



Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

STRATÉGIE SANTÉ DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE
Ministère de la Santé — Ministère de la Justice

**À propos du Groupe de travail sur les soins en relation avec une infraction
(2019)**

Dr Michel DAVID
Psychiatre des hôpitaux
Praticien hospitalier
Président de l'ASPMP

Rédigé le 31 décembre 2018

Un groupe de travail piloté par la Direction des affaires criminelles et des grâces (DAFCG) du ministère de la Justice doit commencer en janvier 2019 des travaux, dans le cadre de la Stratégie santé des personnes placées sous main de justice, afin de renforcer les soins en adéquation avec les obligations relatives à l'infraction commise (Tableau 1).

Le présent document pose un certain nombre de questions préalablement au début des travaux **qui devraient associer l'ensemble des personnes concernées**, et notamment engagées dans les soins, afin d'éviter des « recommandations » ayant le risque de ne rester que des intentions. C'est dans cette optique que ce document sera largement diffusé. Outre les aspects pratiques que pose ce sujet, de nombreuses questions méthodologiques et éthiques ne sont pas à éluder et devraient même être abordées préalablement aux actions à envisager.

1. Quelle sera la composition précise du groupe de travail ?

En effet ce sujet est très vaste. Il concerne le milieu fermé, mais encore plus le milieu ouvert, avec les nombreuses obligations de soins (OS) et injonctions de soins (IS) qui, rappelons-le, ne sont obligatoires qu'en milieu ouvert. Pour le milieu fermé, il ne s'agit que de « pressions » exercées sur les personnes condamnées (et même parfois sur les personnes prévenues) avec le marché : réductions de peine contre soins. Le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie (CCNE) et de la santé dans son avis n° 94 (Tableau 2) relatif à la santé et la médecine en prison ose le terme de « chantage » que j'ai voulu éviter dans ce texte, bien que j'y recoure à d'autres occasions et dont on constate à la lecture du passage de cet avis que si bénéfique il y a à se faire « traiter », c'est de libération dont il s'agit, mais quid de l'effet de ces traitements ?

Étant donné l'importance du sujet, des répercussions des soins pénalement ordonnés (SPO) sur l'organisation des centres médico-psychologiques (CMP) et des acteurs concernés, il me paraît incontournable d'y associer les représentations des organisations professionnelles de psychiatres et notamment tous les syndicats de psychiatres, de psychologues et la Fédération Française de Psychiatrie (FFP). On pourrait même envisager une représentation des personnels infirmiers qui sont souvent mis en première ligne pour assurer ces suivis en CMP. Cette remarque est en phase avec le point 2 du tableau 1.

2. Quelle méthodologie à l'élaboration d'éventuelles « recommandations » ?

Il est probable qu'un sujet aussi vaste ne pourra pas faire l'objet d'une réflexion aboutie dans le cadre restreint de ce groupe de travail. C'est la raison pour laquelle, au cours d'un point courant 2018 entre la FFP et la HAS sur les thèmes de travail à envisager dans les années à venir, j'avais suggéré que les SPO fassent l'objet d'une étude approfondie. Cette suggestion n'a pas été retenue, alors que les SPO sont l'objet d'une préoccupation constante des CMP. Toutefois, le recours à la HAS n'était qu'une des possibilités de réflexion. Je regrette que le temps de sollicitation des sociétés savantes, scientifiques soit en passe de disparaître au profit d'institutions ou d'administrations non spécialisées dans les domaines qu'elles prétendent régir, aux résultats plus « normatifs » que scientifiques, voire pris sous un angle presque exclusivement sécuritaire au détriment des objectifs thérapeutiques et parfois sans niveau de preuve scientifique probant (Grade minimum des recommandations HAS : accord d'experts). Le risque est grand de voir un décalage apparaître entre les professionnels de terrain et les pouvoirs publics, à l'instar de ce qu'on constate dans les mouvements sociaux actuels.

3. Que penser de la « capitalisation » des établissements spécialisés ?

Le point 3 du tableau 1 est lui aussi d'une grande complexité et rencontre des avis très différents selon les professionnels avec des arguments tous pertinents. Son intérêt est essentiellement d'évaluer les bénéfices et les risques, mais selon ce que je constate de mon engagement dans ces réflexions avec le ministère, je crains que les moyens et les méthodes ne soient pas au rendez-vous pour mener une étude pertinente, objective et approfondie.

4. Quels moyens pour quelles actions ?

Le point précédent me permet une transition sur la question des moyens. Nul n'ignore la crise que traverse la psychiatrie.

