

Loi du 17 juin 1998 et conférence de consensus

Pr Jean Louis Senon
DIU de psychiatrie médico-légale
Faculté de médecine
Université de Poitiers



Loi du 17 juin 1998

- ❑ la juridiction peut prononcer un suivi socio-judiciaire
- ❑ le suivi socio-judiciaire s'applique dans les seuls cas de délinquance sexuelle
- ❑ le suivi socio-judiciaire peut comporter des obligations et une injonction de soins
- ❑ la juridiction s'appuie sur l'expertise, informe et recherche le consentement
- ❑ rôle du JAP
- ❑ rôle du médecin coordinateur



le suivi socio-judiciaire

- mesures de surveillance : art 131-36-2 CP
 - le condamné doit répondre aux convocations du JAP
 - le condamné peut se voir imposé l'exercice d'une activité professionnelle
 - 3 interdictions art 131-36-2 :
 - s'abstenir de certains lieux
 - s'abstenir de fréquenter certaines personnes
 - ne pas exercer certaines activités



Nature du suivi socio-judiciaire

- ❑ Assez proche du sursis mise à l'épreuve
- ❑ Interdiction du prononcé cumulatif du sursis et d'une peine de prison assortie de sursis mise à l'épreuve
- ❑ Le suivi est appliqué en fonction de la dangerosité et n'a pas de coloration morale
- ❑ Objectif : prévenir la récidive
- ❑ C'est dans la forme une peine, sur le fond une mesure de sûreté



La juridiction peut prononcer un suivi socio-judiciaire

- ❑ article 131-36-1 : la juridiction peut ordonner un suivi socio-judiciaire
- ❑ dans les cas prévus par la loi
- ❑ selon des règles de procédure précises



Cas prévus par la loi

- ❑ meurtre ou assassinat précédé ou accompagné d'un viol de tortures ou d'actes de barbaries (art 221-9-1 CP)
- ❑ viol et autres agressions sexuelles, y compris les exhibitions
- ❑ à l'exception du harcèlement sexuel (art 222-48-1 CP)
- ❑ atteintes sexuelles commises sans violence sur des mineurs et délits de corruption de mineurs, diffusion d'images pornographiques...(art 227-31 CP)



La juridiction s'appuie sur l'expertise

- ❑ le suivi ne peut être prononcé qu'au vu d'une expertise médicale (art 705-47 CP)
- ❑ systématisation de l'expertise en l'étendant à toutes les étapes de l'expertise
- ❑ expertise ordonnée par le parquet dès les premiers temps de l'enquête
- ❑ expertise pour comparition immédiate
- ❑ expertise sur convocation par procès verbal
- ❑ l'expert sera précisément interrogé sur l'opportunité d'une injonction de soins dans le cadre d'un SSJ



L'expertise

- expert unique sauf art 131-36-6 :
 - meurtre ou assassinat de d'un mineur précédé ou accompagné de d'un viol de torture ou barbaries
- plus qu'appréciation de la responsabilité
- appréciation de la possibilité d'un traitement
- suggérer la nature du traitement



Évolution de l'expertise

- ❑ au delà de l'accessibilité à la sanction pénale
- ❑ au delà de la responsabilité, appréciation de la dangerosité et du risque de récidive dans un sens criminologique
- ❑ accessibilité au traitement
- ❑ expertise suggérant l'intérêt et la possibilité d'un traitement
- ❑ expertise évoquant les modalités du traitement?



Expertise longitudinale

- expert
- expert pour sortie de détention
- médecin coordonnateur



Sens de l'expertise

- pression sur l'auteur
- individualisation du traitement
- relais aux institutions spécialisées
- prise en compte de nouvelles données scientifiques



La juridiction et l'expertise

- ❑ la juridiction s'appuie sur le rapport d'expertise
- ❑ la juridiction n'est pas liée par le rapport d'expertise
- ❑ la juridiction n'est pas liée par le rapport d'expertise
- ❑ elle n'est pas tenue de prononcer un SSJ avec OS déterminé par l'expert
- ❑ elle peut sûrement prononcer un SSJ avec OS sans que l'expert le préconise



