-démographique.

Organisation actuelle du dispositif de soins psychiatriques.

Les deux niveaux de soins. En milieu pénitentiaire, il existe deux niveaux de soins : l'établissement et la région.

- Dans chaque établissement pénitentiaire, des soins ambulatoires sont ainsi assurés par les équipes de :
 - • **SPMP** dans les **SMPR** et antennes **SMPR**;
 - • **SPG** (ou **SPIJ**) dans les locaux des unités de consultations et de soins ambulatoires (**UCSA**).
- Au niveau régional, les soins diversifiés et intensifs, incluant l'hospitalisation avec consentement de la personne détenue, sont assurés par les **SMPR** au profit de la population carcérale des établissements pénitentiaires de la région qu'ils desservent.

T03 - les personnels des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des secteurs de psychiatrie générale

	Personnels mobilisés eu égard à la population couverte*		Personnels mobilisés en regard de la population prise en charge**	
	Equipe Smpr en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale en 2000	Equipe Smpr en 2003	Equipe de secteur de psychiatrie générale en 2000
Population moyenne de référence	5 332	54 013	1 299	1 045
ETP rémunérés :	pour 100 000 individus		pour 1000 patients	
- Médecins	72,9	9,8	3,0	5,1
- Internes	7,8	1,7	0,3	0,9
- Secrétaires médicales	37,4	5,9	1,5	3,1
- Personnel infirmier	188,0	99,6	7,7	51,5
- Psychologues	57,1	4,6	2,3	2,4
- Personnel socio-éducatif	19,6	5,4	0,8	2,8
- Personnel de rééducation	4,5	1,7	0,2	0,9
- Autre personnel soignant	5,0	28,3	0,2	14,6
- Autre personnel	2,0	2,2	0,1	1,1
Total ETP	394,4	159,2	16,2	82,3

* Pour les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, il s'agit du nombre d'entrants en provenance de l'état de liberté en 2003 + les présents au 1er janvier. Pour les secteurs de psychiatrie générale, il s'agit de la population moyenne âgée de 20 ans ou plus desservie par un secteur de psychiatrie générale.

** File active corrigée des patients vus une seule fois dans l'année.

Champ : France entière

Source : Drees, Rapports de secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, 2003

Dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale

- Les soins mis en œuvre sont adaptés aux troubles psychiques présentés par la personne détenue.
- Comme tout patient, la personne détenue prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui a fournies, les décisions concernant sa santé.
- La proposition des modalités de soins (consultations et entretiens individuels – dont suivi psychothérapeutique, activités thérapeutiques à temps partiel avec un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire) relève de la seule compétence du service de soins.

Dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale

- Ces soins ne peuvent pas être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne.
- Les professionnels du service de soins, dans le cadre de leur compétence, informent les patients de façon loyale, claire et appropriée sur leur état de santé. Ils tiennent compte de la personnalité du patient dans leurs explications et veillent à leur compréhension. Cette information est aussi donnée dans le souci de ne pas mettre en péril une dynamique de soins dont la fragilité peut se trouver augmentée par les bénéfices secondaires que les patients espèrent pouvoir en retirer.

Dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale

Le secret professionnel est l'un des fondements de la relation entre le médecin, le soignant et la personne malade et s'impose à toutes personnes exerçant au sein des structures médicales en milieu pénitentiaire comme en milieu libre.

Ainsi, si le secret professionnel n'exclut pas la nécessaire collaboration avec les autorités judiciaires et pénitentiaires, il ne peut qu'être respecté dans le cadre des informations échangées lors des réunions de travail avec la direction et des services du centre de détention, le SPIP notamment. « La notion de 'secret partagé' ne peut être utilement invoquée »[\[1\]](#).

[\[1\]](#) *Courrier du Conseil National de l'Ordre National des Médecins au Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Garonne en date du 9 juin 2004.*

Dispenser aux personnes détenues des soins d'une qualité équivalente à ceux prodigués à la population générale

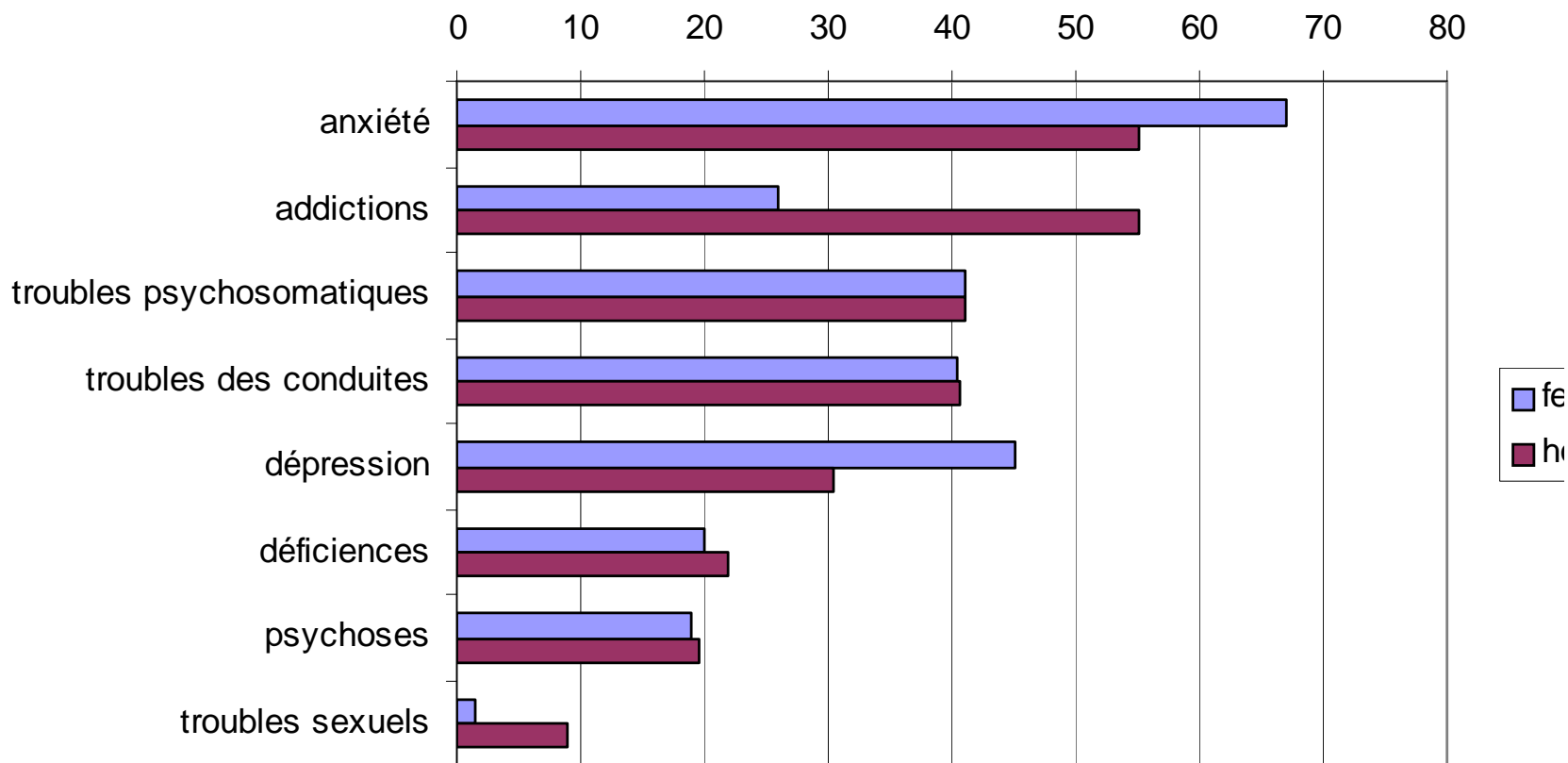
- La participation des personnels sanitaires à la commission d'application des peines n'est pas prévue par les dispositions du code de procédure pénale.
- « Les médecins (...) dont le rôle est de soigner la population détenue ne peuvent, sans susciter une confusion fâcheuse et risquer de perdre la confiance des patients, intervenir dans les décisions du juge de l'application des peines » [\[1\]](#) .

[\[1\]](#) *Courrier du Conseil National de l'Ordre National des Médecins au Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Garonne en date du 9 juin 2004.)*

besoins en santé mentale en milieu pénitentiaire

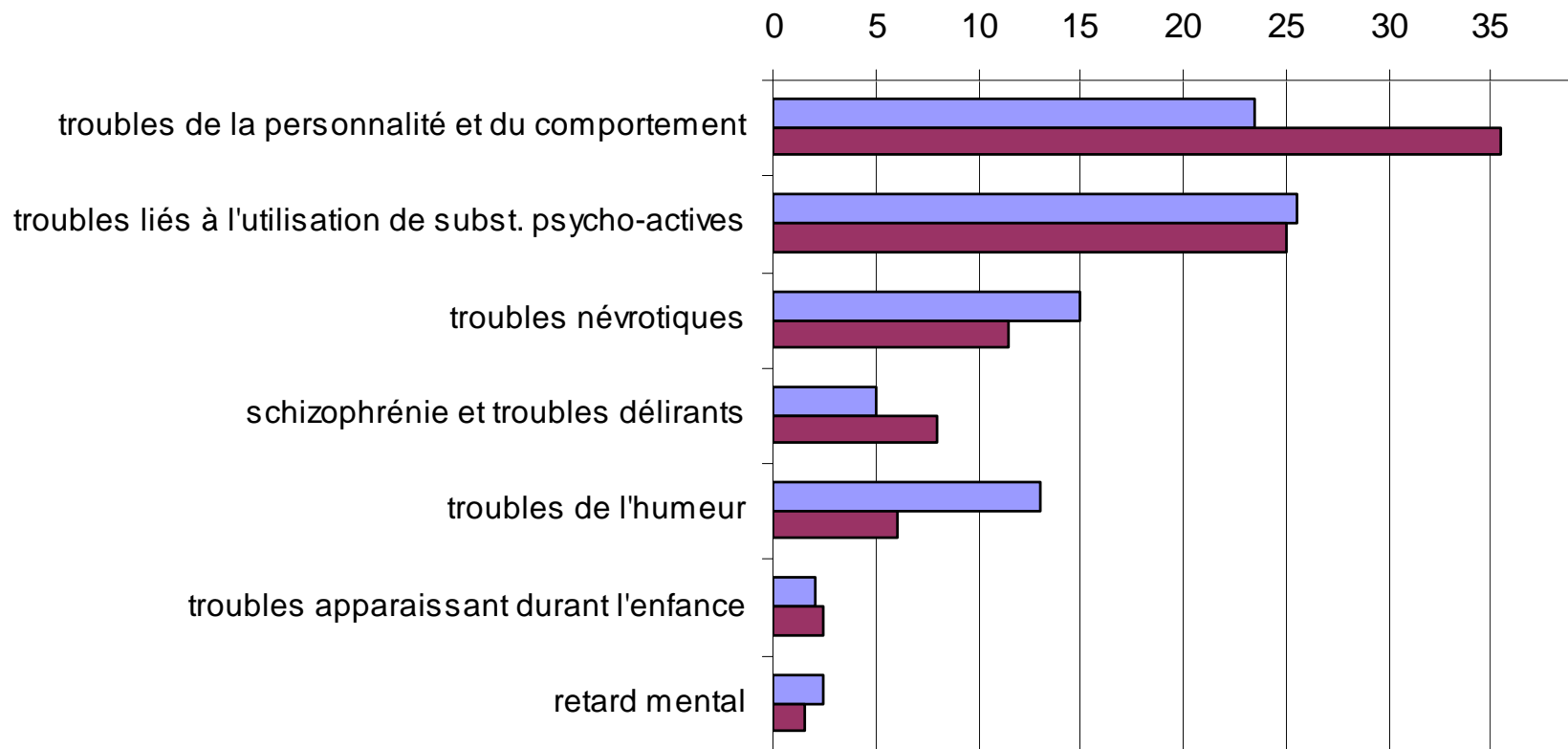
- enquête de 1997 sur la santé des entrants en prison
- enquête de 2001 dans les établissements pénitentiaires disposant de services médico-psychologiques régionaux (SMPR)
 - troubles addictifs dans la population pénale ;
 - suicide en milieu pénitentiaire ;
 - troubles mentaux chez les auteurs d'infractions sexuelles.

