

## Réduction des Risques et Prison

### *Ruptures et Continuités*

Actes de la table ronde du 8 juin 2007

« Gérer l'obligation de soins,  
la carotte ou le bâton ? »  
*regards croisés*

#### *sommaire*

- ✓ Dr Catherine Paulet, médecin aux Baumettes (Marseille)
- ✓ Me Hannelore Tymoczko, avocate
- ✓ Mme Pascale Bruston, vice-présidente Tribunal de Grande Instance Melun
- ✓ Dr Frédérique Seltz, Médecin à la Maison d'Arrêt d'Osny
- ✓ Débat avec la salle

avec le soutien du Conseil Régional  île de France et de la DRASSIF

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités****LEXIQUE****SMPR** : Service Médico-Psychologique Régional**UCSA** : Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires**SPIP** : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation**JAP** : Juge d'Application des Peines**CSST** : Centre Spécialisés de soins aux Toxicomanes**CSSD** : Centre spécialisé de Soins à la Dépendance**ETP** : Equivalent Temps Plein**RPS** : Remises de Peines Supplémentaires***De l'incitation à l'obligation de soin****Par Catherine Paulet, médecin psychiatre (Maison d'arrêt des Baumettes, Marseille)***Le schéma de nos structures de soins**

Le Centre Pénitentiaire des Baumettes à Marseille est une prison d'importante capacité, il y a 1 800 détenus, en majorité des hommes, mais aussi des femmes et des mineures. Evidemment cette prison n'est pas dans la même configuration que celle de Melun ou d'Osny que vient de vous décrire Frédérique Seltz, nous avons des équipes de soin étoffées : équipe de soins somatiques au sein de l'UCSA, équipe de soins psychiatriques au sein du SMPR, service médico-psychologique régional.

Aujourd'hui, le dispositif de soins en milieu pénitentiaire est pris en charge par le service public hospitalier. Les soignants en prison sont des équipes hospitalières sous tutelle du ministère de la santé et non de celui de la justice. Chaque prison est liée par convention avec un hôpital de proximité pour les soins, soins de médecine générale et soins psychiatriques. Dans les 26 plus importantes prisons françaises, il existe en plus des SMPR, services de psychiatrie en milieu pénitentiaire ayant une vocation régionale desservant plusieurs établissements. Le SMPR de Marseille dessert neuf établissements, dont les Baumettes. Ces services ont à la fois, une vocation à traiter la question psychiatrique et psychologique, et des missions connexes de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, les termes sont issus d'un règlement intérieur de 1986, aujourd'hui on dirait dépendance ou addiction. Certains SMPR, dont le nôtre, ont un CSST, du reste on ne l'appelle plus CSST comme toxicomanes, mais CSSD comme dépendances.

Notre structure CSSD est très conséquente, et pourtant nous devons faire face à des afflux de demandes, demandes formulées par les personnes qui sont dans des problématiques d'addiction et qui du reste ne sont pas

nécessairement incarcérées en lien direct avec l'usage de produits, mais pour d'autres délits connexes, trafic de stupéfiants, vols..., y compris les délits routiers.

Je suis d'accord avec ce qui a été dit précédemment : C'est l'ensemble de la population pénale qui se voit aujourd'hui proposer le soin comme un traitement qui pourrait permettre de prévenir la récidive et de traiter la délinquance.

Or les soignants sont venus en prison avec une démarche assez claire, aller au plus près des personnes incarcérées pour les soigner, c'est à dire faire une médecine de la personne malade ou en souffrance, quel que soit le délit commis. C'est cela leur démarche initiale. Ils font cela avec je dirais quelques basiques, c'est à dire qu'ils se fondent sur le consentement de la personne aux soins proposés et si possible un consentement qui soit à peu près libre et éclairé, ils sont indépendants professionnellement (et c'est une grande révolution dans la loi de 1994 du reste qui avait été initié par les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire dans les années 80), et ils préservent la confidentialité due au patient, car faut t'il le rappeler, il n'y a pas de médecine sans confidences, il n'y a pas de confiance sans confidentialité, c'est du basique !!

Ceci posé, on n'oublie jamais où on est, c'est à dire en prison. L'idée du dispositif de soins est qu'il soit d'une qualité équivalente à celle du dispositif général pour l'ensemble de la population. Mais on n'oublie pas que l'on est en prison, c'est à dire qu'à la fois il y a un avant et un après, c'est la question des relais. Surtout, la personne détenue en prison est censée avoir un minimum de libre arbitre et une forme de conscience critique, en particulier elle doit à peu près comprendre pourquoi elle est en prison et à défaut de l'accepter, se repérer. Aujourd'hui nous avons une morbidité psychiatrique de la

population pénale qui est extrêmement préoccupante, les enquêtes épidémiologiques qui ont été conduites en 2003/2004 montrent une incidence de la psychose (qui est la maladie mentale la plus grave, très invalidante pour la relation à l'autre, à soi-même et au monde), de l'ordre de 14%, c'est beaucoup, les problématiques d'addiction sont de l'ordre de 38%, c'est beaucoup aussi. Il est vrai que la répression liée à la conduite en état alcoolique ou les délits en rapport avec l'alcool ont aussi beaucoup augmenté le niveau, nous avons une population dont les besoins sont aussi fonction des politiques. Sur cette base là, en tant que psychiatre, nous sommes extrêmement préoccupés par le soin aux personnes malades mentales gravement atteintes en prison, et du reste il y a une co-morbidité importante avec les problématiques addictives. Etant responsable à la fois d'un service de psychiatrie et d'un CSST, je constate cette co-morbidité, le service de psychiatrie le SMPR suit 2/3 de la population suivie par le CSST.

**L'obligation de soins**

Depuis 1974, l'idée de la prison en France, c'est la privation de la liberté d'aller et de venir, le reste se décline en terme de droits. L'obligation de soins en prison équivaldrait à une double peine.

Notre projet médical est de faciliter l'accès aux soins, ce n'est pas de le forcer. C'est vraiment notre démarche et nous ne souhaitons pas qu'il y ait obligation de soins en prison.

Il existe du reste déjà une incitation aux soins pour les condamnés pour infractions sexuelles (loi de 1998) étendue à d'autres infractions (lois de prévention de la récidive de 2005 et 2007) ; si les condamnés ne s'y soumettent pas, ils sont considérés comme ne manifestant pas de gage sérieux de réinsertion et voient compromis leurs aménagements

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

de peine. Incitation n'est toutefois pas obligation, encore que...

Pour moi au fond qu'est ce que l'obligation de soins ?, l'occasion de saisir l'opportunité du soin, mais ce n'est que cela, ce n'est pas une « injection thérapeutique » comme parfois les patients l'entendent. Vous avez tous eu cela je pense, c'est extraordinaire, des patients qui vous disent « je ne veux pas d'injection thérapeutique, je préférerais des comprimés »

- « Reformulez moi cela, je n'ai pas bien compris. !!... »

Pour l'obligation de soins, il faut que l'on s'entende sur les mots, il y a énormément de malentendus sur les objectifs. Que peut on attendre d'une obligation de soins ?, je suis tout à fait d'accord pour dire qu'actuellement l'incitation aux soins en prison se transforme peu ou prou en obligation de soins, pour les raisons avancées par ma collègue sur les remises de peines.

J'ai été très intéressée d'entendre dire que s'il n'y avait pas de suivi, il était impossible au juge de l'application des peines de donner des remises de peines supplémentaires. Et pourquoi donc ? Il est écrit : « n'est pas considéré comme un gage sérieux de réinsertion » mais il n'y a pas que le soin, il y a le travail, la formation, le paiement des dommages et intérêts etc... Récemment une collègue de Nice me montrait une ordonnance de refus de réduction de peine, il y avait un refus total de réduction de peine supplémentaire motivé pour deux raisons : la première raison était que « la personne ne faisait pas assez d'effort à

l'école », et la deuxième raison extraordinaire était que « le suivi psychologique au SMPR ne pouvait pas garantir la prévention de la récidive ».