La juridiction informe et recherche le consentement

- Art 131-36-4 : le président avertit le condamné qu 'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement, mais que s 'il refuse les soins, l 'emprisonnement pourra être mis à exécution
- concilier deux principes inconciliables ?
 - art 16-3 code civil : tout traitement médical suppose le consentement de son bénéficiaire
 - intérêt supérieur de l 'ordre public et protection de la société



Deux positions qui s'opposent

- Association mondiale de psychiatrie 1977 : le médecin ne saurait participer à un traitement psychiatrique sans maladie mentale diagnostiquée et sans recherche de consentement
- P. Salvage : 1998 : si le consentement aux soins est un principe d'une indiscutable importance, il doit pouvoir éventuellement céder devant un intérêt général supérieur incontestable



Le rôle déterminant du JAP

- ❑ art 763 CPP : la personne condamnée est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines
- ❑ modification des obligations : 131-36-2 CP
- ❑ relèvement : mansuétude : art 763-6 CPP
- ❑ emprisonnement : 131-36-1 CP et 763-5 CPP



Devoir de coopération du condamné

- ❑ obligation de répondre aux convocations du JAP, de recevoir les visites de l'agent de probation....art 131-36-2 CP
- ❑ Exercer une activité professionnelle, résidence...
- ❑ se soumettre à des mesure d'examen médical
- ❑ obligation de justifier auprès du JAP l'accomplissement de ces obligations art 763-2 CPP
- ❑ la preuve de l'exécution de l'obligation de l'injonction incombe au condamné et non au médecin traitant



Rôle du médecin coordonnateur

- ❑ inviter le condamné à choisir avec son accord un médecin traitant : en cas de désaccord le médecin sera désigné par le juge après avis du médecin coordonnateur
- ❑ conseiller le médecin traitant si celui-ci en fait la demande
- ❑ 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 le traitement en l'absence de tout contrôle



Rôle du médecin traitant

- ❑ propose et fixe la nature du traitement
- ❑ peut consulter les rapports d'expertise
- ❑ délivre les attestations de suivi du traitement
- ❑ peut avertir le juge ou le médecin coordonnateur de l'interruption de traitement
- ❑ art L 355-35 CSP : le médecin traitant ne peut opposer le secret professionnel au JAP



Médecin coordonnateur : de la loi à l'éthique



Une situation nouvelle... du fait de la loi du 17 juin 1998

- Ni vraiment expert...
- Ni médecin traitant...
- Le médecin coordonnateur : « un psychiatre ou un médecin ayant suivi une formation appropriée » :
 - Psychiatre,
 - Autre : sexologue, MG formé...



Un rôle nouveau qui préserve l'indépendance et l'éthique

- Maintenir l'indépendance du soin face à la peine :
ne pas confondre peine et soin
- Préserver la relation médecin-malade et la
confiance que le malade peut avoir vis-à-vis du
médecin
- Concilier deux impératifs :
 - la confrontation à la loi
 - l'engagement personnel et la démarche personnelle de la
psychothérapie