**Fréquence des troubles à l'entrée selon le sexe parmi les entrants
présentant des troubles (55% des entrants)**



Source : enquête nationale sur la population prise en charge par les SMPR, DREES-GFEP, juin 2001

Fréquence des grands groupes de pathologies parmi les détenus suivis au SMPR



Source : enquête nationale sur la population prise en charge par les SMPR, DREES-GFEP, juin 2001

LA MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE DE LA POPULATION CARCÉRALE

Enquête épidémiologique, conduite par le professeur Rouillon en 2003-2004, sur l'état de la santé mentale.

- **Près d'un millier de personnes incarcérées**
 - 800 hommes
 - 100 femmes
 - 100 personnes incarcérées dans les DOM TOM
- **23 établissements pénitentiaires**
- **échantillon représentatif de la population carcérale**

: Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques actuels dans la population carcérale française masculine (diagnostics consensuels du binôme d'enquêteurs pondérés sur les poids actuels réels des incarcérations en maisons d'arrêt, centres de détention et maisons centrales)

Frédéric Rouillon :

Quelles sont les données actuelles sur les troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ?

**Audition Publique
organisée par
la Fédération Française de
Psychiatrie
25 et 26 janvier 2007**

*Falissard B. and Rouillon F.
Prevalence of mental disorders in French
prisons for men.*

BMC Psychiatry 2006

<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/33>.

	Estimation de la prévalence « population carcérale masculine française »*
Troubles thymiques	
Syndrome dépressif	40,3%
Dépression endogène-Mélancolie	7,5%
Etat dépressif chronique	7,4%
Manie/hypomanie	6,2%
Troubles bipolaires	4,7%
Symptômes psychotiques contemporains des épisodes thymiques	1,8%
Troubles anxieux	
Attaques de panique / névrose d'angoisse	7,6%
Agoraphobie	16,7%
Phobie sociale	16,3%
Névrose obsessionnelle	9,2%
Névrose traumatique	19,6%
Anxiété généralisée	32,7%
Dépendance aux substances	
Abus / dépendance à l'alcool (si < 6 mois d'incarcération)	31,2%
Abus / dépendance aux substances (si < 6 mois d'incarcération)	37,9%
Troubles psychotiques	
Troubles psychotiques (total)	21,4%
Schizophrénie	7,3%
Bouffée délirante aiguë	0,1%
Schizophrénie dysthymique	2,6%
Psychose chronique non schizophrénique (paranoïa, PHC...)	7,3%
Type de psychose non précisé	4,1%

Mental Illness and the Criminal Justice System

May 2, 2004

The American Psychiatric Association

Of the nearly one million persons with mental illness in the jail system,

- 70 percent are there for nonviolent offenses,
- they have serious mental illnesses,
- are likely to have a cooccurring substance use disorders,
- and are disproportionately people of color.

According to a 2002 report to Congress from the National Commission on Correctional Health Care, on any given day in the state prison systems,

- between **13.1** and **18.6 percent** of the inmates have **major depression**;
- between **2.3** and **3.9 percent** have **schizophrenia** or **other psychotic disorders**;
- **2.1** to **4.3 percent** suffer from **bipolar disorder**;
- **22** to **30.1 percent** have **anxiety disorder**;
- **6.2** to **11.7 percent** have **posttraumatic stress disorder**.

Some of these inmates wound up in jail because of their mental illnesses, while others may have

disorders that were induced or exacerbated by their contacts with the criminal justice system.

LA MORBIDITÉ PSYCHIATRIQUE DE LA POPULATION CARCÉRALE

- La mortalité par suicide y est sept fois plus élevée que dans la population générale.

Nombre de suicides annuels entre 1994 et 2005

1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
101	107	138	126	118	125	121	104	122	119	115	122

Source : *Statistiques des suicides, DAP-EMS1*

Mission des SMPR

- Repérage précoce des troubles mentaux
- Soins ambulatoires (consultations individuelles et ateliers thérapeutiques)
- **Hospitalisation sous réserve du consentement des personnes**
- Lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
- **Coordination régionale**

Mission des dispositifs de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

- Repérage précoce des troubles mentaux
 - Toute personne détenue bénéficie d'une consultation infirmière et éventuellement médicale qui permet d'aborder les antécédents, les soins antérieurs et le traitement actuel, de pratiquer un examen clinique, de prendre attache avec lien possible avec un médecin traitant (lorsque le patient en a un) afin de favoriser la continuité des soins.
- Soins ambulatoires (consultations individuelles et ateliers thérapeutiques)
- Lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

TO1 - les modalités de prise en charge dans les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire en 2003

	Nombre total (estimation nationale)		Nombre moyen par secteur	
	Patients	Jours, séances ou actes	Patients	Jours, séances ou actes
File active totale	54 248		2 086	
Vus pour la 1 ^{ère} fois	29 836		1 148	
Vus une seule fois	20 451		787	
Ambulatoire	49 539		1 905	
Exclusivement ambulatoire	42 984		1 653	
Entretien d'accueil par le SMPR	32 688	35 977	1 257	1 384
<i>Soins ou interventions :</i>				
Au SMPR	21 050	296 966	810	11 422
En établissement pénitentiaire d'implantation	11 237	158 159	432	6 083
Au quartier disciplinaire	601	3 562	26	
En autre établissement pénitentiaire	2 082	13 818	80	
En structure extérieure à la prison	1 386	8 386	53	323
Au domicile ou institution substitutive au domicile	16	27	1	
En unité de soins	48	83	2	
Autre ambulatoire	4 064	17 352	156	667
Temps partiel	3 674		141	
Exclusivement temps partiel	550		21	
<i>Accueil en :</i>				
Hospitalisation de jour ou assimilée	131	4 014	5	154
Atelier thérapeutique au SMPR	1 495	9 253		
Atelier thérapeutique en autre établissement pénitentiaire	127	481		
Atelier thérapeutique en structure extérieure à la prison	0	0		
Activité thérapeutique à temps partiel au SMPR	1 322	15 286	51	588
Activité thérapeutique à temps partiel en autre établissement pénitentiaire	151	835	6	32
Activité thérapeutique à temps partiel en structure extérieure à la prison	9	28		
Autre temps partiel	465	26 806	18	1 031
Temps complet	1 377		53	
Exclusivement temps complet	447		17	
<i>Accueil en :</i>				
Hospitalisation temps plein avec permanence de l'équipe soignante	299	17 845	12	686
Hospitalisation temps plein sans permanence de l'équipe soignante	1 293	89 870	50	3 457
Interventions en dehors de la présence du patient				
Auprès d'un professionnel d'une structure de la justice	2 153	2 552	83	98
Auprès d'un professionnel d'une structure de soins	1 157	2 447	44	94

Les taux de recours aux soins psychiatriques sont dix fois plus importants que dans la population générale (enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Dress] du ministère de la Santé).

Hospitalisation d'office

Mouvements de détenus pour HO

	1997	1998	1999	2000	2000/1997
Nombre de mouvements pour hospitalisation d'office	707	800	865	1078	+ 52 %

Source DAP bureau PMJ2 nombre de mouvements pour HO pour un ou plusieurs détenus

Audition Publique
organisée par la Fédération Française de Psychiatrie
25 et 26 janvier 2007

**HO pratiquées en application de l'article D 398 du
CPP**

687 en 1998
1 547 en 2003

x 2,25 en 5 ans

Régions Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées

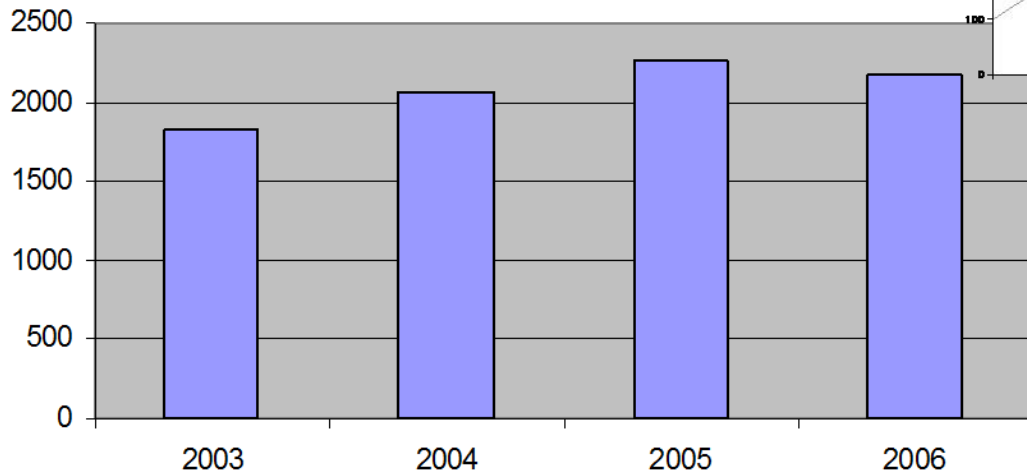
DRSP de Toulouse

années	nbre de détenus en HO	nbre de détenus orientés vers une UMD	nbre de détenus hospitalisés en SMPR
2004	145	2	160
2005	155	8	164
2006	130	6	160

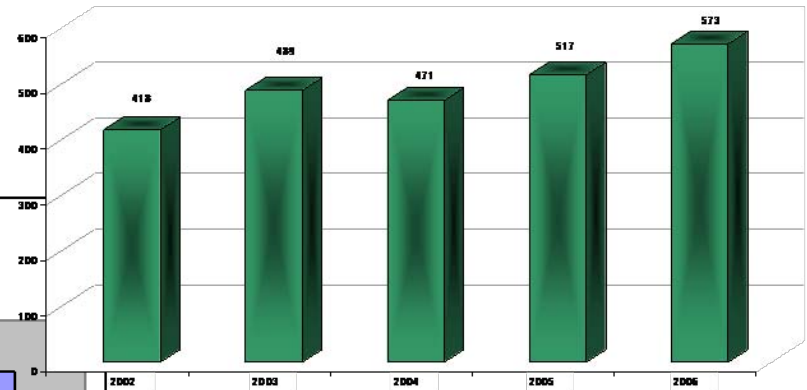
SMPR de Toulouse

2177 personnes pour le SMPR de la maison d'arrêt (milieu fermé et milieu libre, dont CMP rue du Gorp)

File active



FILE ACTIVE 2002 - 2006



573 personnes pour l'antenne du SMPR au centre de détention (milieu fermé et milieu libre, dont CMP rue du Gorp)

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2007

2007 TOU3 1521

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement par
Julie GRANIER THEMINES
Interne des Hôpitaux

Le mercredi 27 juin 2007

**APPROCHE DES RAPPORTS ENTRE
PSYCHIATRIE ET JUSTICE**

Illustration à partir de l'étude de 92 patients détenus sur Toulouse hospitalisés
d'office entre 2000 et 2006 selon l'article D398 du Code de Procédure Pénale
et/ou l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal

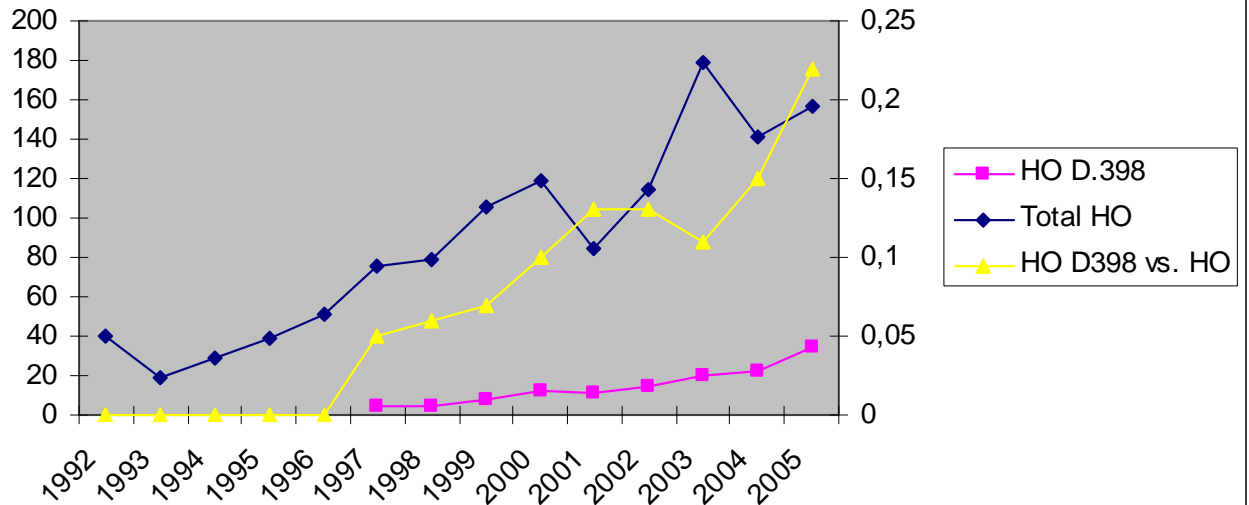
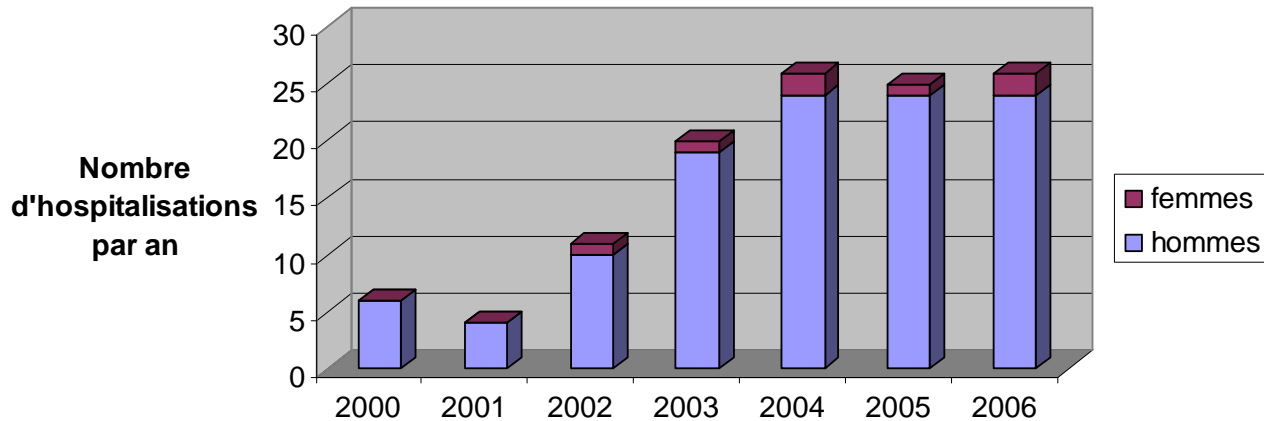
Directeur : M. le Docteur Gérard LAURENCIN

JURY

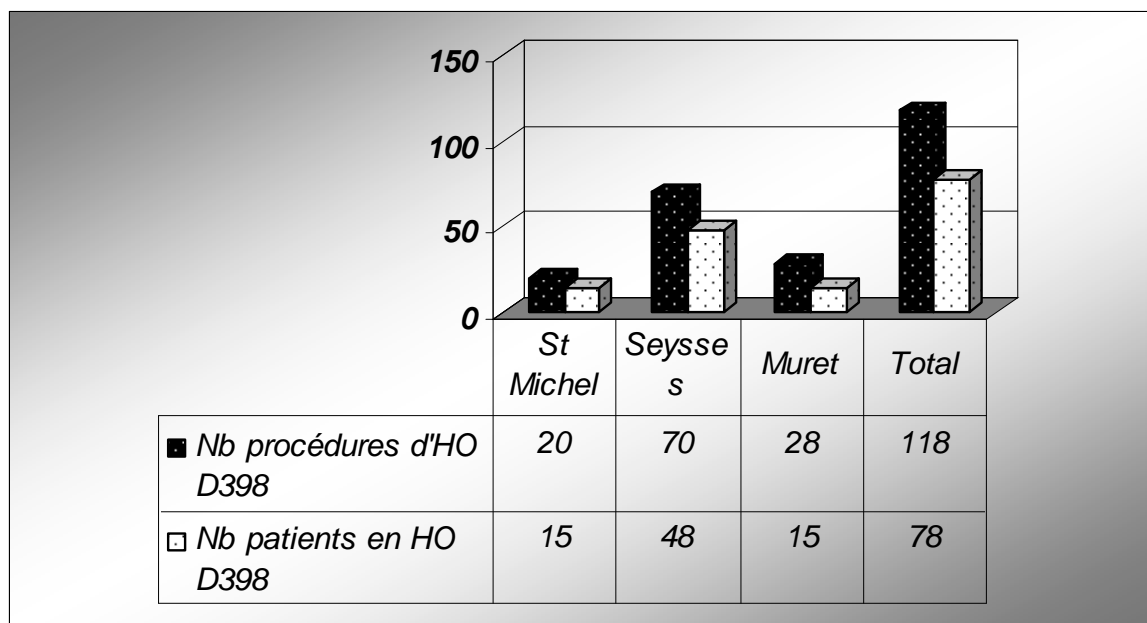
M. le Professeur Laurent SCHMITT	Président
M. le Professeur Pierre MORON	Assesseur
M. le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
M. le Professeur Philippe BIRMES	Assesseur
M. le Docteur Pierre-André DELPLA	Suppléant
M. le Docteur Gérard LAURENCIN	Membre invité
M. le Docteur Radoine HAOUI	Membre invité

HO D398 (années 2000-2006)

HO D398



HO D398 (années 2000-2006)



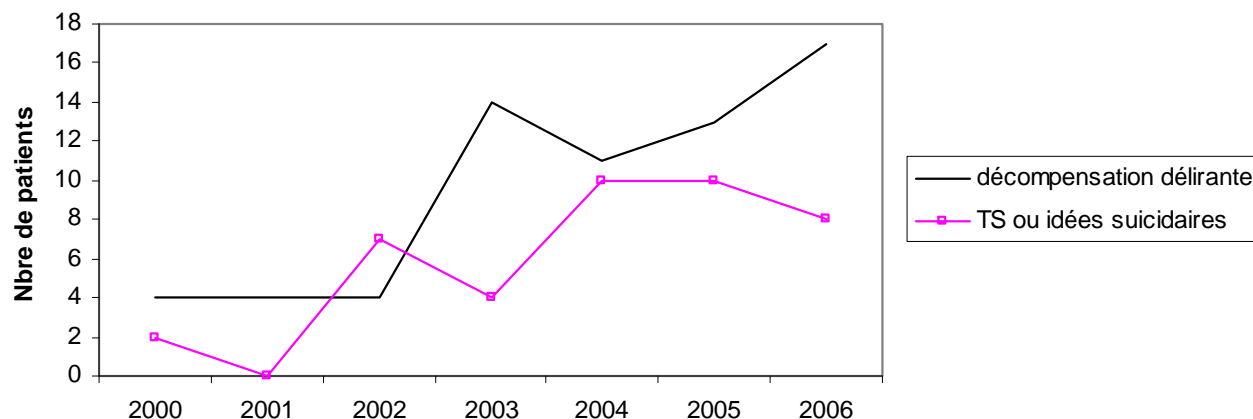
➤ *23,73 % des procédures concernent des patients provenant du centre de détention*

➤ *80,77 % des patients proviennent de maison d'arrêt*

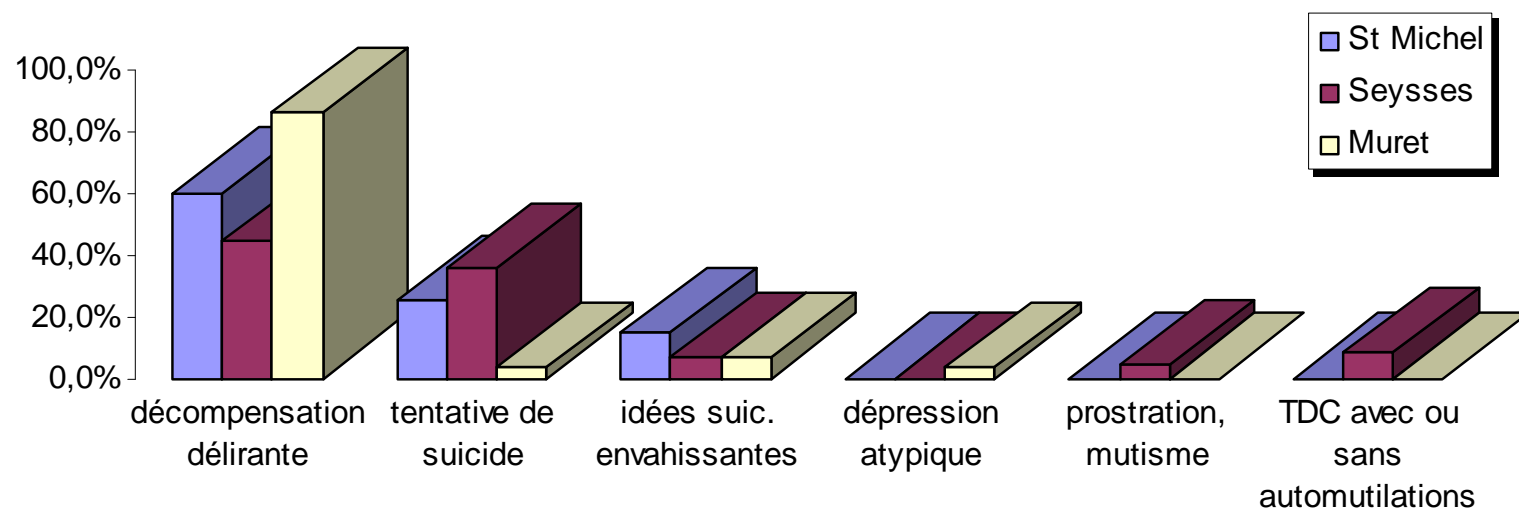
	Nombre HO D398							Total
	1	2	3	4	5	7		
Nombre patients	55	15	4	1	2	1	78	
% patients	70,5%	19,2%	5,1%	1,3%	2,6%	1,3%	100,0%	