Il n'y a pas une vraie politique de l'application des peines et on voit bien combien c'est le malentendu qui génère ce type d'écriture, parce qu'on ne s'entend pas sur ce que l'on peut attendre du soin en prison. Je suis sensible à ce qui a été dit, c'est à dire qu'il faut préserver le soin. Je suis très favorable à ce que l'on ait des dialogues nourris avec nos partenaires, nourris et parfois même musclés pourvu que l'on s'entende sur nos missions respectives.

Cela ne me gêne pas de donner un certificat de suivi médical à une personne que je suis, mais après sur le contenu du certificat c'est une autre affaire, ce que je peux dire c'est que cette personne est suivie régulièrement ou non. Ce que j'attends de mes partenaires du comité de probation, du SPIP, du partenaire judiciaire, du juge d'application des peines, c'est qu'ils interrogent la personne qui est concernée c'est à dire la personne détenue, qu'ils se fassent une idée de l'évolution de la personne, qu'ils croient en sa parole, que sa parole ait du poids, qu'ils ne m'appellent pas en me disant que « le détenu me dit que..., mais vous qu'en pensez-vous ? ». Je ne peux pas avoir une position d'évaluation « expertale », je suis dans une position soignante.

Je vais faire un travail psychothérapeutique, pour aider la personne à en comprendre un peu plus sur son fonctionnement psychique et relationnel, c'est compliqué et les changements sont compliqués. Si

de ce travail, il en résulte un bénéfice personnel et social de prévention de la récidive, c'est évidemment tant mieux, mais il ne faut pas me demander cela comme objectif premier, me demander de faire une thérapie qui vise à prévenir la récidive, cela je ne sais pas faire.

De surcroît, j'attends des magistrats qui ne seraient convaincus ni par le certificat, ni par la parole de la personne condamnée, qu'ils fassent appel à un expert psychiatre pour éclairer leur lanterne.

La question c'est la question du risque. De deux choses l'une soit nous acceptons l'idée du risque comme consubstantiel de la vie, soit nous ne l'acceptons pas, nous sommes dans une mesure de sûreté et à ce moment là le risque zéro c'est la mort, on ne fera plus rien.

Il faut que nous prenions conscience collectivement, c'est vrai en milieu pénitentiaire car il y a un prisme déformant mais c'est aussi très vrai en médecine générale, que nous sommes en train de passer d'une médecine de la personne à un contrôle social médicalisé rassurant, ce n'est pas pareil, on ne fait pas la même chose.

De surcroît, c'est une imposture, ça ne marche pas, seules les personnes qui sont en confiance peuvent avancer. Si vous ne vous adressez pas à moi, et à travers moi à vos figures archaïques, si vous vous adressez au juge de l'application des peines, autant que je m'efface et que vous vous adressiez directement au juge car nous perdons notre temps.

**L'injonction thérapeutique dans le cadre de la loi Perben 2**

*Par Hannelore Tymoczko, avocate*

Au risque de vous décevoir je ne vais pas vous faire un cours exhaustif de procédure pénale, pour la simple et bonne raison que nous, praticiens du droit, nous ne nous encombrons pas des lois puisqu'elles changent tous les trois jours, nous avons juste un code sous la main et quand on nous demande quelque chose nous regardons dans le code. Même la loi sur la récidive, change également tous les jours, là aussi quand nous sommes dans un Tribunal et que le parquet soulève la récidive légale, on met notre nez dans le code pour savoir ce que l'on peut faire.

Il m'a été demandé de vous parler de l'injonction thérapeutique dans les lois

Perben 2. Si la loi Perben 2 parle d'injonction thérapeutique, nous la trouvons surtout dans ce que nous sumomons Perben 3, la loi relative à la prévention de la délinquance, la dernière promulguée le 5 mars 2007. C'est donc surtout dans cette loi que l'on trouve des références à l'injonction thérapeutique.

Parlons d'abord du délit d'usage. Le délit d'usage, je vous le rappelle, est l'article L3421-1 du code de santé publique, j'ouvre juste une parenthèse pour vous dire que l'usage est encore la seule infraction à la législation sur les stupéfiants qui se trouve dans le code de santé publique, toutes les autres infractions sont

dans le code pénal, ce qui prouve que l'Etat a encore en tête que l'usage est plus un problème de santé publique qu'un problème de délinquance pure, voici cet article L3421-1 : « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 € d'amende ». Evidemment cela représente le maximum de peine encourue. Pour exemple, nous avons défendu deux usagers la semaine dernière : le 1er était un patron de boîte qui a pris un rail de cocaïne avec sa petite amie qui avait 30 ans de moins que lui, elle 18 ans et lui 50 ans, il a eu 6 mois

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

avec sursis. L'autre était un trafiquant de stupéfiants de « profession » qui, pour une fois n'était pas en récidive de trafic, mais juste en délit d'usage, lui a eu 3 mois ferme.

Nous pouvons aussi avoir des personnes qui sont arrêtées pour avoir fumé un pétard et qui ont juste une amende. Cela dépend vraiment du casier judiciaire de chacun, des circonstances du lieu de juridiction, etc...

Ce que la loi de 2007 a rajouté à cet article, ce sont les stages de sensibilisation aux dangers de l'usage des produits stupéfiants. Les personnes coupables du délit d'usage encourent à titre de peine complémentaire l'obligation d'accomplir un stage de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants. En pratique la personne qui doit faire ce stage a 6 mois à compter de la date de condamnation pour trouver un centre où faire le faire à la fin de celui-ci, il recevra une attestation qu'il enverra par courrier recommandé au Procureur de la République pour preuve.

Le tronc de tout ce qui concerne l'usage est la loi de 1971, agrémentée d'un certain nombre de circulaires, je pense 6 circulaires en tout. Dans ces circulaires qui concernent plus la santé publique que mon domaine, j'ai retenu une chose qui est importante en droit, c'est la définition de ce qu'est un candidat à l'injonction thérapeutique. Ces circulaires définissent le candidat comme un usager d'habitude, présentant des signes d'intoxication ou reconnaissant se livrer régulièrement à une consommation de stupéfiants. Ce qui est intéressant dans cette définition est que, ce qui est visé dans la définition du candidat à l'injonction thérapeutique n'est pas le type de drogue, mais le niveau de consommation. La circulaire de 1995 est venu rajouter que tout usager d'héroïne, de cocaïne, consommateur dépendant au cannabis ou le multitoxique entre dans la définition de ce candidat. Dans la pratique, comme les peines pour usage, c'est une question d'appréciation, au cas par cas. Il est évident que fumer un pétard ou sniffer un rail à Douai, ce n'est pas la même chose qu'à Paris, de même qu'une personne avec un casier judiciaire ce n'est pas la même chose qu'une personne qui n'en a pas. De plus, souvent quand il y a une récidive en matière d'usage, les parquets sont très rapide à considérer qu'il y a comme une « fragrance » d'activité délinquante

derrière tout cela et que l'usager vend sûrement pour acheter sa consommation.

Dans cette combinaison entre la loi Perben 2 du 9 mars 2004 et la Perben 3 de 2007, deux cas de figures se dessinent : le 1er c'est lorsque des soins ne paraissent pas nécessaires, la loi Perben 2 a cherché à traiter le contentieux de l'usage un peu comme celui de l'alcoolisme au volant, c'est à dire comme un contentieux de masse et a étendu ce qu'on appelle l'ordonnance pénale à l'usage des stupéfiants. En deux mots qu'est qu'une ordonnance pénale ? Une ordonnance pénale est un jugement qui se fait sans entendre la personne, sur simple examen de son dossier, le magistrat a devant lui un procès verbal qui détermine les circonstances de l'infraction et va décider d'une peine d'amende à la lecture de celui-ci. L'amende envoyée, la personne a 30 jours pour faire opposition à ce jugement. Ces magistrats, quand des soins n'apparaissent pas nécessaires peuvent toujours aussi prononcer l'obligation d'un stage de sensibilisation. L'exécution de ces obligations (amende et stage) mettra fin aux poursuites pénales. Lorsque les soins sont nécessaires en revanche, c'est la loi de 2007 qui est venu règlementer ce cadre.

