HAL
open science

Prendre en charge des patients en soins pénalement ordonnés : doutes et perspectives de psychiatres

Clémentine Dolmaire

To cite this version:

Clémentine Dolmaire. Prendre en charge des patients en soins pénalement ordonnés : doutes et perspectives de psychiatres. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01480546

HAL Id: dumas-01480546

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01480546

Submitted on 1 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

U.F.R DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2016 N° 2016 – 167

PRENDRE EN CHARGE DES PATIENTS EN SOINS PENALEMENT ORDONNES : DOUTES ET PERSPECTIVES DE PSYCHIATRES.

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT SPECIALITE PSYCHIATRIE

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2016
par Clémentine DOLMAIRE

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE

Membres du jury : Monsieur le Professeur Christian MILLE
Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT
Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT
Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Directrice de thèse : Madame le Docteur Muriel BOUDIGOU

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILE
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)
Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous m'avez fait l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury.
Veuillez trouver l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Christian MILLE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)

Vous m'avez fait l'honneur de porter attention à ce travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique Pôle « Autonomie »

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.
Veuillez accepter mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Patrick TOUSSAINT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Neurochirurgie)

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.

Veuillez recevoir toute ma gratitude

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous m'avez fait 'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.

Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Muriel BOUDIGOU

Chef de clinique - assistante (Médecine Légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Service Médico-Psychologique Régional de la Maison d'arrêt d'Amiens

Pour l'honneur que tu m'as accordé en acceptant de diriger ce travail.

Pour ta confiance, ta disponibilité, ta sincérité et ton soutien.

Sois assurée de ma sincère reconnaissance.

A Bruno,

Pour ton amour, ton soutien et ton immense patience. Pour tout ce qui n'appartient qu'à nous. Merci de m'avoir aider à devenir la psychiatre que je suis.

A mes parents,

Sans vous je ne serai pas que je suis. Merci pour votre irremplaçable présence et votre soutien.

A ma sister Alice,

Pour ton aide d'une grande valeur. J'espère que tu réaliseras tes rêves.

A mémé, pépé et mamie,

Pour votre précieuse présence et votre soutien sans faille.

A l'ensemble de ma famille et belle-famille,

Merci.

A tous mes amis, *pour ces moments d'amitiés de près et de loin, les souvenirs partagés.*

A Laëtitia, Leila et Julie « Les girls CLLJ », *pour toujours.*

A Mathilde et Fafa, Muriel

A Anthony, Mehmet, Seb, Julia, Sofian et la clique de l'APIP.

A Caroline, Gaëtan, Valérie, la team à « Zagzag ».

A ma promo, Nans, Cécile, Mathieu et Aurélie, Pauline, Emilie, Marine.

A Lucy, la grande Mathilde et la petite Mathilde, Antonin et Eléonora, Elodie et Vincent, David, Géraldine, Sliman.

A Vincent, Flore, Julien et Kiki, Charlotte, Vanessa, Marion, Chloé et Lucie.

A Anne, Elric et Isa, Ben, Yann, Diane, Patrice, Daphné, Fabien et Antoinette, Najia, Jérôme.

Aux équipes médicales et paramédicales *qui m'ont accueillie tout au long de l'internat.*

Aux psychiatres *qui ont participé à l'étude.*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS……3