29,5 % des patients hospitalisés : 53,4% des procédures

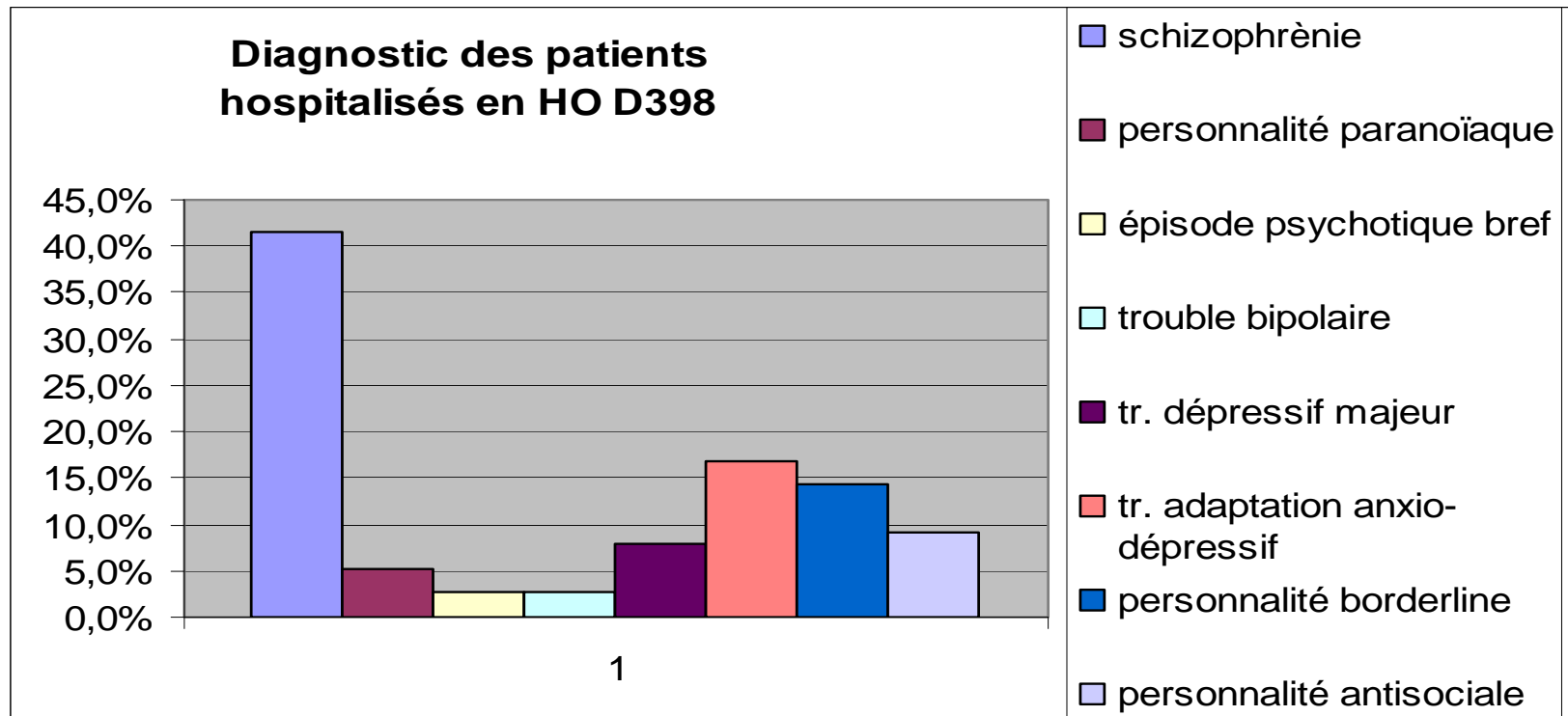
HO D398 (années 2000-2006)



Motif d'hospitalisation en HO D398



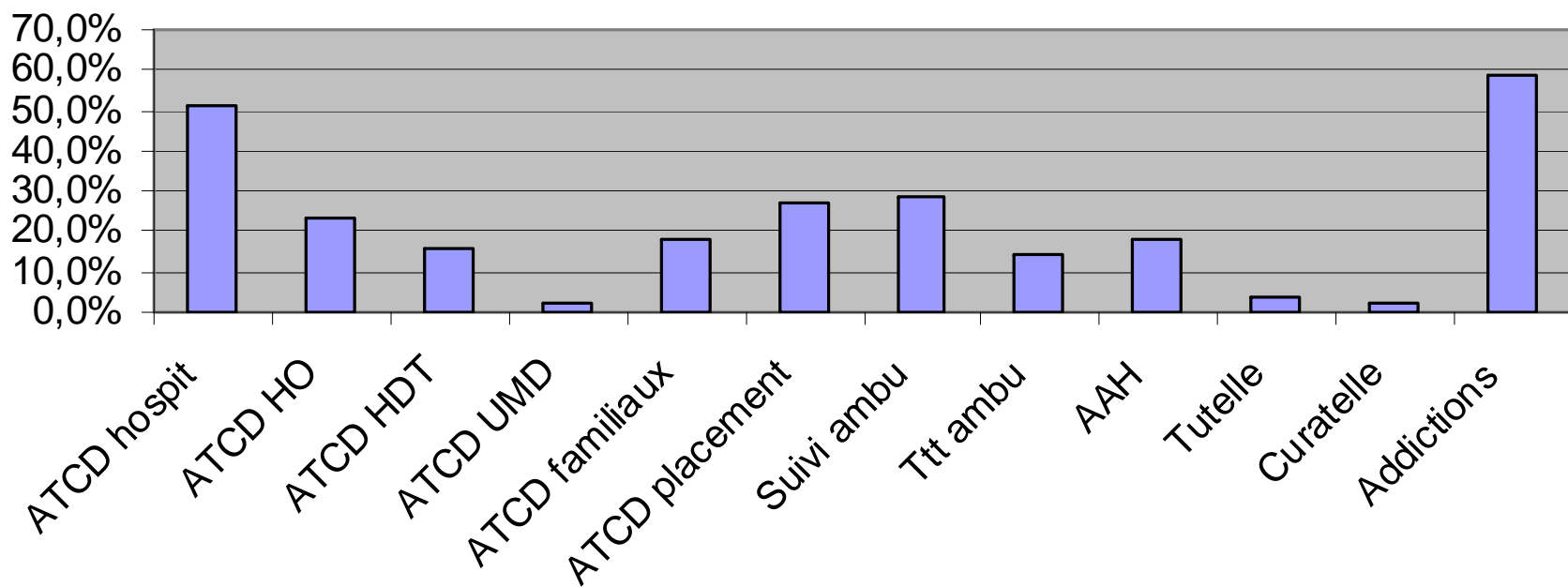
HO D398 (années 2000-2006)



Troubles psychotiques: 49,4 %

HO D398 (années 2000-2006)

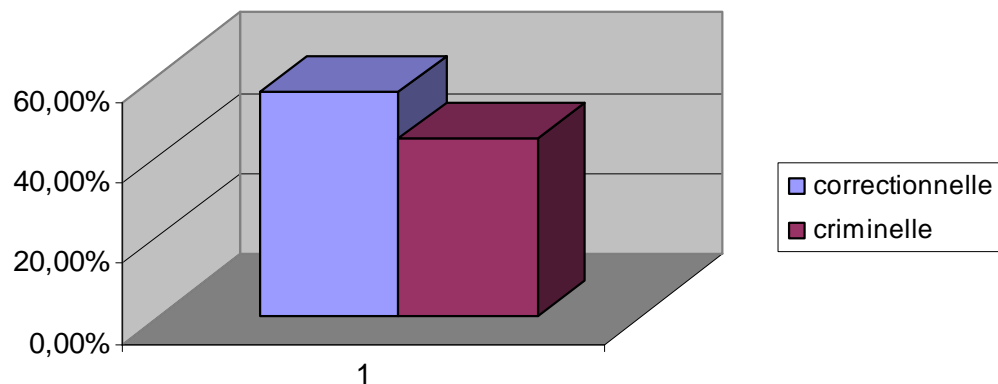
Antécédents des patients hospitalisés en HO D398



Addictions: dans 7 cas sur 10 à au moins de deux substances
(le plus souvent: *alcool* et *cannabis*)

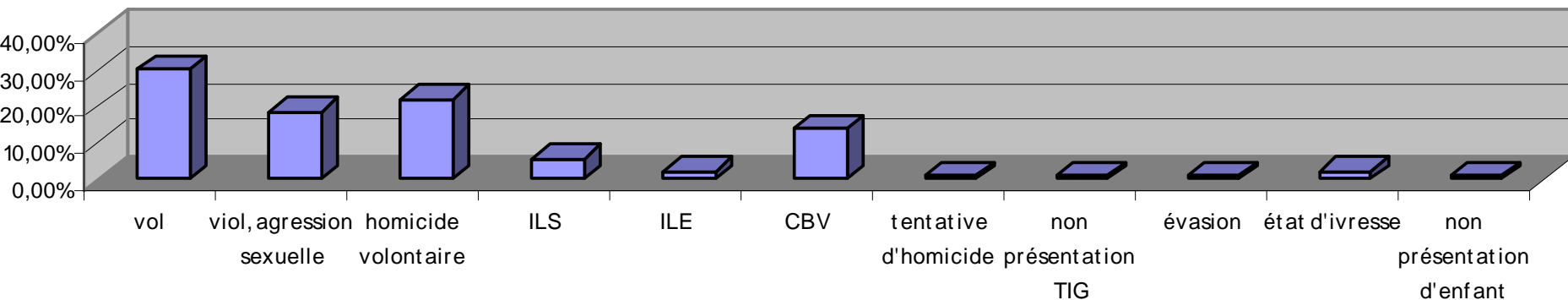
HO D398 (années 2000-2006)

Type de procédure judiciaire concernant les patients hospitalisés en HO D398

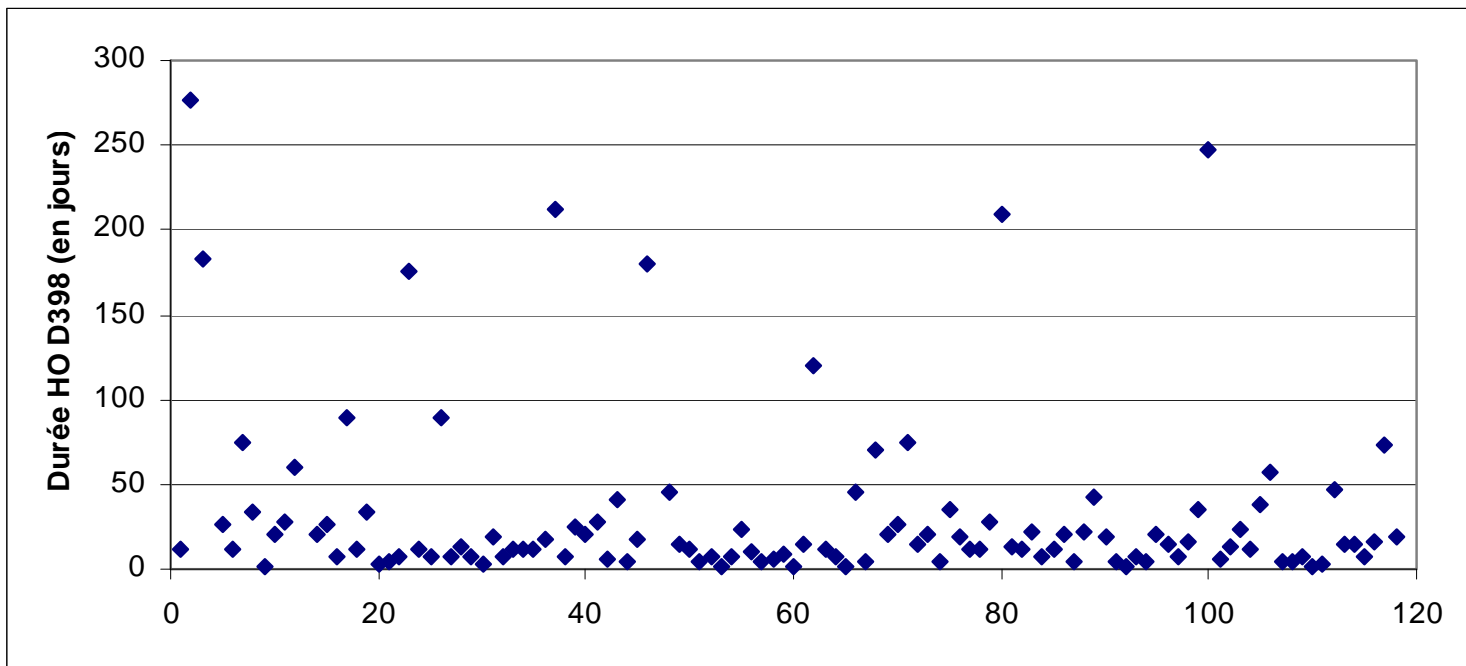


- *40,7% : prévenus*
- *55,9% : condamnés*
- *3,4% : en procédure d'appel*

Motif d'incarcération des patients hospitalisés en HO D398



HO D398 (années 2000-2006)



DMS: 31,8 jours ($\pm 51,2$)

Médiane: 14 [1 ; 276]

moins d'un mois					1 à 2 mois	2 à 3 mois	4 à 6 mois	> 6 mois
< 1 sem	1 à 2 sem	2 à 3 sem	3 à 4 sem	Total				
33	25	18	13	89	12	6	3	5
28,7%	21,7%	15,7%	11,3%	77,4%	10,4%	5,2%	26,1%	4,3%



**American Psychiatric Association,
1000 Wilson Blvd., Suite 1825, Arlington, VA 22209**

February 20, 2004

**APA Convenes Summit with Experts and Key
Advisory Groups to Address Current Epidemic of
Mentally Ill in the Criminal Justice System**

Arlington, Va. – The American Psychiatric Association held a meeting recently regarding the need to work with all levels of government to treat individuals who are mentally ill in community-based mental health systems rather than in institutions of the criminal justice system...