Tout d'abord, il est bon de dire qu'en pratique la présélection des candidats à l'injonction thérapeutique est faite par les services de police. C'est au moment de l'arrestation que les policiers décident si oui ou non il y a lieu d'orienter cette personne vers une injonction thérapeutique ou si elle va suivre la première voie. Encore une fois tout cela dépend des régions, à Paris par exemple, nous avons généralement des référés systématiques devant les procureurs qui décident eux de l'avenir de la personne arrêtée. C'est le cas quand les Parquets ont des substituts spécialisés dans les infractions à la législation sur les stupéfiants, soit il y a un déferé immédiat et c'est le procureur qui va décider, soit il n'y a pas de déferé immédiat, auquel cas la police remettra une convocation et la personne se verra notifier son injonction thérapeutique par un substitut du procureur. Comme il y a une certaine déperdition entre le moment où on donne la convocation à la personne pour aller voir le procureur et le moment où elle y va, les Parquets aiment bien aussi souvent adjoindre à cette convocation,

une citation à comparaître devant le tribunal au cas où la personne ne viendrait pas, cela se fait à Paris notamment. En référé, le procureur de la République va enjoindre au prévenu de se soumettre à cette mesure d'injonction. La loi de 2007 fixe une durée de 6 mois renouvelable 3 fois, et donc pour revenir au titre de cette table ronde « La carotte ou le bâton », une personne qui s'est soumise à une mesure d'injonction thérapeutique verra l'action publique abandonnée à son encontre. Encore faut-il qu'il la suive, et pour qu'il la suive, la loi a créé un médecin relais, qui est un peu l'équivalent du conseiller de probation, son rôle est d'être l'interface entre les établissements de soins et le parquet, on a cherché à séparer la coercition du soin qui ne sont pas deux domaines qui font bon ménage. Ce médecin relais va devoir procéder à un certain nombre d'enquêtes : familiale, sociale, professionnelle, et décider si oui ou non il y a lieu médicalement à une injonction thérapeutique. Si l'état de dépendance physique et/ou psychologique de la personne est confirmé alors elle sera orientée vers un centre spécialisé aux soins aux toxicomanes où il ira faire son injonction et verra un médecin régulièrement, donnera des certificats médicaux au médecin relais qui recueillera tous les documents de suivi et les enverra au procureur de la République pour attester du bon suivi de l'injonction. Evidemment si la personne abandonne ses visites chez le médecin en cours de mesure, il en avertit immédiatement le Parquet et le processus répressif reprend son cours normal. Ce qui est nouveau aussi dans la loi de 2007, c'est que cette injonction thérapeutique peut être prononcée maintenant à tous les stades du périple judiciaire, nous avons parlé de l'arrestation et au niveau du Parquet, après il y a l'instruction où le juge d'instruction peut lui aussi prononcer des mesures de contrôle judiciaire avec injonction thérapeutique, le juge des enfants peut prononcer également des mesures d'injonction thérapeutique, et le juge du fond pourra prononcer une injonction à titre de peine complémentaire aussi bien que comme modalité d'exécution à un sursis avec mise à l'épreuve.

Voilà ce que la loi de 2007 apporte de nouveau à cette question de l'injonction thérapeutique

Je vous remercie

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités****Le Juge de l'application des peines face à l'obligation de soins en détention**

Par Pascale Bruston, Vice-Présidente du Tribunal de Grande Instance Melun

Je suis Juge de l'application des peines au Tribunal de Grande Instance de Melun. Un tribunal d'une quarantaine de magistrats environ. En tant que chef du service, je suis concernée par tous les contentieux de l'application des peines, mais je suis spécifiquement en charge du Centre de détention de Melun, un établissement pour longues peines où sont incarcérés 300 détenus à des peines largement supérieures à 10 ans.

Le rôle du Juge de l'application des peines en milieu dit fermé est d'une part l'application des peines, c'est à dire le jugement des aménagements de peine (sorties anticipées, libérations conditionnelles par exemple), permissions de sorties ainsi que les remises de peine sur lesquelles je vais revenir. Il a d'autre part, en parallèle à cette mission juridictionnelle, une mission générale de contrôle, des conditions de détention notamment, et c'est plus à ce titre, le cas échéant s'il s'y intéresse, qu'il peut être amené à rencontrer la politique de réduction des risques. En fait le juge ne rencontre pas cette politique, non pas qu'elle n'existe pas, mais tout simplement par méconnaissance de celle-ci.

Le titre de cette table ronde est : « loi Perben 2, gérer l'obligation de soins, la carotte ou le bâton », je vais donc essayer d'évoquer avec vous ce que sont les soins en prison, l'obligation de soins en prison (qui en réalité est une incitation) et celle-ci n'est pas propre aux questions de l'addiction, c'est une incitation générale de soins. Après je reviendrais sur un certain nombre d'enjeux et de risques dans la mise en œuvre de cette politique.

**L'obligation judiciaire de soins**

L'obligation judiciaire de soins est, de façon générale, l'obligation de se soigner sous peine de sanctions en cas d'inexécution. A l'exception de l'injonction thérapeutique, dont l'irrespect entraîne la poursuite devant le Tribunal correctionnel, la sanction habituelle de l'obligation de soins est une peine de prison dont le maximum a été fixé à l'avance.

L'obligation de soins la plus courante et la plus ancienne a été créée en 1958, en même temps que le Juge d'application des peines et que le sursis avec mise à

l'épreuve. C'est la mesure la plus utilisée à l'égard des personnes placées sous main de justice suivies dans le cadre du « milieu ouvert » (non incarcérées). Elle concerne toutes les infractions et toutes les mesures, du contrôle judiciaire au sursis avec mise à l'épreuve, la libération conditionnelle etc... La seconde catégorie d'obligation, beaucoup plus récente, est le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins créé par la loi du 17 juin 1998. Cette loi est propre aux infractions sexuelles, et se caractérise par l'exigence d'une expertise préalable et l'intervention d'un médecin coordonnateur. La troisième catégorie est l'injonction thérapeutique.

En prison les choses sont tout à fait différentes pour une raison fondamentale. En prison, le principe est que le soin est un droit mais ne peut être une obligation. Actuellement, on ne peut d'ailleurs non plus contraindre quelqu'un à travailler. Ce grand principe est battu en brèche depuis la loi de 1998 sur le suivi socio-judiciaire qui prévoit un système d'incitation. Toute personne condamnée pour une infraction de nature sexuelle à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins doit être reçue par le Juge d'application des peines qui l'informe qu'elle peut commencer un traitement en détention et surtout, dans l'hypothèse où elle refuserait un traitement, qu'elle ne pourra obtenir aucune remise supplémentaire de peine.

Les remises de peines ont été créées à la suite des grandes émeutes en prison en 1972.

Parallèlement aux réductions de peine liées à la « bonne conduite », ont été créées en 1975 les réductions de peine supplémentaire, pour « effort sérieux de réadaptation sociale ». Initialement, elles étaient fondées sur le travail. En 1986, elles ont été étendues à la formation et l'acquisition de connaissances, et en 2000, à l'indemnisation des victimes. Mais en 1998, la loi sur le suivi socio-judiciaire a ajouté le fait de se soigner et en cas de refus de soins, l'impossibilité pour le Juge d'application des peines d'accorder cette réduction supplémentaire de peine, sauf décision contraire.

Il faut préciser que si l'injonction thérapeutique est liée à l'usage de produits stupéfiants, et le suivi socio-judiciaire aux infractions sexuelles, les

textes ne précisent pas le mode de soins. Par ailleurs, le suivi socio-judiciaire avec injonction de soin est lié aux problématiques liées aux infractions de nature sexuelle. A priori, les problèmes d'addiction en soi ne relèvent pas de cette catégorie.