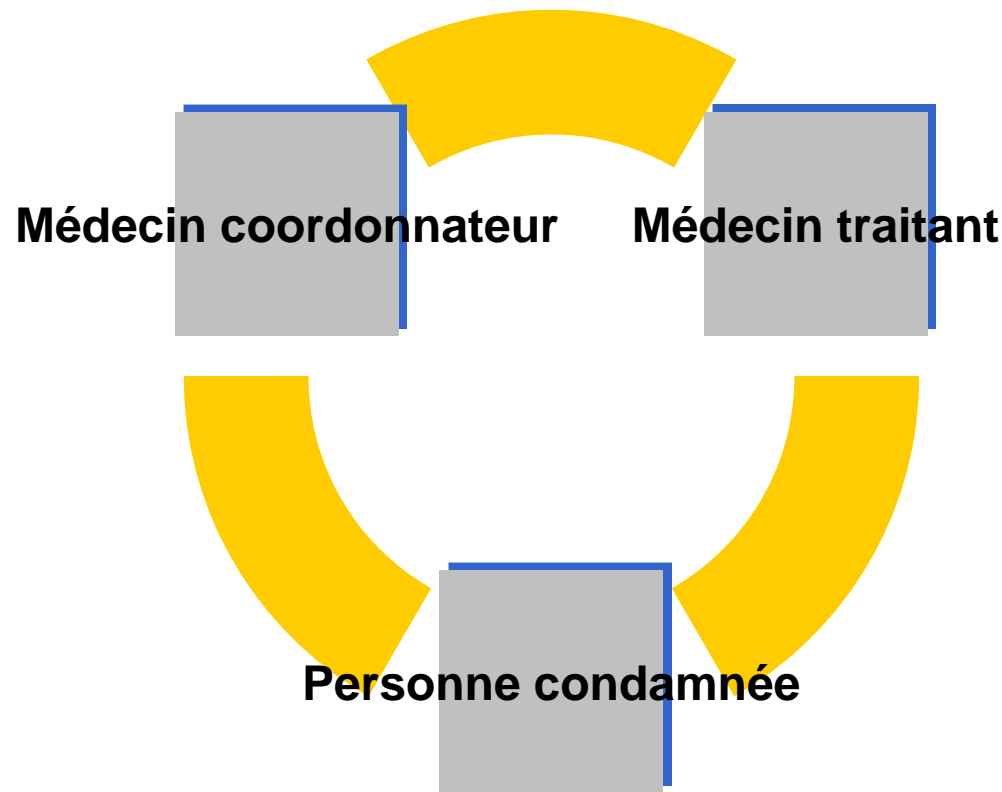


Deux missions du MC

- Mission judiciaire proche de l'expertise qui prend en compte
 - Le passage à l'acte du sujet
 - La condamnation
- Mission d'évaluation clinique, psychopathologique et psychocriminologique prenant en compte le risque de récidive



Le pari d'une triangulation possible... pour la déontologie



Bases légales

Code de la santé publique

- ❑ Art. L.355-33 : médecin coordonnateur
- ❑ Art. L.355-34 : le médecin traitant
- ❑ Art. L.355-35 : le médecin traitant informant le JAP ou l'agent de probation
- ❑ Art. L.355-36 : prise en charge par l'état des dépenses afférentes aux médecins coordonnateurs



Bases légales : Arrêtés

- Arrêté du 7 mars 2001: indemnités versées au médecin coordonnateur
- Arrêté du 7 mars 2001 : nombre maximum de personnes condamnées par médecin coordonnateur fixé à 15 par an



Quatre mandats du médecin coordonnateur art L.355.33 CSP

- ❑ 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...