Mental Illness and the Criminal Justice System

May 2, 2004

The American Psychiatric Association

“Three times as many mentally ill individuals are in U.S. prisons than are in U.S. mental wards.”

“Prisons No Place for the Mentally Ill”

San Diego Union-Tribune, Feb. 13, 2004

Mental Illness and the Criminal Justice System

May 2, 2004

The American Psychiatric Association

People with mental illnesses are....

- ✓ Significantly overrepresented in jails and prisons
- ✓ Much more expensive to incarcerate than other inmates
- ✓ Incarcerated longer than other inmates
- ✓ Better served, economically and medically, with treatment in their communities

Mental Illness and the Criminal Justice System

May 2, 2004

The American Psychiatric Association

- Our jails and prisons and the juvenile justice system have become the primary mental health care facilities in the United States today. This is a function these institutions are neither designed nor equipped to handle.
- People with mental illness comprise one of the most vulnerable and treatable populations in our society, and they are being housed in our most punitive institutions. This is wrong, clinically, fiscally and morally; and something must be done about it.

Mental Illness and the Criminal Justice System

May 2, 2004

The American Psychiatric Association

“It used to be the state hospital was the facility of last resort; today the jails and prisons are the facilities of last resort.”

H. Richard Lamb, M.D.,


Professor of Psychiatry, UCLA

Marc Renneville,

« Crime et folie. Deux siècles d'enquêtes médicales et judiciaires », Fayard, 2003

□ "D'une folie à l'autre"

"la prison tend à devenir le dernier refuge de l'enfermement thérapeutique.... Cette collusion asilo-pénitentiaire conforte dans l'opinion publique... l'image du criminel pathologique et la légitimité d'un enfermement punitif réduit à une contention sécuritaire. La folie du crime pourrait bien être ainsi devenir l'ultime justification de la prison....Les sociétés ont les systèmes punitifs qu'elle méritent (p.435-436).... »



Le CCNE (Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé) en appelle de manière urgente aux pouvoirs publics, aux élus, au législateur, et aux autorités sanitaires pour qu'ils prennent toutes dispositions afin que la prison ne se substitue plus à l’hôpital psychiatrique, en raison d’une part des moyens décroissants accordés en France aux secteurs psychiatriques, et d’autre part d’une réticence croissante de notre société à accepter de soigner et d’accompagner, et non pas de punir, les personnes ayant commis des infractions à la loi par déraison.

Comité Consultatif National d’Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. La santé et la médecine en prison 2006. N°094.



Evolution du contexte

Dangerosité

L'article D49-24 du code de procédure pénale modifié par le décret n°2007-699 du 3 mai 2007 relatif au renforcement de l'équilibre de la procédure pénale et à la prévention de la délinquance, précise :

- *« Sans préjudice de l'obligation de procéder à une expertise des condamnés relevant des dispositions de l'article 712-21, le juge ou le tribunal de l'application des peines peut, conformément aux dispositions de l'article D. 574, demander au service pénitentiaire d'insertion et de probation de procéder à une synthèse socio-éducative du condamné détenu avant sa libération, afin d'apprécier sa dangerosité et le risque de récidive.*
- *A cette fin, le juge peut également demander une expertise psychiatrique ou psychologique de l'intéressé, notamment si celui-ci a été condamné pour crime. »*

Irresponsabilité pénale

- Lors de la séance du 13 septembre 1994, le Sénat a adopté l'amendement proposant la rédaction de l'article 199-1 du code de procédure pénale, modifié depuis par la loi n°2000-516 du 15 juin 2000 et qui désormais se lit ainsi :
 - *« en cas d'appel d'une ordonnance de non-lieu motivée par les dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, la chambre de l'instruction doit, à la demande de la partie civile, ordonner la comparution personnelle de la personne mise en examen, si l'état de cette dernière le permet. Cette demande doit, à peine d'irrecevabilité, être présentée en même temps que la demande d'appel. Si la comparution personnelle de la personne mise en examen a été ordonnée, et si la partie civile ou son avocat en fait la demande dès l'ouverture des débats, ceux-ci se déroulent et l'arrêt est rendu en séance publique, sauf si la publicité est de nature à nuire à l'ordre public ou aux bonnes mœurs ; la chambre de l'instruction statue sur cette demande de publicité, après avoir recueilli les observations du procureur général, de la personne mise en examen et de son avocat ainsi que, le cas échéant, des avocats des autres parties, par un arrêt rendu en chambre du conseil qui n'est susceptible de pourvoi en cassation qu'en même temps que l'arrêt portant sur la demande principale.*
 - *Les experts ayant examiné la personne mise en examen doivent être entendus par la chambre de l'instruction. »*

Evolution de nombre de dossiers art. 64 puis 122-1 al 1 du CP de 1987 à 2003
et pourcentage des affaires criminelles

e	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
	444		511		372		370		340		190	211	286	287	299	285	233
	0,46	0,51	0,67	0,55	0,51	0,72	0,61	0,51	0,46	0,42	0,28	0,45					

Source : annuaire statistique de la justice 2005 et répertoire de l'instruction du ministère de la Justice 2005

Nombre d'Hospitalisation d'Office suite à la déclaration d'irresponsabilité pénale
pour troubles mentaux

1998	1999	2000	2001	2002	2003
234	221	230	234		263

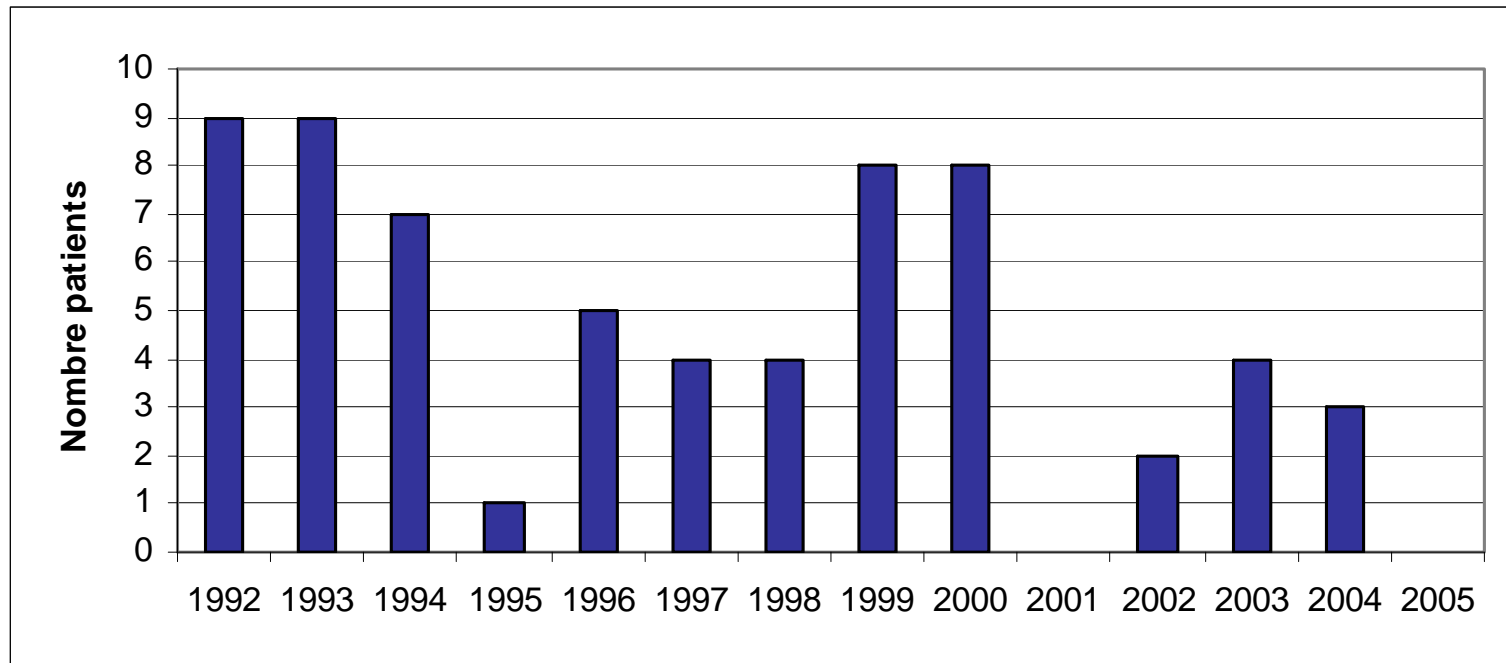
Source : annexe statistique des rapports d'activité des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

Durée moyenne de l'information judiciaire en cas de non-lieu pour
irresponsabilité dans le cadre de troubles mentaux (en mois)

1998	1999	2000	2001	2002	2003
13,2	16,3	16	20,6	22,8	26,8

Source : annuaire statistique de la justice 2005

Nombre de patients relevant de l'article 122-1 al 1 en Haute Garonne entre 1992 et 2005



Source : DDASS Haute-Garonne

Obligation de soins, suivi socio-judiciaire et injonction de soins

- la loi n°54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Instituant un double signalement aux autorités, à la fois sanitaires et judiciaires,
 - permettait à une personne, dont l'abus ou la dépendance à une ou des substances était jugée dangereuse pour elle ou pour autrui, d'éviter les poursuites pénales si elle acceptait de se soigner.
- dans la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses,
 - le législateur a permis au procureur de la République d'« enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale (...), l'action publique n'étant pas exercée à l'égard des personnes qui se conforment au traitement médical qui leur est prescrit et le suivent jusqu'à son terme ». Dans les faits, cette loi n'a été que très rarement utilisée.
- Lorsque les poursuites n'ont pu être évitées, mais avant le jugement, il est aussi possible de soumettre une personne poursuivie « à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de désintoxication » (loi 70-643 du 17 juillet 1970 tendant à renforcer la garantie des droits individuels des citoyens).


Depuis 1958, une juridiction de jugement ou le juge d'application des peines peuvent imposer à une personne condamnée à une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve de

« 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 ». (Article 132-45 du code pénal modifié par la loi n°2007-297 du 5 mars 2007).

Suivi socio-judiciaire

Article 706-47 du Code de Procédure Pénale :

« Les personnes poursuivies pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour l'une des infractions visées aux articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal doivent être soumises, avant tout jugement au fond, à une expertise médicale. L'expert est interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. 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 718. »



La durée maximale du suivi socio-judiciaire a été allongée par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité, qui prévoit la possibilité d'un suivi sans limitation de durée, en répression des crimes punis de la réclusion criminelle à perpétuité.