**La loi Perben 2**

La loi Perben 2 du 9 mars 2004 est d'une façon générale une loi qui contient des dispositions répressives, sauf en ce qui concerne l'application des peines, où il s'agit d'une loi libérale. C'est en effet le texte qui a achevé la juridictionnalisation de l'application des peines. Notamment, toutes les décisions du J.A.P peuvent être frappées d'appel par le condamné. La loi a également facilité l'aménagement des courtes peines d'emprisonnement. Cette loi n'a pas modifié les conditions d'octroi, mais elle a augmenté la durée des réductions supplémentaires de peines : 3 mois maximum par an au lieu de 2 mois par an. Cela explique en partie la plus grande exigence des J.A.P dans l'application des critères. Par ailleurs, le droit d'appel et le contrôle par les Cours d'appel et la Cour de cassation ont obligé et c'est très positif, les différents professionnels et les J.A.P en premier lieu, à fixer des critères pour fonder leurs décisions, d'être ainsi moins « impressionnistes » et moins arbitraires.

**Loi sur la récidive**

La loi du 12 décembre 2005 sur la récidive apporte plusieurs modifications.

Concernant les réductions supplémentaires de peine, elle pose pour condition de suivre un traitement « pour prévenir la récidive ». Cela est très important car ce n'est pas tout à fait la même chose de se soigner sans avoir à préciser pourquoi ni comment, et se soigner « pour prévenir la récidive ».

La seconde modification est que le fait de ne pas suivre un traitement est mieux caractérisé qu'auparavant puisque la loi précise : le J.A.P ne pourra pas accorder de remise de peine si la personne refuse le « traitement proposé ». « Proposé », c'est intéressant car cela signifie plus clairement qu'il faut préalablement

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

proposer un traitement au condamné, sous-entendant par là que si le traitement est inapproprié ou s'il n'y a pas de traitement possible, faute de médecins en nombre suffisants dans l'établissement par exemple, le J.A.P peut accorder des réductions de peine.

Troisième modification, la loi du 12 décembre 2005 a étendu la peine du suivi socio-judiciaire à toutes les infractions graves d'atteinte à la vie: le meurtre, l'assassinat, etc... Parallèlement, elle a étendu l'obligation de soin aux détenus condamnés pour des infractions pour lesquelles « le suivi socio-judiciaire est encouru » c'est à dire même si la peine de suivi socio-judiciaire aurait pu être prononcée par la juridiction de jugement mais ne l'a pas été. Or le suivi socio-judiciaire ne peut être prononcé sans une expertise conduant qu'un « traitement peut être proposé ». On peut supposer que la juridiction de jugement a statué en toute connaissance de cause, et cette nouvelle disposition interroge.

**La pratique**

Il n'y a pas une pratique, mais des pratiques, non une prison, mais des prisons ; la situation est radicalement différente entre maisons d'arrêts, établissements pour peines, centrales, centres de détention. Il n'y a pas non plus un Juge de l'application des peines, mais 250 juges. Il nous est difficile d'harmoniser nos pratiques, par manque de moyen et d'organisations, mais en partie aussi parce que les situations locales sont différentes d'un tribunal à l'autre.

De façon générale, en matière de soins, sans que les textes le prévoient expressément, l'ensemble du contentieux de l'application des peines, permissions de sortir comme aménagements de peine notamment, est fondé sur un régime d'incitation. En fonction des éléments au dossier, les décisions peuvent être conditionnées à la mise en œuvre préalable de soins.

En ce qui concerne les réductions de peines et la question de l'injonction de soins, le juge statue sur dossier, qui contient des expertises, des éléments de personnalité, les avis donnés à la commission d'application des peines oralement et par écrit, notamment par le Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP), les attestations données par les soignants et éventuellement de

nouvelles expertises qu'il peut ordonner. Le principe est que l'on a besoin de moins de preuves pour aller dans le sens de la liberté que pour ne pas accorder un droit; ainsi, concernant les réductions supplémentaires de peine, estimer que l'injonction de soin n'est pas respectée suppose avoir la preuve qu'un traitement est nécessaire, qu'il a bien été proposé et enfin la preuve qu'il a bien été refusé par le condamné.

**Les enjeux des soins en prison**

A titre personnel, j'estime qu'un des enjeux est de préserver les soins. Un des risques lié aux politiques d'application des peines est d'imposer des soins inutiles ou inadaptés, voire d'imposer des techniques intrusives, de façon non nécessaire. Un exemple est connu mais bien réel : un certain nombre de juges continuent d'imposer des analyses des gamma Gt pour évaluer la réalité de l'usage d'alcool.

Réductions de peines et aménagement de peines sont des « carottes », mais le système peut aussi se transformer en « bâton ». Par exemple, refuser toute réduction, tout aménagement alors même que les soins seraient strictement inutiles, alors même qu'ils seraient totalement impossibles, du fait de la personnalité de la personne condamnée ou de l'impossibilité matérielle d'apporter ces soins. Le risque évident est l'instrumentalisation de l'ensemble du système, une logique où tout serait tourné vers des soins formels, où on oublierait le soin au sens thérapeutique. La systématisation des soins étendue à l'ensemble de la population d'un établissement peut aussi avoir pour effet d'en priver ceux pour qui ils seraient indispensables par manque de praticien.

De ma place de juge à Melun, cependant, le risque est d'abord le manque de moyens. Au quotidien, je rencontre des condamnés qui demandent des soins, et pas seulement pour se conformer aux exigences de l'application des peines. Ils savent dès leur arrivée à l'établissement que j'y attache de l'importance et font en sortent de remplir les conditions.

Néanmoins, en audience de nombreux condamnés en souffrance disent clairement : « je sais que j'ai des pulsions pédophiles, je sais que je ne vais pas bien, je sais que je risque de reprendre l'alcool en sortant, je souhaite voir quelqu'un ».

Actuellement, au centre de détention de Melun, le délai d'attente pour consulter un alcoologue est de huit mois. Il n'y a pas de consultation spécialisée en matière de toxicomanie. Concernant les psychologues, les délais peuvent aller jusqu'à six/dix mois d'attente.

**La formation**

La formation des magistrats est insuffisante en la matière. Ainsi, la formation des nouveaux juges de l'application des peines à laquelle j'ai participé a consacré une journée à la prison.

**Organisation des soins, orientation et évaluation.**

L'ensemble du système des réductions de peines et d'aménagement des peines suppose qu'à un moment donné des spécialistes puissent faire savoir aux juges s'il y a besoin de soins. Sinon, cela donne lieu à une sorte de bricolage. L'articulation entre les acteurs est une nécessité. Le service pénitentiaire d'insertion et de probation joue un rôle majeur. Au delà des attestations, que je n'exige pas forcément, le S.P.I.P peut participer d'un secret partagé, à un projet thérapeutique dans le cadre duquel il peut ne pas tout dire au juge. Son rôle et son devoir sont de ne pas tout dire au juge.

Le secret professionnel est une notion qui se perd, chez certains de mes jeunes collègues magistrats, chez les jeunes travailleurs sociaux du SPIP. J'ai été parfois contraint de rappeler en commission d'application des peines que telle information, je ne l'avais pas entendue, que les intervenants n'avaient pas à me la donner et qu'en tout état de cause, je ne l'utiliserais pas pour statuer. Il y a du travail à faire pour préserver un certain nombre de principes fondamentaux.

En ce qui concerne la question du consentement, de l'adhésion aux soins, j'ai constaté qu'un soin obligé peut déboucher sur un soin accepté de qualité. En revanche, forcer le consentement en prison est particulièrement ennuyeux car il n'y a pas le libre choix du thérapeute en prison.

Je conclurai à propos de l'obligation de soins. Quel est l'objectif recherché ? les différentes lois pénales qui se succèdent amènent à se questionner.