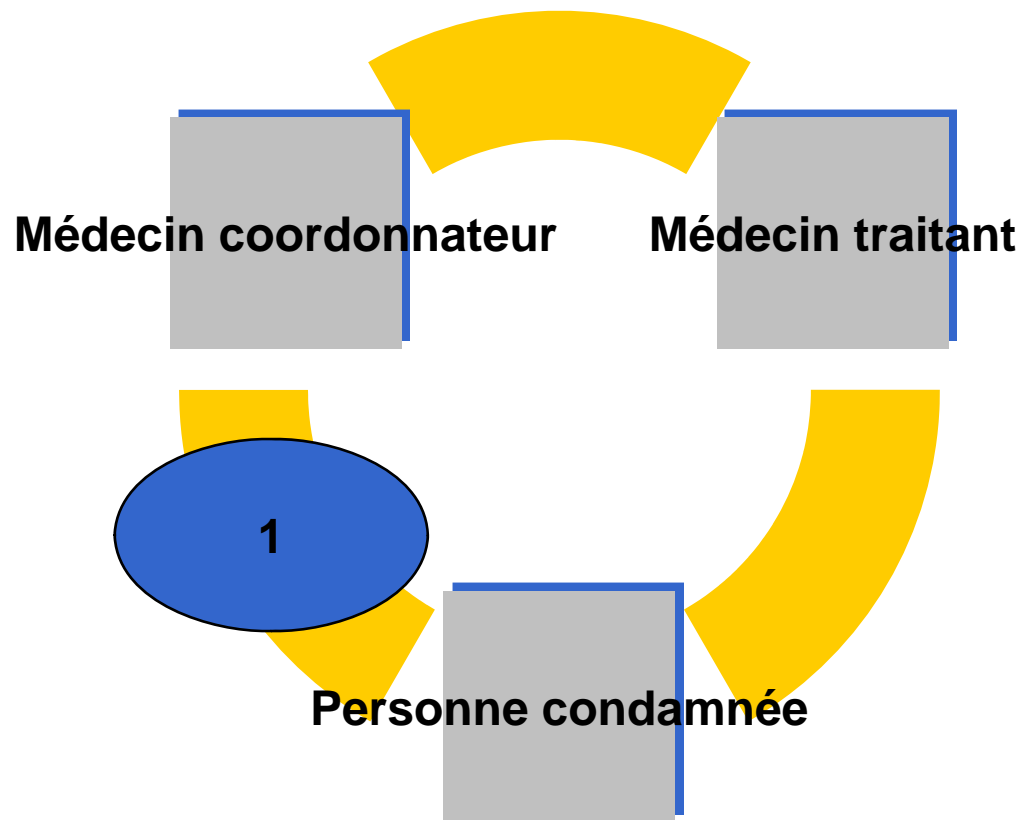
Procédure de nomination

art 355-37 CSP

- Demande adressée par le praticien au Procureur de la République avec :
 - Nature des activités professionnelles
 - Copie des titres et diplômes
 - Attestation de 3 ans d'inscription à l'Ordre
 - Attestation de formation



Les trois constituants de la triangulation...



1

Une Relation nouvelle :

- MEDECIN COORDONNATEUR
- PERSONNE CONDAMNEE OBJET DE SOINS



La relation MC-personne condamnée

- Le MC n'est pas expert mais :
 - Il dispose du dossier pénal et des expertises transmis par le JAP
 - Il assiste le sujet dans le choix d'un médecin traitant ou d'une équipe
 - Il n'est pas neutre ni silencieux
 - Il parle du passage à l'acte et du risque de récurrence



Le MC est face...

- À un **condamné** sûrement,
- Mais surtout face à un **sujet nécessitant des soins**
 - Comme cela a été proposé par les experts précédents
 - Comme cela a fait l'objet d'une condamnation à un SSJ avec obligation de soins



La relation reste un relation clinique

- Il s'agit aussi
 - D'écouter
 - De comprendre
 - De créer une relation de confiance
 - De conseiller
- C'est une relation clinique ouverte et pragmatique comme l'est la psychiatrie
- Mais avec une obligation de formation permanente



Le MC est spécialisé

- ❑ Sur le plan clinique et psychopathologique
- ❑ Sur le plan psychocriminologique
- ❑ Mais avant tout par la connaissance du RESEAU
 - Spécialistes
 - Équipes spécialisées
 - Différences d'approches thérapeutiques



Difficultés de la relation MC-P : difficultés pour le médecin

- ❑ Établir la relation et la singularité de sa nature, entre JAP et médecin traitant, entre justice et soins
- ❑ Rappeler les impératifs de la loi
- ❑ Ne pas présenter l'agresseur comme une victime
- ❑ En faire une relation qui puisse être une relation de confiance
- ❑ Mais éviter banalisation, complicité, en conservant une vigilance clinique pour établir les RV de réévaluation