- La **psychiatrie soignante** d'abord, qui éprouvant des difficultés à répondre aux patients demandeurs de soins, s'irrite quelque peu de devoir répondre à des demandes floues.
- La **psychiatrie expertale** chroniquement soumise à une maltraitance d'État en échouant à voir les ministères de la Santé et de la Justice à s'entendre pour en clarifier le statut, probablement avec l'action souterraine de Bercy, voire de la complexité de la réglementation européenne. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de s'étonner que le nombre d'experts psychiatres inscrits sur les listes des cours d'appel soit passé d'environ **800** en 2002 à **537** en 2011 et **338** en 2018. C'est aussi la raison pour laquelle j'avais demandé que la question de l'expertise psychiatrique soit mise à l'ordre du jour dans des questions diverses lors du comité de pilotage de la psychiatrie du mercredi 12 décembre 2018 au ministère de la Santé, afin d'alerter sur l'intolérable désintérêt porté à une mission incontournable dans un État de droit.
- Les **médecins coordonnateurs** ne sont pas mieux lotis. Leur manque dans certaines juridictions conduit les magistrats à opter pour l'obligation de soins au détriment de l'injonction de soins (ce qui évite également de recourir à un avis expertal, dont la remise tardive du rapport hors délais du fait de la surcharge des courageux experts survivants peut ralentir la procédure judiciaire). Ce ne sont pas les mesures prévues à l'article 9 de la loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines pour encourager les internes à s'engager dans les missions d'expertise et de médecins coordonnateurs qui ont suscité des vocations. Elles sont bien dérisoires en regard de la pénibilité et de la complexité règlementaire, fiscale, et administrative, etc. auxquelles cet exercice professionnel, passionnant pourtant, est continuellement confronté depuis des années, comme on vient de le voir encore récemment lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale.

5. Pour quelles raisons le pilotage du groupe ne relève-t-il que du ministère de la Justice ?

Le précédent paragraphe me permet encore une transition. Pour quelles raisons, le groupe de travail doit-il n'être piloté que par la direction des affaires criminelles et des grâces et se tenir ainsi place Vendôme ? Il s'agit avant tout de soin. Prioriser l'infraction sur le soin est lourd de conséquences et de sens et indique bien l'ambiance prioritairement pénale/sécuritaire plus que thérapeutique qui pèse sur la personne condamnée et sur la psychiatrie, comme on peut en voir un autre exemple avec la question de la radicalisation islamique. Positionner le groupe de travail place Vendôme peut toutefois présenter l'intérêt d'insister avec détermination sur la question de l'expertise moribonde, mais un **copilotage santé/justice** semble inévitable, d'autant plus que la stratégie santé est interministérielle santé/justice.

6. Les soins pénalement ordonnés : un dilemme éthique

Le point 4 du tableau 1 évoque les aspects éthiques des suivis en détention des soins en lien avec une condamnation. Il ne faudrait pas que cette question ne soit positionnée que comme un « alibi ». Dès le point 1 j'évoquais le CCNE qui dans l'avis cité relevait « *Deux problèmes éthiques d'une grande complexité : la grève de la faim et l'injonction de soins* ». D'ailleurs, l'avis n° 94 du CCNE pourrait servir à lui seul de base de réflexion pour avoir une lecture prospective pour une évolution des soins aux personnes détenues (Tableau 2). Pour ne prendre qu'un seul exemple de dilemme éthique, la relecture de ce que présentait le Dr Pierre Lamothe, expert, dans sa communication sur le médecin coordonnateur lors de la conférence de consensus sur la « *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* » en 2001 reste d'une actualité pertinente tout en étant régulièrement incompris par de nombreux acteurs des champs non seulement judiciaires, mais malheureusement aussi parfois sanitaires (Tableau 3).

7. Consentement et qualité de l'information sur les soins prodigués : une autre épine éthique

Il devrait apparaître évident qu'il est nécessaire de se poser la question du **consentement** aux soins. La notion de consentement est d'une actualité permanente en psychiatrie, renforcée et encadrée fortement juridiquement depuis la loi n° 2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et la loi complémentaire n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Mais l'actualité en psychiatrie est doublée de celle des débats sociétaux, notamment sur le consentement en matière sexuelle, retrouvant ainsi une contiguïté thématique entre consentement et sexualité. Qu'en est-il de ce consentement libre et éclairé qui ne devrait pas être parasité par le risque lié à l'incarcération ou la non-remise de peine supplémentaire en cas de refus ?

D'autant plus que pour consentir, il faut non seulement un **discernement** ni altéré ni aboli, mais il faut aussi pouvoir le faire avec toute la rigueur que la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner) a imposée de manière opportune (Tableau 4). Quelle réponse donnée dans le cadre des SPO à l'exigence de prodiguer une information complète sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Si ce n'est que l'incarcération est le principal effet indésirable si les soins ne sont pas suivis, mais il ne s'agit pas d'un effet indésirable médical. Il sera aussi aisé d'évoquer les effets indésirables dus à certains traitements inhibiteurs de la libido, dont les récents méningiomes décrits, mais il sera toujours assez difficile d'être précis sur les bénéfices attendus et la durée du traitement, notamment psychothérapeutique (le plus fréquent) si ce n'est encore la durée prévue par la Justice tout en espérant que la proposition 22 de l'Audition publique sur les auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge et qui consiste à dissocier la durée du Suivi Socio-judiciaire (SSJ) de celle de l'injonction de soins puisse être suivie.