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

Les juges de l'application des peines sont majoritairement héritiers de la logique d'après 1945, la nouvelle défense sociale, l'idée selon laquelle la peine a pour fonction d'aider le condamné à évoluer, que toute personne a vocation à changer. Dans cette conception, le soin doit répondre à une indication thérapeutique dans le cadre du libre arbitre d'un sujet qui peut décider de faire en sorte ne pas

réitérer ; le condamné est aidé à ne pas réitérer, mais dans l'ordre de son libre arbitre. L'objectif est celui du soin, de l'indication thérapeutique, et le cas échéant, de la prévention de la réitération. Aujourd'hui, nous avons du mal à déterminer les priorités fixées par les nouveaux textes. Est ce que l'incitation aux soins dans les prisons est une politique de santé publique, est-ce de la

réduction des risques ? est-ce la prévention de la récidive ? est-ce une mesure de sûreté ? un pur contrôle ? ou tout simplement une politique d'affichage ? ce sont les questions qui se posent à nous et qui sont difficiles à résoudre au quotidien.

Je vous remercie.

**Gérer les demandes de certificats de suivi thérapeutiques**

Par Frédérique Seltz, médecin généraliste à la Maison d'Arrêt d'Osny

**Quelques chiffres sur le service santé de la Maison d'Arrêt d'Osny**

Je travaille à la maison d'arrêt d'Osny où il y a 825 détenus. Le service santé a 2,3 ETP médecins généralistes, 0,4 ETP psychiatre et 2,9 ETP psychologues. 4 ETP sont dévolus à du travail de groupe, 0,2 ETP à un temps alcoologue. Il reste donc 2,3 ETP pour la prise en charge psychothérapeutique qui est essentiellement effectuée par les psychologues, étant donné le temps psychiatre qui nous est imparti et les pathologies psychiatriques lourdes existantes en prison.

**L'incitation aux soins**

La médecine générale n'étant pas soumise à l'incitation aux soins en prison, je vais quand même parler de la loi Perben qui concerne essentiellement les soins psychologiques.

La prise en charge psychothérapeutique liée à la loi Perben est donc retombée sur les psychologues qui reçoivent en moyenne 35 demandes de prise en charge par semaine avec une liste d'attente de 58 personnes. Le rythme des consultations psychologiques varie d'une fois par semaine à une fois par mois en fonction de la demande du patient.

La conséquence de la loi Perben sur le travail des psychologues a entraîné un afflux de demandes d'entretiens sur des motivations parfois surprenantes tel le patient demandant à la psychologue « je voudrais une fiche de présence où la psychologue donnerait des grâces » Voici une série de courriers représentatifs de ce qu'elles reçoivent régulièrement :

1er courrier : « Je me permets ce courrier pour faire appel à vos services. En effet j'aimerais m'entretenir avec un psychologue car je ne l'ai jamais fait. »

Quinze jours plus tard « Je me permets par ce troisième courrier de relancer ma demande de soins auprès de votre service. En effet j'ai absolument et impérativement besoin de vous rencontrer afin de prouver ma volonté de m'en sortir, car je passe en appel dans un mois et j'ai vraiment besoin de votre aide. »

3ème courrier : « Je désire avoir une consultation de toute urgence, c'est ma quatrième demande et je n'ai eu aucune réponse de votre part » [...]

« Je me permets par cette cinquième lettre, de vous demander si vous pouvez me prendre en consultation de toute urgence cet après midi, car demain il me faut une attestation en urgence en vu de mon appel en révocation de sursis qui aura lieu dans deux semaines. C'est pour cela que c'est important et donc urgent que je puisse vous rencontrer. »

C'est donc un afflux de demandes qui met toute l'équipe en difficulté devant la longueur de la liste d'attente et qui, nous semble-t-il, dessert les patients en réelle souffrance et en réelles demandes de soins, d'autant que la lecture des courriers, hormis ceux que je viens de vous lire, ne permet toujours pas de cibler la demande par rapport au judiciaire ou une demande de soins.

**Les certificats de suivi**

Nous remarquons un certain nombre d'interruptions de prise en charge après la remise du fameux certificat. Je peux aussi citer le cas de Monsieur G., à qui on a retiré des remises de peines supplémentaires pour cause de « non suivi psychothérapeutique ». Monsieur G., détenu modèle, aucun rapport d'incidents, travaillant depuis le début de son incarcération, a été incarcéré en 2004. Il a effectivement eu un suivi

psychothérapeutique en pointillé depuis le début de son incarcération, sans vraiment de réelle demande si ce n'est celles de son avocat, ou sur les conseils de ses co-détenus, avec un arrêt définitif de son suivi après le procès, en mars 2006. Il fait une demande de certificat de suivi en février 2007, en vu d'un passage en commission pour obtenir des remises de peines. Monsieur G. s'est vu retirer la totalité des RPS auxquelles il pouvait prétendre au motif d'un non suivi psychothérapeutique depuis avril 2006. La qualité du travail effectué par Monsieur G. et son évolution, ne sont absolument pas connus du juge, de même que ces données étaient inconnues lorsque l'intégralité de ses RPS lui avaient été accordées en avril 2006.

A l'UCSA d'Osny, les certificats sont remis aux patients, ils indiquent uniquement les dates et la fréquence du suivi, sauf pour les alcoologues qui remettent un certificat après chaque consultation. Ne sont stipulés dans les certificats aucune appréciation sur la qualité du travail. Je dois signaler qu'au début de l'application de la loi Perben 2, nous avons rencontré la JAP qui nous avait demandé de remettre au patient, une attestation lors de la réception d'une lettre demandant un suivi, ceci afin de pallier aux longs délais d'attente et ainsi, ne pas pénaliser les détenus par rapport aux RPS.

Tout cela pose question par rapport à ce qui est attendu par la justice de ces certificats et de ces suivis.

**Le positionnement des psychologues par rapport à la loi**

Les psychologues semblent gênées dans leur pratique par rapport à ces demandes de suivis, uniquement motivées par une libération plus rapide. Elles ont le sentiment d'être instrumentalisées et

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

englobées dans le système judiciaire, malgré tout les efforts du service santé pour s'en démarquer, gage de meilleure prise en charge thérapeutique.

L'incitation aux soins avec la carotte permet effectivement un contact avec un psychologue à des personnes qui, sans carotte, n'auraient jamais rencontré de psychologue, et cela pourrait permettre le début d'un travail personnel. Mais cela modifie l'approche thérapeutique du praticien dont l'objectif est d'abord de

travailler la demande du patient, c'est à dire inciter le patient à avoir une demande et non pas d'entrer d'emblée dans le travail que pourrait effectuer la personne.

Pour les psychologues cette nouvelle approche de la thérapie est lourde à gérer. Elles ont un sentiment d'impuissance face à ce type de demandes, leur nombre important, le peu de personnel, en plus de la difficulté à discerner, parmi celles-ci, celles des patients en réelle souffrance.

Face à cela, les thérapeutes doivent mettre en place des stratégies pour garantir la qualité du travail proposé aux patients en souffrance.

Un groupe d'écriture vient d'être mis en place à la maison d'Arrêt depuis environ deux mois, la psychologue qui l'anime s'est clairement positionné, elle ne donnera pas de certificat aux personnes qui participent à ce groupe afin de ne pas « polluer » la participation à ce groupe par des demandes de certificats...

**Débat avec la salle**

**Olivier Maguet :** En tant que juge vous avez été interpellée sur les attestations, en faut-il, n'en faut-il pas ? , Pouvez vous nous dire juste un commentaire ?

**Pascale Bruston :** Très rapidement pour parler de la difficulté des juges que nous sommes, c'est la loi tout simplement et nous devons bien la respecter. Sur les réductions supplémentaires de peines, en effet, entre la loi Perben 2 et la loi du 12 décembre 2005, il y a bien un texte qui dit que « les personnes ayant été condamnées à un suivi socio-judiciaire ou pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, si ces personnes là refusent de suivre le traitement qui leur est proposé, elles ne sont pas considérées comme manifestant des efforts sérieux de réadaptation sociale ». « Ne sont pas considérés comme » cela veut dire 0 jour.