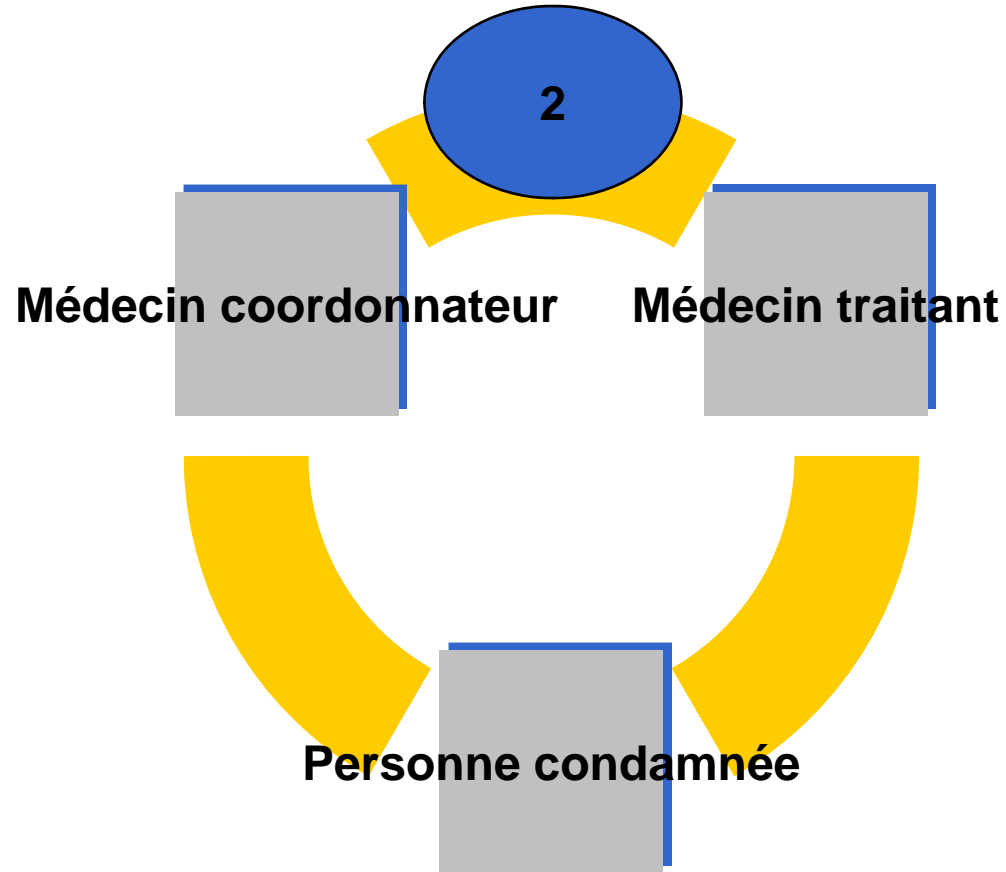


Difficultés de la relation MC-P: difficultés pour l'expert

- Une évaluation longitudinale
 - Evaluation initiale clinique et psychopathologique ouverte à la psychocriminologie
 - Réévaluation régulière portant sur :
 - La réalité du suivi
 - L'investissement du suivi
 - Les facteurs de risque de récurrence
- Ce n'est pas une expertise sans lendemain



2



Relation MC-Médecin traitant : obligations légales

- Convoquer la personne condamnée à un SSJ avec injonction de soins « pour un entretien au cours duquel il lui fait part des modalités d'exécution de l'IS et l'invite à choisir un médecin traitant ».
- Le MC ne peut refuser le choix du médecin traitant par la personne condamnée « que si ce médecin n'est manifestement pas en mesure de conduire la prise en charge »



La loi impose des relations MC-Médecin traitant

- ❑ Le MC informe le médecin traitant du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'injonction et s'assure de son accord
- ❑ Il rappelle au médecin traitant qu'il a 15 jours pour confirmer son accord écrit
- ❑ Il adresse au médecin traitant les pièces de procédure comportant les expertises
- ❑ Le MC peut conseiller à sa demande le médecin traitant