INTRODUCTION……...10

CADRE LEGAL DES SOINS PENALEMENT ORDONNES…….....12

Principes de procédures des soins pénalement ordonnés……12

1/ Obligation de soins……...12

2/ Injonction thérapeutique……...14

3/ Injonction de soins……15

Différentes mesures pénales……...18

1/ Mesures pré-sentencielles……19

2/ Mesures post-sentencielles……19

a/ En milieu ouvert……..19

L'ajournement avec mise à l'épreuve……...19

Alternatives à l'incarcération……19

b/ En milieu fermé……...20

Les aménagements de peine……..20

Les remises de peine……..21

MATERIEL ET METHODE……22

Type d'étude……22

Population sélectionnée……..22

Entretiens semi-dirigés……...23

1/ Choix des entretiens semi-dirigés……23

2/ Détermination du nombre d'entretien semi-dirigés……..24

3/ Guide d'entretien……..24

4/ Déroulement des entretiens……...25

5/ Retranscription des entretiens……...25

Analyse des entretiens……26

1/ La codification initiale……..26

2/ La catégorisation……...26

3/ La mise en relation des catégories……27

4/ L'intégration…….27
5/ La modélisation……27
6/ La théorisation……..28

RESULTATS……...29
Caractéristiques épidémiologiques des psychiatres…….29
Caractéristiques infractionnelles et nosographiques des patients……..30
1/ Infractions pénales et type de soins pénalement ordonnés……...30
2/ Registres psychopathologiques des patients en soins pénalement ordonnés……32
Demande de soins et aménagement psychothérapique……33
1/ La demande de soins des patients…….33
2/ Les différents positionnements des psychiatres face à la « non-demande »…….34
a/ Dispositif d'accueil et de prise en charge……..34
Orientation des demandes de suivi……34
Premier entretien d'accueil et d'évaluation clinique…….34
Choix de la psychothérapie en fonction du psychiatre……..35
Travail en coordination avec les psychologues…….36
b/ Travail et aménagement psychothérapique…….36
Poser un cadre thérapeutique garant du secret médical… ……..36
… Pour tenter de créer un lien de confiance, prémices d'une alliance thérapeutique…….37
Attitude bienveillante……38
Quelques thèmes abordés lors des entretiens……38
Déni du patient ou souffrance « cachée »……..38
c/ Désillusions des psychiatres……39
Inauthenticité de la relation thérapeutique……39
Contre-attitude et contre-transfert négatif…….39
La nécessité d'avoir du temps, incompatible avec les délais des mesures de soins imposés…….40
L'impression d'être impuissant face à ces patients sans demande de soins…..40
Les représentations des Etats-Limites et de la psychopathie chez les psychiatres……41
1/ Les Etat-Limites à expression psychopathique et la psychiatrie……..41
2/ La psychopathie versus les Etat-Limites……...41
a/ Les Etat-Limites relèvent de la psychiatrie……..41

b/ La psychopathie relève de la psychiatrie……..43

c/ La psychopathie ne relève pas du soin psychiatrique……..44

Regard de psychiatres sur le dispositif des soins pénalement ordonnés……45

1/ La double condamnation, du patient et du psychiatre……...45

2/ Le refus de se laisser imposer ces patients……46

3/ Intérêt de ce système de soins pénalement ordonnés……46

a/ Ce système de soins pénalement contraints est opportun……...46

L'accès à une psychothérapie de manière contrainte est utile pour certains patients……...46

Ce dispositif paraît nécessaire, mais dans un service spécialisé……...47

b/ Ce système obligeant aux soins serait inadapté……48

4/ Une insuffisance à différents niveaux……...49

a/ Manque de formation……49

b/ Manque de moyens……49

c/ Manque de temps……50

5/ Relation entre psychiatrie et justice……..50

a/ Communication entre la justice et la psychiatrie……50

b/ Position de la justice à l'égard de la psychiatrie……..51

Rôle du psychiatre pour la justice, prévenir la récidive……51

Tensions entre responsabilités vis-à-vis du patient et responsabilité vis-à-vis de la société……52

c/ L'incohérence de la justice vis-à-vis de la psychiatrie……54

d/ Absence de lien entre psychiatres dans et hors la prison……54

DISCUSSION……..56

Limites de l'étude……56

1/ Limite liée au choix de l'enquête qualitative……56

2/ Limite liée à la nosographie……..56

3/ Limite liée à l'évaluation des soins pénalement ordonnés dans leur globalité…….57

Clinique du passage à l'acte……...57

1/ Perturbations du processus de mentalisation……57

2/ La question de la demande et le positionnement thérapeutique……...58

a/ Analogie entre l'adolescence et l'Etat Limite……...59

b/ La demande de soin……59

c/ Positionnement du psychiatre……59
La psychopathie, un sujet qui divise les psychiatres……60
1/ Distinction entre psychopathie et Etat Limite à expression psychopathique……60
a/ La psychopathie……..60
b/ La personnalité limite à expression psychopathique……...62
2/ La dimension sociale et morale dans la psychopathie……..63
3/ Réactions des psychiatres à ce type de patient……..64
La place de la psychiatrie et la position de la justice dans le dispositif de soins pénalement ordonnés……..65
1/ « Prescription d'un soin » par la justice……65
a/ La domination de la justice sur le soin……..66
b/ Un paradoxe pour le psychiatre……66
c/ Confusion entre faute et maladie……...66
2/ Consentement aux soins du sujet……..67
3/ Psychiatrie et Justice ne cherche pas à atteindre la même finalité sociétale…….68
4/ Articulation de la peine et du soin : entre difficulté et intérêt……..69
a/ Critique des psychiatres……69
b/ Pas de consensus des psychiatres sur l'intérêt pour les patient……..69
c/ Manque de formation des psychiatres dans le domaine légal……70
d/ Création de services spécialisés……71