La loi du 12 décembre 2005

- intègre de nouvelles infractions au champ d'application du suivi socio-judiciaire. Outre les infractions sexuelles, sont désormais visées toutes les atteintes criminelles à la vie, tous les enlèvements et séquestrations, les actes de torture et de barbarie, et la destruction volontaire de biens par explosif ou incendie.
- modifie le contenu du suivi socio-judiciaire a également été modifié, en ajoutant notamment le placement sous surveillance électronique mobile.

Article D147-31

(inséré par Décret n° 2006-385 du 30 mars 2006 art. 2 Journal Officiel du 31 mars 2006)

Les crimes et délits pour lesquels le suivi socio-judiciaire est encouru et qui sont susceptibles, conformément aux dispositions des articles 723-29 à 723-37, de donner lieu à la surveillance judiciaire d'un condamné dès lors que la peine privative de liberté prononcée est égale ou supérieure à dix ans sont :

1° Les crimes d'atteintes volontaires à la vie prévus par les articles 221-1 à 221-5-1 du code pénal ;

2° Les crimes d'actes de tortures et de barbarie prévus par les articles 222-1 à 222-6 du code pénal ;

3° Les crimes de viols prévus par les articles 222-23 à 222-26 du code pénal ;

4° Les délits d'agressions sexuelles prévus par les articles 222-27 à 222-31 du code pénal ;

5° Les crimes d'enlèvement et de séquestration prévus par les articles 224-1 à 224-5-2 du code pénal ;

6° Les délits de corruption de mineurs et d'atteintes sexuelles sur mineur de 15 ans prévus par les articles 227-22, 227-23, 227-25 et 227-26 du code pénal ;

7° Les destructions, dégradations et détériorations dangereuses pour les personnes prévues par les articles 322-6 à 322-10 du code pénal, à l'exception de l'article 322-6-1.

- De plus, le législateur a prévu, dans l'article L.3711-3, que le médecin traitant pourrait prescrire au condamné, avec l'accord écrit de celui-ci, « *des médicaments (...) qui entraînent une diminution de la libido, même si l'autorisation de mise sur le marché n'a pas été délivrée pour cette indication* ». ».
Il s'agit donc d'une prescription sans AMM (Autorisation de Mise sur le Marché).
 - Le 21 juillet 2006, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a accordé une extension d'indication au seul acétate de cyprotérone (Androcur® 100 mg en comprimés sécables) pour la réduction des pulsions sexuelles dans les paraphilies en association à une prise en charge psychothérapeutique.
- Le professionnel traitant peut être un psychologue, depuis la loi du 12 décembre 2005.

Tableau : Condamnations à des peines de suivi socio-judiciaire

2000	2001	2002	2003
265	421	642	795
	+ 58,80%	+ 52,50%	+ 23,80%

Source : casier judiciaire national. Traitement Pôle études et évaluation (mars 2005)

surveillance judiciaire

La mesure de surveillance judiciaire est définie dans l'article 723-39 de la loi du 12 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 721-1

(Loi n° 75-6241 du 11 juillet 1975)

(Loi n° 86-1021 du 9 septembre 1986)

(Loi n° 97-1159 du 19 décembre 1997)

(Loi n° 98-468 du 17 juin 1998)

(Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000)

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005)

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 du juge de l'application des peines, prise après avis de la commission de l'application des peines, **les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru et qui refusent de suivre le traitement qui leur est proposé pendant leur incarcération, ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale.**

Article 717-1

(Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004)

(Loi n° 2005-1549 du 12 décembre 2005)

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 pénitentiaires 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.

Article R57-5

(Décret n° 99-818 du 16 septembre 1999)

(Décret n° 2006-337 du 21 mars 2006)

Les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire, quel qu'en soit le motif, ainsi que les personnes condamnées pour le meurtre ou l'assassinat d'un mineur de quinze ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou d'actes de barbarie ou pour toute infraction visée aux articles 222-23 à 222-32 et 227-25 à 227-27 du code pénal exécutent leur peine dans les établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté. Ces établissements sont les suivants :

1° Les établissements pénitentiaires sièges d'un service médico-psychologique régional ;

2° Les établissements pour peines dotés d'une unité fonctionnelle rattachée à un service médico-psychologique régional ;

3° Les établissements pénitentiaires dans lesquels intervient le secteur de psychiatrie générale en application des protocoles prévus par les articles R. 711-10 et R. 711-17 du code de la santé publique ;

4° *Les établissements pénitentiaires dans lesquels le suivi médical est régi par une convention passée dans le cadre de la loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.*



L'incitation aux soins

Incitation aux soins

■ **inciter**

Moyen français *inciter*, du Latin *incitare*, *in-* + *citare*:
mettre en mouvement

□ **citer**

Moyen français *citer*, du Latin *citare*: citer

■ **kinesis**

Nouveau Latin, du Grec *κίνησις* : un mouvement qui manque
d'orientation directionnelle et qui dépend de l'intensité de
stimulation

La psychanalyse confrontée à la violence criminelle

Claude Balier

Conférence Vulpian, mai 2002

*Observons les **fonctions respectives du juge, de la prison et du thérapeute.***

*Le premier ordonne la sanction et la contention, avec le but de responsabiliser le sujet. Mais à son insu, il est complice du clivage, ce que nous montrent bien les détenus. "J'ai fait une faute, je paye c'est normal, et maintenant c'est fini, c'est du passé". Ce que vient corriger **l'incitation aux soins**, obligeant au moins à un premier entretien de nature thérapeutique.*

La seconde, la prison, par son rôle de contenance, avec ses règles strictes, cadre le débordement de l'excitation, qui peut d'ailleurs être réveillé sous forme d'angoisse par l'effort thérapeutique.

Le thérapeute, ainsi placé hors du souci du risque de débordement de l'excitation, ce qui n'est pas le cas rappelons-le dans les conditions offertes par un environnement exclusivement médical, fût-ce un hôpital, peut alors se consacrer en priorité à sa fonction la plus importante : accéder, par la compréhension des processus intra-psychiques, à la détresse initiale camouflée par le clivage.

Incitation aux soins

IB1 - Les modalités de prise de contact avec les structures de soins psychiatri

Dr Betty Brahmy

...

La question de la demande

La demande du patient pour obtenir une prise en charge psychiatrique mais aussi psychothérapique ou psychologique est au coeur de la pratique des professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale. Il s'agit d'exiger que le patient soit capable de formuler lui-même une demande de soins. ...

Il est fréquent que le patient arrive à une consultation « psy » avec une plainte qui n'implique pas du tout d'emblée l'idée pour le patient de la nécessité de la mise en oeuvre d'une prise en charge. Il faut alors que la « demande » de soins soit élaborée par un membre de l'équipe soignante avec le patient. ...

En prison, les mêmes types de situations peuvent se rencontrer mais elles sont aggravées par l'organisation spécifique du milieu pénitentiaire : patient incapable de faire appel au dispositif de soins du fait de sa pathologie mentale mais aussi du fait de la barrière intellectuelle ou linguistique...

*Un certain nombre de détenus initient également une démarche de soin **après incitation « appuyée »** d'un magistrat (rappelons qu'il ne peut exister de réelle obligation de soin en milieu pénitentiaire mais que des aménagements ou remises supplémentaires de peines sont couramment et explicitement conditionnés par l'initiation d'une prise en charge).*

Ceux qui ont l'expérience du soin contraint (obligation de soin, injonction de soin, injonction thérapeutique) savent que c'est une forme possible, voire privilégiée pour certains patients initialement extrêmement réticents à toute approche « psy », d'entrer en contact avec les soins et de s'y soumettre ensuite de plein grès et de manière bénéfique, au point d'en oublier le caractère contraint.

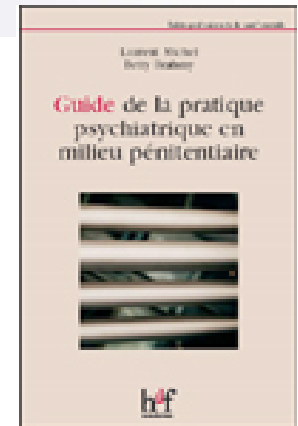
Il est clair qu'il faut donc faciliter l'accès aux soins à toutes les personnes détenues quel que soit leur situation personnelle.



Incitation aux soins

IIB3.2 - L'organisation des soins en addictologie

Dr Laurent Michel



L'intervention en addictologie dans le contexte carcéral comprend les mêmes étapes que celle en milieu ouvert.

- Information – formation – prévention.*
- Repérage – dépistage.*
- **Incitation aux soins** – abord motivationnel.*
- Soins proprement dits.*
- Préparation à la sortie.*
- Relais post-pénal éventuel.*

***Incitation aux soins** – abord motivationnel*

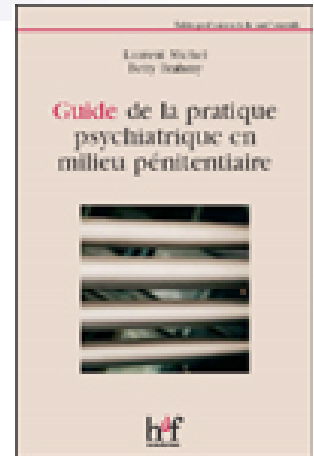
... les premiers contacts doivent être attentifs, empathiques et répondre à des besoins éventuellement utilitaires, sur le même mode que les structures de première ligne et de réduction de risques en milieu ouvert.

De manière générale, les principes généraux de l'entretien motivationnel classique peuvent être repris ici, mais à titre collectif.

Incitation aux soins

**IID5 - La prise en charge des délinquants sexuels :
évaluation, suivi en milieu carcéral et articulation
avec la loi du 17 juin 1998**

Dr Sophie Baron-Laforêt



Débuter les soins

L'incitation à la rencontre. L'évaluation

La rencontre se fait rarement à la demande du justiciable.

Soit il s'agit d'une demande induite par l'avocat, le travailleur social, la famille, le service pénitentiaire...

Et il faut reconnaître cette situation sans la dévaloriser.

Soit il faut pouvoir inciter à la rencontre en proposant par exemple des entretiens systématiques.

L'accueil des arrivants en prison est un moment connu des équipes de soins.

Deux autres temps de la détention doivent être soulignés :

– Après le jugement, dans les semaines qui suivent, c'est un moment propice pour des rencontres d'évaluations.

– Quelques mois (6 mois ou plus) avant la sortie de prison.

L'utilisation de médiation, grille d'entretien, comme le QICPAAS, questionnaire d'investigation clinique pour auteurs d'agressions sexuelles, peuvent être utiles.

Incitation aux soins

PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE - 2005 - 2008

Axe 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques

4.2 Des actions Santé/Justice

4.2.2 Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles

Contexte

...

L'intrication des champs santé et justice dans ce domaine provient à la fois du type d'actes commis, qui constituent des infractions pénales, et de la fréquence des troubles psychiques à l'origine de tels actes, ainsi que d'une absence courante de demande de soins en dehors d'une obligation.

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs constitue une avancée majeure en matière de soins pénalement ordonnés à travers la création d'une mesure nouvelle, l'injonction de soins, qui peut-être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire prévu par la loi et dont la mise en œuvre s'effectue à l'issue de l'incarcération, en milieu libre. Une **incitation aux soins** doit cependant être faite durant l'incarcération.

Incitation aux soins

II-2.4.4.3 - Les auteurs d'infractions sexuelles

...

La demande de soins peut être formulée de diverses façons :

- spontanément par la personne elle-même ;
- sur **incitation réitérée** des équipes soignantes en l'absence de demande.

Cette demande de soins peut intervenir à tout moment durant le cursus pénitentiaire (en début d'incarcération, avant ou après le jugement, en vue de la préparation à la sortie...). Quelle que soit l'origine de la demande, son authenticité sera évaluée par le psychiatre ou le psychologue traitant. Par ailleurs, ces derniers s'attacheront à susciter une demande de soins à partir d'un symptôme banal (anxiété, insomnie, dépression...).