La loi dit aussi « sauf décision spéciale du juge prise après avis de la commission des peines ». Toutes les lois laissent une possibilité au juge d'y faire échapper le condamné ou le justiciable, car autrement cela est anticonstitutionnel, c'est exactement ce qui va se faire là sur les peines plancher, on va dire « sauf si le tribunal fait le contraire ». Mais si le juge dans 100% des cas n'applique pas la loi, il y a appel sur appel sur appel et toutes nos décisions sont infirmées, nous sommes totalement coincés par ce texte, et c'est pour cela que ce qui compte c'est d'avoir des traitements à proposer, avoir des médecins qui nous disent s'il le faut ou s'il ne le faut pas. S'il ne le faut pas, parfait, il aura des réductions de peines même sans soins.

Deuxième chose que j'ai envie de dire, c'est que nous pouvons faire des choses intelligentes, et ce malgré ce texte, qui ne

l'est pas à mon point de vue. Nous pouvons effectivement travailler collectivement, travailler avec le SPIP, la direction de l'établissement et l'UCSPA pour se mettre d'accord sur un certain nombre de choses. Nous l'avons fait à Melun, nous continuons de le faire, cela fait 2 ans que nous avons un groupe de travail. Juste pour vous donner une indication de possibilité : pour avoir des remises de peines « efforts sérieux de réadaptation sociale », tous les critères de la loi sont : le travail d'une part, l'indemnisation des victimes d'autre part, et troisième critère, c'est là où on entre dans les soins, nous l'avons appelé sens de la peine, c'est à dire que tout effort du condamné pour réfléchir aux raisons de sa présence en prison, et pour préparer sa sortie doit être pris en compte. Là dedans il n'y a pas forcément les soins, il peut y avoir l'activité musique, ou autre. C'est une façon de ne pas attacher d'importance au suivi psychologique, et pouvoir dans tous les cas accorder des remises de peines, même sans soins.

Demière chose par rapport à ce qui a été dit, Pourquoi y a-t-il une différence entre la loi Perben 2 et avant ? Vous avez dit quelque chose d'intéressant tout à l'heure « on lui a retiré ses remises de peines »... Cela c'était autrefois, avant la loi du 9 mars 2004. On estimait que la personne avait droit à 2 mois et s'il y avait des choses négatives on retirait du temps, on passait de 2 à 1 mois, 15 jours, 0 jour. Avec la loi Perben nous sommes dans la logique inverse. D'abord nous sommes passé de 2 mois à 3 mois, donc tous les juges ont estimé que le législateur a voulu que l'on soit exigeant. Le principe est que quelque part c'est 0 jour si on ne fait aucun effort. On a déjà 2 mois de remise automatique de peines le jour de l'incarcération, crédit de réduction de

peines, pour avoir les 3 mois supplémentaires il faut faire des efforts. C'est totalement paternaliste, mais c'est ce qu'a voulu le législateur, donc on y va : vous travaillez ? : 30 jours, vous faites de la musique, de la thérapie, vous préparez votre sortie ? 15 jours, 3 jours, 20 jours.. Nous arrivons à 83/84 jours, vous avez besoin de soins et êtes en suivi ? Parfait vous arrivez à 3 mois. Nous avons une expertise qui dit que vous avez besoin de soins et vous n'en faites pas ? Ah ! Alors sur le critère sens de la peine, nous vous enlevons 2 mois 1/2, donc au lieu de vous donner 3 mois, vous aurez 15 jours. Tout ceci pour vous dire que nous sommes très coincés, surtout en Maison d'Arrêt où les peines étant très courtes, de l'ordre de 2 mois à un an, on ne statue pas sur 3 mois de remise, mais sur 2, 5, 15 jours. C'est totalement absurde, donc certains collègues mettent 0 jour ou à l'inverse le maximum, comme cela c'est beaucoup plus simple. Voilà nous essayons de nous accommoder entre le paternalisme, l'incitation, nous essayons de trouver une équité dans le système.

**Béatrice Stambul :** Moi j'écoute des choses que je connais un peu, et je trouve que c'est terrifiant pour les intervenants. Ce matin je disais qu'il fallait que nous nous organisions pour envisager de venir travailler en détention, et je crois que vous avez compris à quel point nous nous retrouvons de fait instrumentalisés par le système qui vient de nous être décrit. C'est à dire que ce qu'il en est de ma relation singulière avec la personne dont je m'occupe est complètement faussée. Je vous entends Madame la Juge, je vous entends bien et en plus je rêverai de travailler avec un juge comme vous car moi j'ai une JAP qui ne donne pas de remises de peines supplémentaires aux personnes qui sont sous Méthadone parce



**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

que ce sont des « toxicomanes ». Je suis doublement instrumentalisée car je fais des certificats comme quoi les personnes se soignent, et comme on sait ce que je viens faire en prison, mes patients sont pénalisés parce qu'ils viennent me voir car c'est le signe qu'ils ont des problèmes. Je pense véritablement que le combat pour que les droits des personnes incarcérées soient les mêmes que dehors, au regard de la santé, mais il y a encore un vrai chemin à faire et l'obligation de soins « Perben 2 » et les incitations de diverses natures biaisent complètement l'espace déjà assez virtuel de liberté de soins qui pourrait être le leur. Vous l'entendre redire ce matin comme cela, je le vis mais cela me donne un peu froid dans le dos.

**Catherine Paulet :** Je vais répondre à ce que tu viens de dire. Tout à l'heure on disait qu'il n'y a pas assez de moyens dans les prisons. Peut-être, mais en même temps je travaille en prison depuis 1991, j'ai vu les moyens augmenter, mais je peux vous dire aussi que j'ai vu le nombre de personnes malades augmenter aussi. C'est à dire que nous sommes victimes aussi de notre succès et que si d'un côté on soigne mieux il y a, de l'autre, de plus en plus de personnes malades. C'est vrai dans les champs de la psychiatrie, mais aussi dans celui de la médecine générale. Je pense qu'il faut savoir ce que l'on cherche à obtenir, je vais peut-être être cynique mais, par rapport à la loi Perben 2, au fond je m'en fous s'il n'y a pas de remises de peines supplémentaires, moi comme médecin traitant, je m'en fous ce n'est pas mon problème. Je ne vais pas mettre des médecins pour qu'il y ait des remises de peines supplémentaires, je vais mettre des médecins, des psychologues parce qu'il y a des personnes qui ne vont pas bien et que cela sera utile pour eux de faire le point sur là où ils en sont et ce qu'ils viennent faire en prison, comment cet acte délinquant ou criminel s'inscrit dans leur histoire, dans leur trajectoire.

Est-ce qu'ils sont capables d'en faire quelque chose ? Est-ce qu'ils sont capables de faire face ? De tenir dans la prison ? De faire face à l'épreuve ? Parce que même si les personnes acceptent la prison en réponse à ce qu'ils ont fait, c'est difficile de tenir. Voilà c'est cela mon travail. Si c'est cela je veux qu'il y ait des moyens, mais si c'est simplement pour répondre à la commande qui est une commande de traitement de la délinquance, ce que je ne sais pas faire

d'ailleurs, cela ne m'intéresse pas.