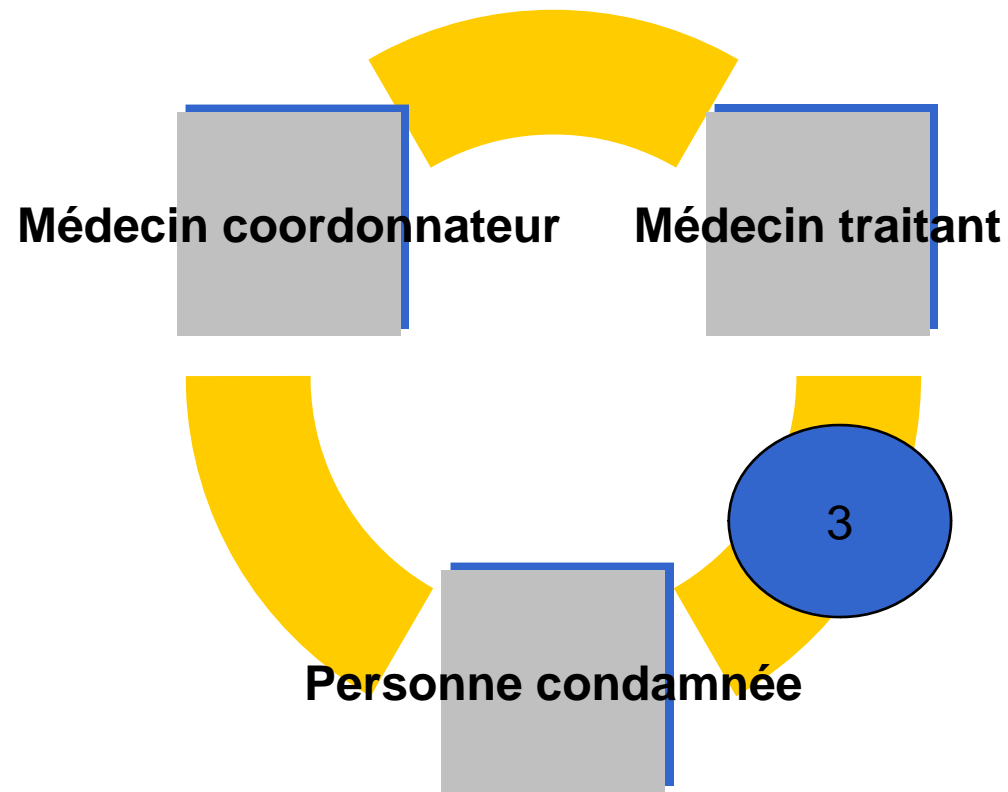


Le médecin traitant a des droits et des devoirs vis-à-vis du MC

- ❑ Obligation d'informer le MC par écrit de son accord
- ❑ Toute liberté de travailler en conformité avec le code de déontologie
- ❑ Toute liberté d'interrompre la prise en charge
- ❑ Obligation d'informer le MC par lettre recommandée
- ❑ Recevoir les expertises



3



Relation patient-médecin traitant

- Préservée par l'existence du MC
- Des différences :
 - Le médecin traitant est informé des motifs de la condamnation et des expertises et le patient le sait
 - Il a l'obligation d'informer le MC de l'interruption des soins



Risques d'échec

- ❑ Expertises imprécises, frileuses où l'expert « se couvre » en posant des indications inadaptées
- ❑ Trop larges indications du SSJ avec obligation de soins
- ❑ Si persistent des méfiances réciproques



Éthique à l'épreuve

- ❑ Contexte des craintes sociales et populaires
- ❑ Peurs et craintes de la récurrence
- ❑ Associer soins et peine
- ❑ Accepter qu'il s'agisse d'un problème de criminalité et de santé publique
- ❑ Travailler le plus souvent en dehors de pathologies reconnues



Nécessité de l'éthique

- La confusion semée par l'agresseur nous accompagne depuis l'arrestation jusqu'à la libération avec une possibilité de relation d'emprise
- Cette possible confusion impose :
 - Travail en équipe, concertation, complémentarité, continuité, supervision
 - Définition précise des rôles



Éthique du coordonnateur

- ❑ Information précise du sujet de la mission et de l'absence de fonction soignante
- ❑ Information sur les missions et rôles de chacun
- ❑ Ne pas se substituer au thérapeute
- ❑ Ne pas favoriser les querelles de clocher



Humanité

(A McKibben)

-
- « Adhérer à une vision humaine mais responsabilisante » du traitement :
 - Ne pas présenter (se représenter) l'agresseur comme une victime
 - Ne pas rationaliser les comportements
 - Confronter sans hostilité
 - Aller vers auto-contrôle et auto-détermination



Secret

- Secret dû au patient :
 - Respect des informations personnelles sans rapport avec l'enjeu clinique
- Limites du secret d'emblée établies avec le sujet :
 - Échanges avec le médecin traitant
 - Information aux intervenants du SPIP
 - Information du JAP