Les méthodes sanitaires d'intervention dans la phase **d'incitation aux soins** peuvent relever de méthodes de travail de groupe, à distinguer de celui à visée thérapeutique, également utilisé dans la prise en charge psychiatrique des auteurs d'infractions sexuelles. Ces méthodes de groupe sont jugées intéressantes au niveau international et méritent d'être plus largement expérimentées en France.

....

Concernant **l'incitation aux soins**, la question du recueil de la demande de soins doit au préalable être clarifiée. Il apparaît souhaitable que l'équipe psychiatrique soit impliquée au plus tôt.



Le juge et les soins, entre incitation et injonction

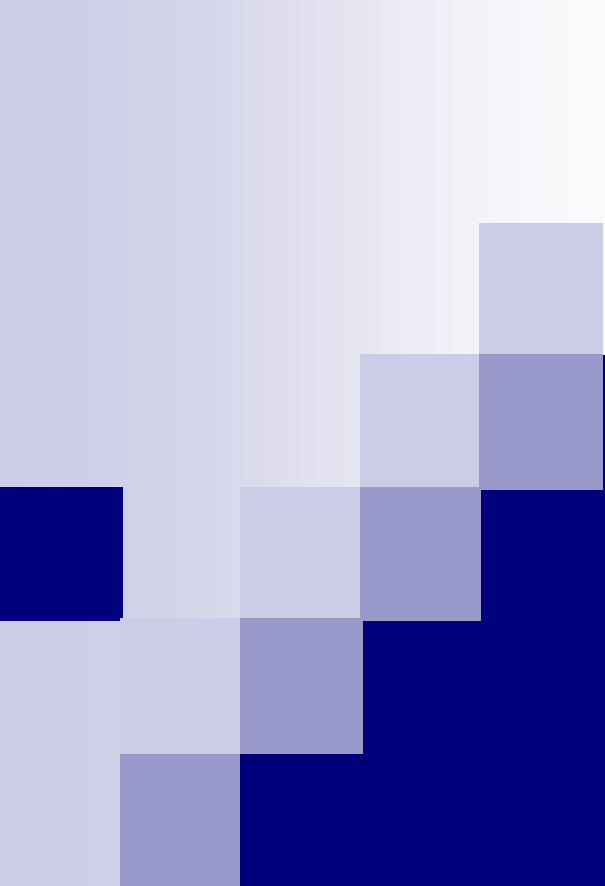
*Florence Bru, Nathalie Recoules et Alain Vogelweith,
juges des enfants au tribunal de Créteil.*

N° 12 – 2000/4

- *La question des soins, du point de vue judiciaire, doit ainsi toujours être mise en perspective avec la notion de danger.*
- ...
- *L'injonction thérapeutique se heurte à l'absence d'un véritable dialogue entre judiciaire et thérapeutique sur la question de la contrainte/ demande. Est-il possible d'imaginer que le thérapeute parvienne, à partir de l'injonction prononcée par le juge, à faire émerger une demande et à travailler le contenu d'une relation patient-soignant sans que celle-ci ne soit « polluée » par la contrainte judiciaire ?*
- ...
- *Le juge aurait sans doute beaucoup à apprendre de la façon dont une injonction peut être abordée par le soignant afin de pouvoir, lors de l'audience, poser l'obligation de soins dans des conditions moins aléatoires.*

Le juge et les soins, entre incitation et injonction
Florence Bru, Nathalie Recoules et Alain Vogelweith,
juges des enfants au tribunal de Créteil.
N° 12 –2000/4


- *difficulté à articuler le cadre judiciaire avec le cadre thérapeutique.*
- *nécessité, entre les différents intervenants, de l'élaboration d'une stratégie en réseau qui fait souvent défaut*
 - *tant en raison des contraintes institutionnelles*
 - *que de l'absence d'un minimum de culture commune entre thérapeutes et juges.*



Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle

La loi du 1^o février 1995 rend quasiment obligatoire la mission de dépistage pour les infractions sexuelles et les crimes d'une gravité particulière.

- Le décret du 4 août 1995 portant application de cette loi précise dans son article R50-34 : « *les personnes mentionnées à l'article R50-33 (infraction de nature sexuelle, meurtre ou assassinat d'un mineur de 15 ans précédé ou accompagné d'un viol, de tortures ou de barbarie), sont signalées au psychiatre intervenant en milieu pénitentiaire par le chef d'établissement qui met en outre à la disposition de ce praticien un résumé de la situation pénale et les expertises psychiatriques ou psychologiques conservées dans le dossier individuel* ».
- Dans son article R30-35, le même décret prévoit qu'avant leur libération, ces mêmes personnes font l'objet d'un examen psychiatrique, en vue de préparer, le cas échéant, une prise en charge post-pénale adaptée. Jusqu'à présent les services du greffe ne communiquaient jamais les expertises aux équipes psychiatriques.




La prise en charge des agresseurs sexuels se situe à l'intersection de plusieurs champs :

- social,
- pénal
- médical,

eux-mêmes surdéterminés par leurs dimensions culturelles et historiques.


“ Prise en charge ” de préférence à thérapie pour insister d'emblée sur la différence trop souvent oubliée entre “ comportement déviant ” et pathologie mentale et/ou organique.



L'ignorance de cette distinction peut être à l'origine de controverses entre les visions différentes de l'agression sexuelle et de leurs auteurs, par les intervenants sociaux, pénaux et médicaux contraints par leur interpellation simultanée de travailler ensemble avec des approches qui doivent rester spécifiques mais complémentaires.

Ce qui est en revanche possible de distinguer sont

- d'une part les “ agresseurs sexuels primaires ” chez lesquels l'acte est prévalent (pédophiles, exhibitionnistes, pères incestueux),
- d'autre part les “ agresseurs sexuels secondaires ” chez lesquels l'agression sexuelle est contingente à une problématique de fond (ex : psychopathie, psychose, essentiellement violeurs).

- 
- Tous ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique, mais nombre d'entre elles présentent une pathologie mentale en lien avec l'agression commise.
 - Indication médicale
 - Consentement du patient

Evaluation des différentes méthodes thérapeutiques utilisées avec les auteurs d'agressions sexuelles

- Peu d'études contrôlées
- Etudes existantes manquant de rigueur méthodologique

Si tous les paramètres d'une étude scientifique rigoureuse était à prendre en compte on pourrait arriver à la conclusion paradoxale que “ rien ne marche ”.

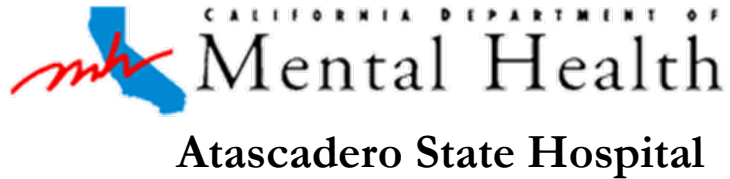
Même quand ça marche c'est extrêmement difficile à évaluer. Il y a trop de paramètres impliqués aussi bien dans l'évaluation de l'agression que de l'agresseur et encore plus en ce qui concerne les risques de récidives, trop de “ variables ” pour que l'interprétation puisse être simple et fiable .



Atascadero State Hospital

- Atascadero State Hospital provides interdisciplinary services designed for Acute Psychiatric Services and Intermediate Care Services.

- Clinical Treatment Programs:
 - The majority of clinical services are provided by members of the unit Interdisciplinary Team (ID Team) where the patient resides. Each treatment unit is part of an overall program design. The Program Director operates in a manner similar to an administrator of a small psychiatric hospital. Patients are placed on a given unit according to their commitment type, their expected post-hospital disposition, and their special needs. Patient treatment is planned and delivered using an ID Team approach that incorporates the **coordinated efforts of each of the following services: medicine, psychiatry, psychology, social work, rehabilitation therapy, nursing, pharmacy and dietetics.**



■ PROGRAM VII

- **1. Population Served** – Program VII provides forensic mental health treatment for patients being held as potential Sexually Violent Predators and patients committed as Sexually Violent Predators, (SVP). The Program also provides treatment to the few Mentally Disordered Sex Offenders who remain in the hospital. The Program maintains the unit on which hearing impaired patients are treated, and currently houses a patient.
- **Patient Needs Served & Services Provided** – Sexually Violent Predators have a diagnosable mental disorder. The Sexually Violent Predator units deliver treatment to reduce deviant sexual activity, increase empathy toward victims of sexual abuse, change distorted thoughts about sexuality, identify risks for re-offending and develop coping strategies to reduce those risks.

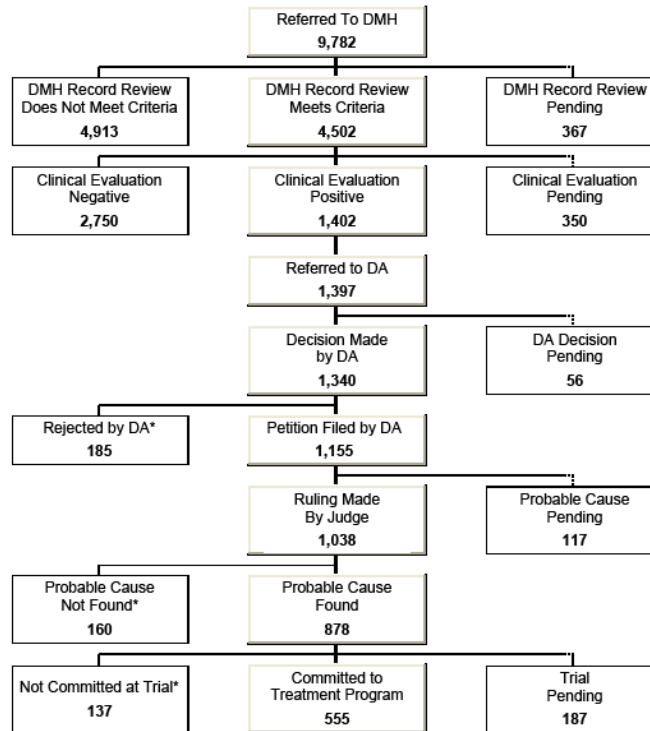


CALIFORNIA DEPARTMENT OF Mental Health

Atascadero State Hospital

Sex Offender Commitment Program (SOCP)

All Cases as of 03/09/2007



Note: this report is now available on the SOCP web site: <http://www.dmh.ca.gov/socp>

*These figures contain a small number of cases that were suspended due to legal and administrative reasons

PELLERIN B., PROULX J., OUIMET M., PARADIS Y., Mc KIBBEN A., AUBUT J., (1996),
Etude de la récidive post-traitement chez des agresseurs sexuels
judiciarisés.
Criminologie; 29, 1 : 85-107

Traitement

Afin d'être sélectionné en vue d'une participation au programme de traitement (interne ou externe) pour agresseurs sexuels, un sujet devait répondre aux critères suivants : 1) ne pas présenter de retard intellectuel ; 2) ne pas souffrir d'un trouble mental grave (ex. : schizophrénie, trouble de l'humeur) ; 3) reconnaître qu'il est l'auteur du délit pour lequel il est judiciarisé et actuellement en traitement ; 4) reconnaître le caractère délictuel, déviant, des actes posés ; 5) manifester le désir de s'impliquer dans un programme de traitement.