Je vais vous donner un exemple : celui d'un patient maniaque, la manie est un trouble de l'humeur très caractéristique, quand on est maniaque on ne dort plus, on est à cent à l'heure, on est complètement excité, on révolutionne le monde, c'est plutôt pas mal quoi ! Mais de temps en temps cela désinhibe, et cela désinhibe éventuellement sexuellement, donc dans le meilleur des cas on va faire une exhibition sexuelle, mais aussi de temps en temps il y a des viols. Donc on fait une exhibition sexuelle et on est arrêté. Puisque les temps sont comme cela on va avoir une responsabilisation pénale et une obligation de soins. Si quelqu'un arrête son traitement médicamenteux qui a bien marché, il est possible qu'il fasse une rechute d'accès maniaque par épisode, mais ce n'est pas sûr. Si cela s'est déjà passé 4 fois, c'est à dire 4 fois il y a eu un épisode avec prise en charge et traitement, cela allait mieux donc il a arrêté le traitement mais au bout de quelques mois il a rechuté, il n'est pas du tout sûr qu'à la rechute il y ait une exhibition sexuelle. Celle-ci était complètement circonstancielle et peut être même improbable, moi je n'en sais rien s'il va y avoir de nouveau une exhibition sexuelle, qu'est ce que je peux en dire, je ne peux rien dire de cela, je ne suis même pas sûr qu'il y ait une rechute, je peux le craindre c'est tout. Voyez c'est la question du probable ou de l'improbable, je ne veux pas de moyens supplémentaires dans les prisons pour faire des thérapies qui disent prévenir la récurrence et permettre d'obtenir des remises de peines supplémentaires. Si les personnes n'ont pas de remises de peines supplémentaires, je vous le dis d'une manière à la fois cynique et lucide, ce n'est pas mon problème car si cela devient mon problème je ne sais plus ce que je fais. Je ne fais plus de la médecine, mais de la psycho-criminologie, je fais de la criminologie c'est à dire autre chose.

**Christine Calderon :** Juste un petit commentaire car on voit bien que ce qui pose aussi soucis ce sont les différences de pratiques que vous avez assez clairement explicité, que ce soit du côté de la justice ou du soin, avec beaucoup de confusion sur ce que sont finalement les objectifs de ces mesures et la façon de les traiter. Moi cela me rend assez inquiète au niveau des détenus, si ce n'est déjà pas clair du point de vue des professionnels, alors qu'en est-il du côté des détenus !!!

Comment peut-on les aider à clarifier tout cela ? Comment mettre en place une stratégie au bénéfice du détenu ? Je pense qu'on oublie beaucoup cette question là. Comment ces mesures amènent-elles une plus value aux soins dont ils sont demandeurs ? Comment clarifier les positionnements des professionnels pour que les détenus puissent s'en saisir et s'y inscrire ? Aujourd'hui les choses sont si compliquées. Quand vous dites que par exemple la psychologue qui anime un atelier de travail ne donne pas d'attestation, cela me heurte un peu d'entendre cela, car devant ce que vous dites en amont de ces courriers réitérés qui font que c'est l'impasse totale, je crois qu'il faut donner des attestations pour tous ceux qui s'inscrivent, même si c'est la carotte. Peut-être qu'il faudrait un guideline aux détenus, car aujourd'hui je pense qu'ils sont extrêmement perdus par rapport à toutes ces questions là.

**Frédérique Seltz :** La psychologue qui fait cet atelier d'écriture est une psychologue qui travaille à temps plein à la Maison d'Arrêt, donc beaucoup de ses patients sont des personnes qui viennent avec cette demande d'incitation au soin et donc je pense qu'elle passe beaucoup de temps à retravailler la demande, à expliquer aux personnes à quoi cela sert de venir la voir avec la demande du juge, et d'essayer de démarrer un travail avec le patient. Au niveau de son groupe d'écriture elle a envie de se sentir tranquille et de ne pas avoir à remettre ces explications sur le tapis, d'avoir un groupe de personnes qui viennent pour faire un groupe d'écriture et travailler dans ce groupe. Elle a expliqué cela clairement au groupe d'écriture, peut être qu'elle évoluera, mais je crois que c'est aussi un petit ras le bol de sa part de travailler comme cela.

**Christine Calderon :** Juste un petit bémol, je trouve que ce qui était très intéressant dans l'intervention de Catherine Paulet, c'est de partir de la confiance, et je pense qu'à un moment nous ne faisons pas assez confiance aux personnes qui viennent et qui s'inscrivent, et que cette question de l'attestation on peut la mettre à côté et la traiter très vite pour se préoccuper du travail qui reste à faire.

**Anne Coppel :** Nous sommes là en plein dans la difficulté initiale qui remonte d'ailleurs à la négociation qui a eu lieu

**Réduction des Risques et Prison...****...Ruptures et Continuités**

entre la médecine et la justice, ministère de la santé et ministère de la justice, à l'origine de la loi.

Le point de départ remonte au vote de la loi de 1970, qui a fait de l'injonction thérapeutique une alternative à la prison et du « toxicomane », soit un malade, soit un délinquant. A l'époque les experts de santé n'étaient pas d'accord avec cette problématique, ils pensaient qu'il y avait des personnes qui n'étaient ni malades, ni délinquantes. Ils ont accepté l'injonction thérapeutique dans la négociation parce que comme elle était anonyme, il ne pouvait pas y avoir de contrôle de la pratique du médecin. La question que se posaient les médecins était la même que nous nous posons maintenant, c'est à dire de ne pas être simplement un outil au service de la justice.

Donc en fait cela est presque une amaque, parce que concrètement l'injonction thérapeutique n'a pas été prise au sérieux par le corps médical qui, effectivement a signé des certificats à la va vite parce qu'il y avait des personnes qui n'avaient pas besoin de soin.

Maintenant cela s'est d'une certaine manière éclairci, puisque ceux qui n'ont pas besoin de soins auront un stage.

Enfin il reste un problème majeur qui est de savoir qui décide de qui a besoin d'un soin et qui n'en a pas besoin. Quand vous nous dites que c'est carrément le policier et ensuite le magistrat qui décident, suivant le niveau de dépendance..., je suis désolée, le diagnostic médical n'est une histoire ni de police ni de magistrat, c'est une histoire de médecin et même au-delà puisque la dépendance est définie par la personne elle-même, suivant la définition de l'OMS.

La façon dont le corps médical a détourné la loi sous couvert de l'anonymat ne marche plus aujourd'hui, donc nous devons repenser le problème collectivement et nous devons négocier en tant que professionnels de la santé pour dire à la justice ce qui relève du soin et ce qui n'en relève pas, ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut faire. Là il y a vraiment une négociation collective à mener, un gros travail à faire, sinon les médecins seront de fait des outils au service d'une justice !!!

**Alain Morel :** Il me semble que la loi de 1998 sur la délinquance sexuelle a probablement introduit un coin, on s'y

attendait un peu, même si pour beaucoup elle est légitime, car en créant le suivi socio-judiciaire elle pose un problème qui n'avait jamais été posé à ce point là, le problème des soins au regard de la dangerosité sociale, et donc de l'évaluation des résultats des soins en fonction de l'évolution de l'amaigrissement de la dangerosité sociale, ce qui paraît effectivement légitime par rapport des conduites comme la pédophilie et la délinquance sexuelle. Le problème est qu'en ouvrant cette brèche, on se trouve par exemple avec la loi de prévention de la délinquance dans le domaine des addictions, en particulier de la toxicomanie comme c'est libellé dans le texte, exactement avec le même dispositif. C'est à dire qu'on reproduit là la notion de dangerosité sociale sans qu'elle soit du tout explicitée, sur des pathologies ou des problématiques qui n'ont absolument rien à voir avec la dangerosité sociale. Je trouve que c'est un des points de confusion, il y a beaucoup de points de confusion et Christine en a relevé tout à l'heure, mais là c'est un des points de confusion majeurs, c'est à dire que toute pathologie, de type psycho sociale on va dire, est traitée pratiquement de la même façon avec en arrière plan cette notion de sûreté ou en tous cas de prévention de la récidive au regard des délits qui sont commis dans le cadre de cette pathologie.

Je crois qu'il est extrêmement important que nous fassions un effort de clarification là dessus. Les addictions, la dépendance en général ne sont pas des pathologies ouvrant à une dangerosité sociale. C'est important car c'est avec cette confusion là que des magistrats s'engouffrent et peuvent demander non seulement des prises de sang, mais aussi, il sont très nombreux à demander, des contrôles urinaires pour vérifier d'une façon tout à fait illusoire que les personnes n'aient plus de tests positifs dans leurs urines. Sur ce point là, le thème des médecins relais a été à peine abordé tout à l'heure, il me semble qu'il est assez significatif de cette confusion là, c'est la reproduction du système du suivi socio judiciaire pour les délinquants sexuels. En quoi est-il nécessaire que des médecins servent non seulement à diagnostiquer la dépendance et la nécessité d'une injonction thérapeutique et ensuite même vérifient et contrôlent le bon déroulé de ce suivi ? N'y a-t-il pas là quelque chose d'extrêmement grave sur lequel nous devons absolument nous élever de manière publique afin d'empêcher que ce

type de mesure puisse être véritablement mis en œuvre ?