Consentement

- Recherche de consentement patiente et renouvelée
 - Éclairer sur le travail à faire
 - Éveiller un intérêt pour soi
 - Éveiller la demande
 - Soutenir face à difficile démanche de soins



Éthique et partage

- Favoriser la transparence entre le sujet, le JAP et les intervenants du SPIP
- Associer le sujet à son évaluation
 - Evaluations planifiées et restituées
 - Fixation d'objectifs
- Clarifier les modalités de partage des informations avec les intervenants légaux
 - Limites de la confidentialité
 - Mise en garde au sujet
 - Autorisation de divulguer des renseignements



Éthique et formation (A McKibben)

- Référer à des critères scientifiquement reconnus ou avalisés par la communauté internationale quant:
 - À la formation préalable et en cours d'emploi
 - Aux modalités d'évaluation
 - Aux traitements offerts
 - Aux modalités d'évaluation des résultats
 - À la publication scientifique



Éthique, Rôles et responsabilités des intervenants (A McKibben)

- Mettre en place des points de service et collaborations qui offrent des services complets: évaluation, consultation, urgence, traitement, formation
- Manifester une grande ouverture quant à l'accès aux soins
 - Porte ouverte, liste d'attente flexible
 - Un service de consultation pour les cas difficiles
 - Les urgences sans cadre légal
 - Urgence psychiatrique



Conférence de consensus des 22 et 23 novembre 2001

Psychopathologie et traitements actuels des
auteurs d'agressions sexuelles



Conférence de consensus

- Présentation
- Lecture commentée
- Recommandations
- Commentaires
 - Cliniques
 - Thérapeutiques
 - Organisationnels
 - Éthiques et déontologiques



Une première...

- Première conférence de consensus en psychiatrie médico-légale et criminelle
- Première conférence interdisciplinaire de confrontation de professionnels différents :
 - Psychiatres et psychologues
 - Publics et (peu de) privés
 - Magistrats
 - Éducateurs...



Recherche de consensus

- Sujet qui fait débat et oppose : plusieurs questions :
 - Question de son existence même au sein de la clinique
 - Question de son approche théorique
 - Question de la possibilité et de la nature de la thérapeutique
 - Question des réponses sanitaires et psychiatriques :
 - Faisabilité
 - Priorités



Le Contexte

- 3 ans après la sortie de la loi du 18 juin 1998
- Quelques mois après la sortie des derniers décrets d'application
- Alors que la loi n'est toujours pas appliquée dans de nombreux départements faute de :
 - Médecins coordonnateurs
 - Psychiatres experts
 - D'équipes formées
 - De budgets
- Face à la réticence de la profession



La Forme

- ❑ Conférence de consensus organisée par FFP
- ❑ Selon la méthodologie de l'ANAES
- ❑ Président du comité d'organisation : Dr JM Thurin
- ❑ Jury : 19 membres d'origine professionnelle diverse
- ❑ Président du jury : Pr JF Allilaire
- ❑ Experts : 32 experts internationaux



Les questions

- ❑ Question 1 : Champ et limites
- ❑ Question 2 : Qui sont les auteurs d'agressions sexuelles ?
- ❑ Question 3 : Devenir et risques de rechute
- ❑ Question 4 : Quelles sont les différentes méthodes thérapeutiques, leurs modalités, indications, objectifs et obstacles particuliers, leurs limites et leurs complémentarités ? Comment évaluer leurs résultats?
- ❑ Question 5 : Aspects déontologiques, éthiques, juridiques, administratifs et pratique de la mise en oeuvre



1. Champ et limites

- Épidémiologie :
 - 1998 : 7828 viols et 12809 agressions sexuelles
 - Janvier 2001 : 7101 détenus, 20% des condamnés incarcérés
- Catégories pénales
- Catégories psychiatriques :
 - limites CIM 10 et DSM IV
- Place et évolution de l'expertise psychiatrique