PELLERIN B., PROULX J., OUIMET M., PARADIS Y., Mc KIBBEN A., AUBUT J., (1996),

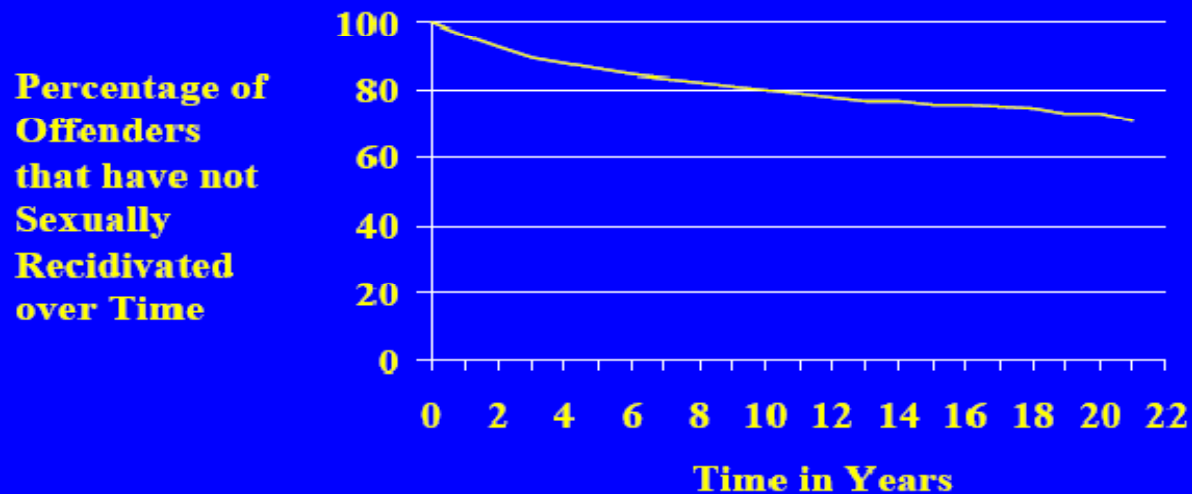
Etude de la récidive post-traitement chez des agresseurs sexuels judiciairisés.

Criminologie; 29, 1 : 85-107

Les résultats de notre étude indiquent que le traitement a un impact différent chez les pédophiles et les violeurs. En effet, dans le cas des pédophiles ayant complété le traitement, les divers taux de récidive officielle sont inférieurs à ceux des pédophiles n'ayant pas complété le traitement. Toutefois, les pédophiles ayant reçu un traitement prolongé présentent des taux de récidive plus élevés que ceux ayant complété le traitement. Nous avons formulé l'hypothèse que ces derniers résultats seraient attribuables à un enracinement plus prononcé dans la déviance sexuelle chez les pédophiles ayant reçu un traitement prolongé. Ainsi, afin de réduire le taux de récidive chez ce type particulier de pédophiles, il serait nécessaire d'adapter les modalités de traitement et d'encadrement qui leur sont destinés (ex. : castration chimique, suivi post-traitement intensif). En ce qui a trait aux violeurs, le taux de récidive sexuelle chez ceux ayant reçu un traitement prolongé n'est pas inférieur aux taux des deux autres groupes. Cependant, les taux de récidive (violente, contre les biens, contre les personnes, totale) chez ceux ayant reçu un traitement prolongé (plus de 24 mois) sont plus bas que les taux observés dans les deux autres groupes. Ainsi, il semble que, avec les violeurs, le programme de traitement de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal exerce un impact positif lorsque sa durée est supérieure à 24 mois. Toutefois, des ajustements devraient être apportés au programme actuel, afin d'accroître son impact au niveau de la récidive sexuelle chez les violeurs.

R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia

**Sexual Recidivism in a Sample of
Mixed Sexual Offenders N = 4,724
Over a Twenty Year Period**



R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia

Sexual Recidivism Rates (%)

	5 years	10 years	15 years
Over 50 years old	7	11	12
Less than 50 years old	15	21	26

R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia

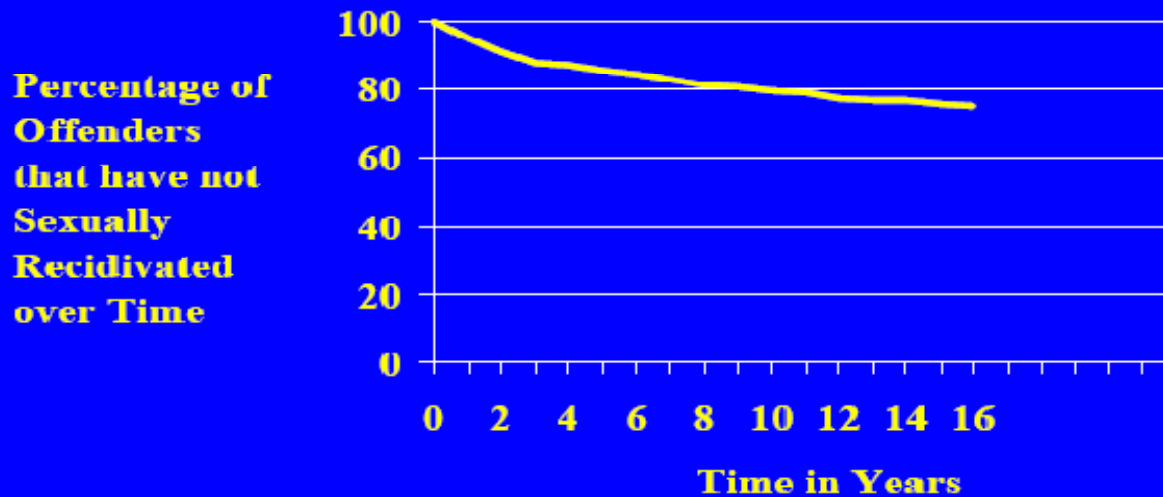
Established Predictors of Sexual Recidivism

- Sexual Deviancy
 - Deviant sexual interests (pedophilia)
 - Sexual preoccupations
- Antisocial Lifestyle
 - History of rule violation
 - Lifestyle instability

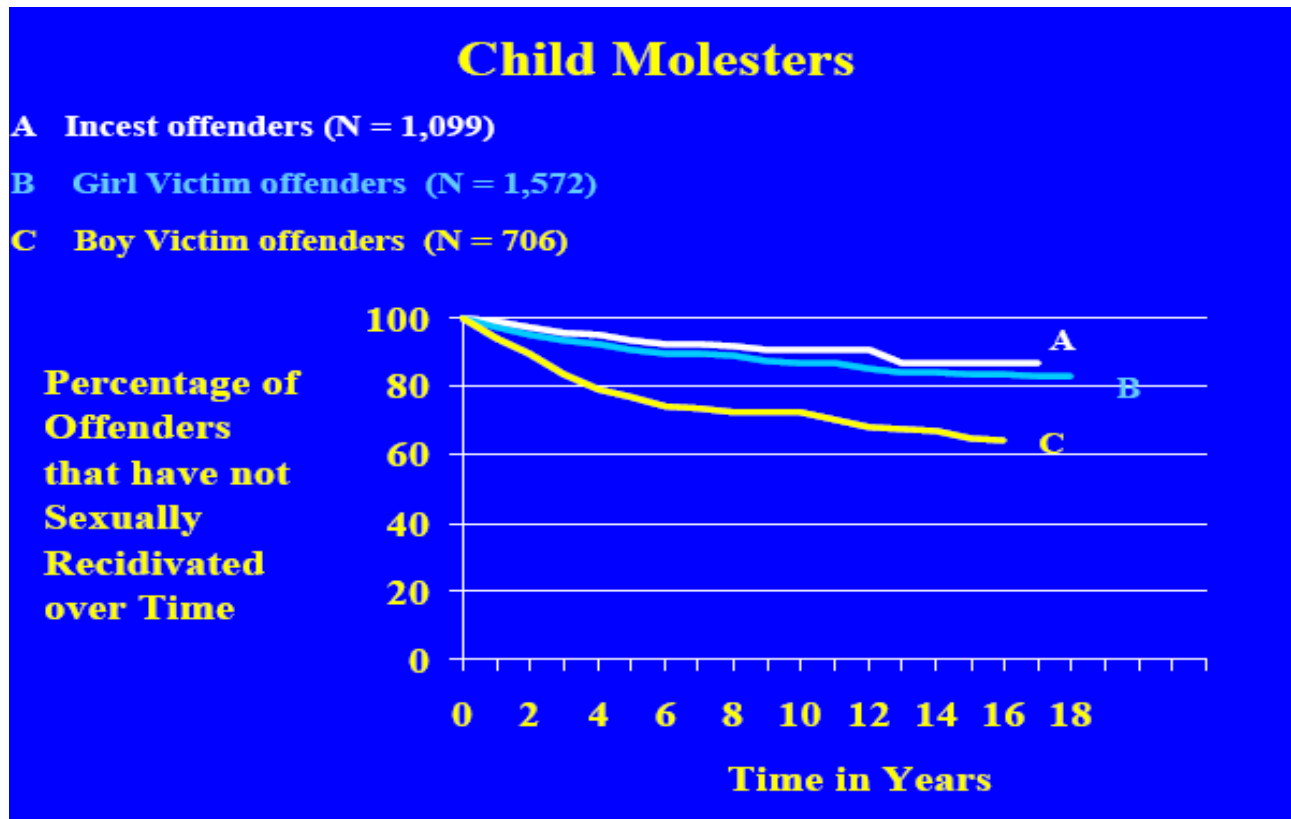
R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia

Sexual Recidivism in a Sample of Rapists

N = 1,038 Over a Fifteen Year Period



R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia



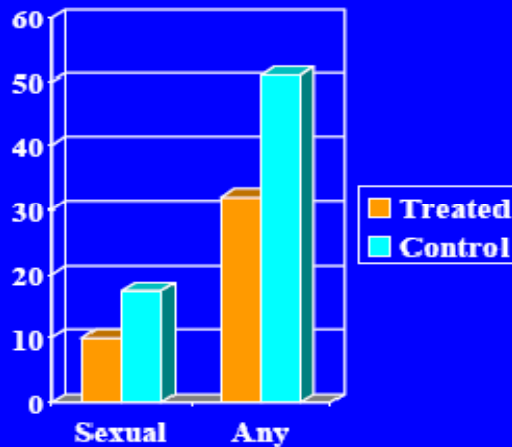
R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia

Sexual Recidivism Rates (%)

	5 years	10 years	15 years
Rapists	14	21	24
Incest offenders	6	9	13
Girl victim child molesters	9	13	16
Boy victim child molesters	23	28	35

R. Karl Hanson, Ph.D., Corrections Research, Public Safety Canada
Sexual Offender Recidivism
National Associations of Sentencing Commissions
August 7, 2006, Philadelphia

Hanson et al. (2002)



Reductions in both sexual recidivism (17% to 10%) and general recidivism (51% to 32%) found when current treatments are evaluated with credible designs

Hanson, R Karl, Broom, Ian, Stephenson, Marylee

Evaluating Community Sex Offender Treatment Programs: A 12-Year Follow-Up of 724 Offenders

Canadian Journal of Behavioural Science, Apr 2004

Même si certaines études laissent croire à des effets positifs du traitement des délinquants sexuels, la plupart des études ont été retardées par l'influence inconnue de l'attrition sélective (p. ex., les volontaires et les décrocheurs). Au cours des années 1980 le Service correctionnel du Canada a commencé à exiger des séances de traitement communautaire pour tous les délinquants sexuels mis en liberté dans la région du Pacifique. Ce changement de politique nous a donné une occasion unique de comparer une cohorte non sélectionnée de délinquants sexuels traités (n = 403) avec une cohorte non traitée (n = 321) libérée au cours des années antérieures. Après une moyenne de suivi sur une période de 12 ans, aucune différence n'a été observée dans les taux de récidive sexuelle (21,1 % par opposition à 21,8 %), de récidive avec violence (42,9 % par opposition à 44,5 %) ou de récidivisme général (de n'importe quelle nature) (56,6 % par opposition à 60,4 %) pour les groupes traités et non traités respectivement. Le résultat est demeuré comparable après avoir contrôlé la longueur de suivi, l'année de libération, l'âge et sept facteurs de risque statiques codés à partir des dossiers criminels officiels. Une évaluation rétrospective de la qualité du traitement n'a également montré aucun rapport avec les taux de récidivisme observés. ...