8. Un indispensable travail de synthèse préalable aux travaux du groupe

Il ressort de ces remarques qu'un groupe de travail sur la relation entre soins et prison ne peut faire l'économie d'un travail de synthèse préalable qui prendrait en compte notamment, mais sans exhaustivité, les textes suivants :

- **Loi n° 98-468 du 17 juin 1998** et les débats parlementaires qui ont accompagné sa préparation, ainsi que le projet de loi Toubon qui l'a précédé ;
- **Conférence de consensus sur la « psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle »** de 2001 ;
- **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** (essentielle concernant information et consentement) ;
- **Avis n° 94 du CCNE** sur « La santé et la médecine en prison », novembre 2006 ;
- **Loi n° 2012-409 du 27 mars 2012 de programmation relative à l'exécution des peines** ;
- **Rapport sur l'évaluation du dispositif de l'injonction de soins**. IGAS et IGSJ, février 2011 ;
- **Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé** ;
- **Audition publique sur les « auteurs de violences sexuelles : prévention, évaluation, prise en charge »**. Fédération française des CRIAVS, juin 2018 et ses recommandations ;
- Et de nombreux autres rapports (Inspections, parlementaires, textes réglementaires), décrets, circulaires, dont les derniers textes relatifs à l'expertise et ses « péripéties » dont l'avis du Conseil d'État, etc.

En conclusion, l'étude d'un sujet aussi important nécessite une organisation conséquente en impliquant essentiellement les acteurs devant mener les soins, tout en associant les magistrats et les services pénitentiaires d'insertion et de probation afin qu'ils perçoivent le périmètre possible d'intervention des soignants.

J'insiste sur le fait qu'en prenant en considération la crise expertale et que de nombreux soins sont pénalement ordonnés sans expertise préalable, **le diagnostic et l'évaluation sont en majorité menés par les professionnels du soin qui engageront ou non les soins en fonction de leur bilan clinique, comme pour toute autre situation clinique**. Ne pas les associer aux réflexions conduira à poursuivre le fonctionnement chaotique que l'on connaît avec l'obligation de soins depuis sa création avec le code de procédure pénale en 1958 et avec le fonctionnement aléatoire de l'injonction de soins depuis 1998 du fait de moyens restreints.

5. Renforcer les soins en adéquation avec les obligations relatives à l'infraction commise

1. Évaluer la mise en œuvre du protocole de 2011 concernant les établissements spécialisés AICS et s'assurer que les moyens d'intervention dédiés sont bien dévolus aux USMP.
2. Mettre en place un groupe de travail interministériel Santé-Justice dans l'objectif d'améliorer l'articulation entre les professionnels de santé (**professionnels des USMP, médecins coordonnateurs, CMP, centres hospitaliers, centres de soins**) et de justice (pénitentiaires, PJJ et magistrats) dans la mise en œuvre de l'incitation aux soins en détention et **l'obligation de soins en milieu ouvert**.
3. Capitaliser sur l'expérience des établissements spécialisés dans ce type de prise en charge.
4. Lancer des appels à projets pour promouvoir la recherche sur les aspects médico-psychologiques et éthiques des suivis en détention des soins en lien avec une condamnation.

Tableau 1. Axe 4. Stratégie santé des personnes sous main de justice (PPSMJ). Page 22.

Le chantage au traitement dans le but d'éviter une récidive apparaît inacceptable sur le plan éthique dans la mesure notamment où il enfreint le principe de consentement libre et informé, c'est-à-dire la possibilité d'accepter ou de refuser en dehors de toute sanction. Et pourtant, dans le même temps, malgré l'importance de ce principe éthique, on ne peut pas s'empêcher de se poser la question du bénéfice offert à la personne, par exemple auteur d'infraction à caractère sexuel, qui, acceptant de se traiter, sera libérée de prison.

Tableau 2. Avis n° 94 du CCNE : La santé et la médecine en prison.

Les psychiatres peuvent-ils ainsi être entendus directement aux audiences des applications des peines ou peuvent-ils même donner des certificats de situation détaillée ? Il y a un double écueil entre l'injustice qu'il y aurait à priver quelqu'un de la possible exploitation du bénéfice d'un traitement bien conduit et d'un retour sur lui-même ayant amené une évolution positive (alors qu'on certifierait sans état d'âme dans n'importe quel autre domaine somatique les résultats de la thérapeutique et le pronostic pour laisser le malade en disposer), et le risque évident de si le médecin accepte pour certains de donner un certificat, l'absence de certificat pour d'autres soit interprétée comme l'évidence d'une évolution ou d'un pronostic péjoratif.

Tableau 3. Conférence de consensus AVS 2001. Texte de Pierre Lamothe.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L.1110-10 les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle.

Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par la Haute Autorité de santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé.

En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie.

Tableau 4. Article L. 1111-2 du code de la santé publique