**Catherine Paulet :** Sur cette question du médecin relais, la commission nationale des addictions à laquelle j'appartiens, a émis un avis défavorable. Je vous engage à bien lire ce texte et effectivement à prendre une position en tant qu'association. Le médecin relais tel qu'il est décrit dans la loi de 2007 est même pire que le médecin coordonnateur. Le médecin coordonnateur a une place qui est assez définie comme auxiliaire de justice. Le médecin relais lui, ne s'autorise que de lui-même. Je parle sous contrôle du magistrat, mais il n'y a même pas de voie de recours, c'est à dire qu'il va faire lui-même l'enquête sociale, l'évaluation médicale et il va préconiser la mesure et la suivre. Pour moi cela relève du totalitarisme, du reste je ne sais pas pourquoi nous, en tant que psychiatres, nous avons laissé passer cela, nous ne l'avons pas vu. Dans ces lois il y a toujours des choses à revoir, on a vu ce qui concernait les fichiers des malades mentaux, mais on a laissé passer les médecins relais, et nous en sommes aujourd'hui au décret d'application et le décret d'application suit ce texte de loi assez redoutable. Voilà je vous indique seulement que la commission nationale des addictions a émis un avis défavorable. Cela ne veut pas dire que cela ne passera pas. Après, toute la problématique sera le traitement de la demande. Moi on peut me faire toutes les lois qu'on veut, après je réponds oui ou je réponds non. Parfois j'ai tord de répondre oui, mais si je réponds oui c'est que je m'engage. Là, s'il y a des médecins pour occuper cette fonction aussi floue, dont je ne vois pas bien ce que cela va donner... Mais peut être qu'on en trouvera !!!

Après il faut aussi, pour ce qui est des médecins, que nous nous interrogeons au sein de la communauté...

**Youcef Ameur :** Concernant l'application des peines, nous avons assisté depuis 20 ans à une inflation législative, depuis la loi Chalandon en 1986 qui a commencé à modifier les textes sur l'application des peines, en disant que les détenus n'accomplissaient pas leur peine. Il y a eu réforme en 1986, puis en 1994, cela n'arrête pas de faire des réformes. Aujourd'hui, comme il n'y a pas de rétroactivité pour les détenus, nous retrouvons dans certains établissements des détenus qui sont sous

## Réduction des Risques et Prison...

### ...Ruptures et Continuités

le régime d'application des peines de 1986, d'autres qui sont sous le régime de 1994, donc quelquefois on en arrive à faire n'importe quoi. De plus le législateur se défait sur les médecins, sur les magistrats, en leur imposant des choses. En détention, même les avocats, comme vous l'avez rappelé tout à l'heure, n'y comprennent plus rien car cela change tous les jours. Alors il y a une valeur d'usage aussi d'avoir ces certificats, car cela permet de sortir plus vite. Moi ce qui m'étonne c'est que tout le monde ait accepté tout cela, les professionnels de justice, les médecins, tout le monde a accepté d'entrer dans ces dispositifs tout simplement parce que cela a été voté sans luttes. Je me demande quand allons nous réellement nous emparer de ces questions pour proposer d'autres alternatives. Aujourd'hui il y a un détenu qui est entré en détention en 1884, à qui le juge d'application des peines impose un suivi, alors qu'il n'a jamais eu aucun problème de toxicomanie, il n'a jamais été


en quartier disciplinaire, en fait beaucoup de juges se couvrent en demandant des certificats auprès des médecins pour se couvrir..

**Hannelore Tymoczko :** Oui, je voudrais dire aussi que cela se fait dans les deux sens, nous avons pas mal de clients qui sont des trafiquants de stupéfiants, qui sont uniquement des commerçants et qui ne sont pas des consommateurs, ils vendent des stupéfiants mais n'en prennent pas du tout. Ils ont des suivis de soins en prisons uniquement pour sortir, c'est très clair, puisqu'ils n'ont jamais consommé de drogues. Voilà c'est en fait vraiment un système qui est perverti de A jusqu'à Z...

**Olivier Maguet :** Je vous remercie toutes et tous. Pour conclure, il y a plusieurs dangers que je vois clairement arriver aujourd'hui, ce sont les peines planchers, et dans ce cadre, l'inscription dans un projet thérapeutique et l'accès aux soins des détenus. Le

premier ce sont bien sûr les durées de détention et le nombre de personnes incarcérées. C'est l'exemple des Etats Unis qui va être reproduit. Aux USA, entre 1972 et 2003 la population carcérale est passée de 300 000 à plus de 2 millions de personnes, en raison entre autre de l'application des peines plancher. Là bas, au bout de 3 fois on a le maximum de la peine, c'est l'histoire du voleur de pizza qui a pris 25 ans, car il avait déjà eu 2 antécédents. Le deuxième obstacle, encore plus fondamental, c'est que la peine plancher est totalement l'inverse de l'individualisation des peines. Nous savons que dans le cadre d'un projet thérapeutique, l'individualisation du projet est un des éléments essentiels de l'inscription dans le parcours de soins d'un malade qui désire un traitement. S'il n'y a pas d'individualisation dans l'univers carcéral pour la sanction, je ne vois pas comment on pourra favoriser une individualisation dans un projet pour le bénéfice du patient...

## Réduction des Risques et Prison **Ruptures et Continuités**

Cet évènement a été soutenu par le Conseil Régional  Île de France, la DRASSIF et les laboratoires Roche et Bouchara-Recordati.

Ce cahier contient les actes de la table ronde « Pratiques et usages en détention ». Vous pouvez trouver l'ensemble des ressources (discours et diaporamas) sur [www.a-f-r.org](http://www.a-f-r.org)

### **Programme de la journée du 8 juin 2007**

- Etat des Lieux :
  - *Béatrice Stambul, AFR* : RdR et prison, Le constat
  - *Ivana Obravdic, OFDT* : Données DGS/DOHS
  - *Olivier Maguet / Michel Laurent* : Structuration du dispositif pénitentiaire, Résultats de l'enquête 2003
- Pratiques et Usages en détention
  - *Jean-Baptiste Selleret* : Usages et mise à disposition de matériel
  - *Youcef Ameer* : Les pratiques d'injection en milieu carcéral
  - *Patrick Beauverie* : Drogues et médicaments, entre la logique sanitaire et la logique sécuritaire
  - *Maxime Justin* : Le rôle d'un surveillant de prison
  - Les expériences étrangères
- Loi Perben 2 - Gérer l'obligation de soins, la carotte ou le bâton ?
  - *Dr Catherine Paulet*, médecin aux Baumettes (Marseille)
  - *M. Jean Christophe Tymoczko*, avocat
  - *Pascale Bruston*, vice-présidente Tribunal de Grande Instance Melun
  - *Dr Frédérique Seltz*, Médecin à la Maison d'Arrêt d'Osny
- Sortir !! Et Après...
  - *Sourida Hammidi, association l'Âtre* : La question de l'hébergement
  - *Corinne Castellano, AIDES* : L'accompagnement des malades
  - *Rosine Réat, Sida paroles* : La mobilisation des CAARUDS

---

#### **AFR**

c/o Aides - Tour Essor  
14, rue Scandicci  
93508 Pantin Cedex

Tel : 01 41 83 46 87  
[www.a-f-r.org](http://www.a-f-r.org)

Présidente : Béatrice Stambul  
Coordinateur : Jean-Marc Priez ([coordination@a-f-r.org](mailto:coordination@a-f-r.org))