1. Recommandations

- Conditions de l'expertise :
 - Adapter le nombre des experts
 - Former des experts
 - Améliorer les conditions pratiques d'expertise
- Place des réponses expertales
 - Choix préférentiel en post-sentenciel de l'expert qui a déjà examiné le sujet avant le jugement
 - La mission d'expertise ne devra pas enjoindre à l'expert de consulter le dossier sans consentement exprès du sujet



1. Recommandations : Ethique de l'expertise

- **Réquisitions** : rechercher d'éventuels troubles psychiatriques, cette expertise ne doit pas remplacer l'expertise classique et ne pas dégager des traits de personnalité pour ceux qui nient.
- **Expertise pré-sententielle** : la négation des faits doit être considérée comme une contre-indication absolue à toute injonction ou obligation de soins



2. Qui sont les auteurs?

- ❑ Les connaissances étiopathogéniques présentent un degré de certitude trop faible
- ❑ La population des auteurs n'est réductible ni au champ psychiatrique, ni au champ criminologique, ni au champ social
- ❑ Des recherches anthropologiques sont indispensables



2. Question de la Perversion...

- « Il est habituel en France de rapporter un agir sexuel d'allure perverse à un fonctionnement psychique globalement pervers. Confrontée à l'expérience clinique, cette représentation est pourtant battue en brèche »...
- « ces troubles du comportement sexuel correspondent moins à des troubles de la sexualité proprement dits qu'à des tentatives de solutions défensives... »



Question 3 : devenir et risques de rechute

- ❑ Rechute médicale différente de rechute judiciaire
- ❑ Il n'est pas possible, en l'état des études actuelles, de penser que les traitements des auteurs réduisent le risque de récurrence, cependant, plusieurs études...
- ❑ Recommandation de mise en place d'un programme national de recherche



Question 4 : méthodes thérapeutiques

- Variabilité des approches thérapeutiques
 - Psychodynamiques
 - TCC
 - Psychothérapies de groupe
 - Psychothérapies familiales et systémiques
 - Chimiothérapies
 - Hormonothérapies par antiandrogènes
 - ISRS



4. Conditions de mise en oeuvre

□ Générales :

■ Consentement :

- Juridique à l'injonction de soins
- Consentement éclairé aux soins
- Adhésion aux soins

□ Spécifiques

- Groupes quand implication personnelle
- Adolescents
- Déficients mentaux
- Comorbidité



Question 5

déontologie, éthique, mise en œuvre

- ❑ Prise en charge qui s'adresse à la personne
- ❑ Secret médical et professionnel indispensables
- ❑ La personne est un patient et non un délinquant
- ❑ Consentement pour les soins en détention
- ❑ Seuls médecin coordonnateur et expert peuvent fournir au juge une évaluation



5. Moyens et modalités

- ❑ Organiser la prise en charge au sein du dispositif psychiatrique, y compris les libéraux et articuler avec le secteur éducatif
- ❑ Développer la formation initiale et continue
- ❑ Rapprocher professionnels de psychiatrie et justice
- ❑ Travail thérapeutique d'équipe
- ❑ Évaluation des programmes thérapeutiques



Une prise de position

- Titre comme affirmation :
 - Affirmation de la naissance d'une nouvelle clinique :
« Psychopathologie des auteurs d'AS »
 - Propositions de nouvelles thérapeutiques « traitements actuels »
- Pari de la loi de juin 1998 : articuler la peine et le soin
- Partage de synergie des compétences respectives du judiciaire et du médical

Des confirmations

- D'une nouvelle clinique
 - Clinique psychodynamique ouverte par des psychiatres ayant travaillé en milieu pénitentiaire
 - Roland Coutanceau et Arnaud Martorel
 - Claude Balier et Denise Bouchet-Kervella
- De l'ouverture au pragmatisme clinique et thérapeutique de nos amis belges, québécois et suisses
- De l'intérêt des approches cognitivo-comportementales



Rigueur éthique et déontologique

- Longitudinale du présentenciel au post-pénal
- Du travail de l'expert
- Du rôle du médecin coordonnateur
- De l'utilité de préserver le médecin traitant
- Éthique partagée
 - Équipes médicales
 - Experts
 - Éducateurs
 - Magistrats



Incitation à la lecture...