CONCLUSION……...73

BIBLIOGRAPHIE……..75
ANNEXES……...80

RESUME……87

INTRODUCTION

Les soins pénalement ordonnés divisent la communauté médicale.

Si le dialogue entre médecine de la psyché et justice existe depuis l'Antiquité, la loi du 30 juin 1838 a, en France, définit cette relation, la centrant sur la question de la distinction entre folie et crime.

La création des soins pénalement ordonnés, dans les années cinquante, constitue une étape dans cette relation. Les exigences de la justice formulées à l'égard de la psychiatrie, à savoir soigner la délinquance, n'ont cessé d'augmenter, et leur champ d'application n'est étendu à de nouvelles situations d'infractions.

En effet, notre gouvernement, porté par l'opinion publique et sa « peur du crime », sollicitent la psychiatrie bien au-delà de son champ classique, pour prendre en charge tous les troubles du comportement, parfois en lien avec une personnalités pathologiques. J-L. Senon et al. appellent cette tendance sociétale : « la psychiatrisation de tout crime » (Senon, Manzanera, Humeau, & Gotzamanis, 2007).

Dans la pratique carcérale, il n'est pas rare que les thérapeutes soient tentés de remettre en cause la demande du patient, la suspectant d'inauthenticité, car, bien qu'il n'existe pas de soins contraints en prison, le patient pourra bénéficier de remise de peine supplémentaire s'il justifie d'un suivi. Cette suspicion dans l'esprit des psychiatres travaillant en milieu carcéral surgit particulièrement lorsqu'ils rencontrent un patient souffrant d'un Etat Limite à expression psychopathique.

La population carcérale est de toute évidence comparable à la population concernée par les mesures de soins pénalement ordonnés.

Dans ce cadre, les psychiatres se disent à la fois déroutés par des patients qui n'expriment pas de demande de soins spontanée, mais se sentent eux aussi pris dans la contrainte imposée par la justice.

Comment se positionnent les psychiatres pour créer du lien avec ces patients qui, *a priori,* n'auraient pas de demande de soins ? Comment le psychiatre et ce patient peuvent-ils se rencontrer ? Comment les psychiatres pensent ses troubles ? Et finalement, si le psychiatre déplore de se voir imposer ces suivis jugés difficiles, y-voit-il une utilité ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons réalisé une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de psychiatres. Pour recueillir le témoignage des praticiens concernant la pertinence d'un tel cadre de soins et la place dans leur pratique quotidienne, nous avons construit une grille pour explorer les connaissances des praticiens concernant le cadre légal de ces soins pénalement ordonnés, les repères nosographiques des psychiatres, notamment sur les symptomatologies psychopathiques, et les particularités du travail psychothérapeutique avec ces patients dans ce cadre de soins contraints.

Afin de développer ces questions, nous exposerons dans une première partie théorique, le cadre légal et la mise en oeuvre des soins pénalement ordonnés. Dans un deuxième temps, nous détaillerons la méthodologie et les résultats de cette enquête qualitative auprès de psychiatres. Puis dans une troisième partie, nous nous efforcerons d'articuler ces résultats et les considérations théoriques afin de mettre en lumière les perspectives et les doutes de psychiatres dans la prise en charge des patients en soins pénalement ordonnés.

CADRE LEGAL DES SOINS PENALEMENT ORDONNES

Le cadre légal des soins pénalement ordonnés est complexe. Il apparaît donc essentiel d'en expliquer les principaux procédés et les différentes mesures pouvant être prises à différents stades de la procédure judiciaire.

Il est à constater que la place du soin représente un enjeu considérable pour le délinquant, dans la mesure il conditionne son maintien en liberté ou sa sortie de prison.

Principes de procédures des soins pénalement ordonnés (*cf annexe 1*)

Les soins pénalement ordonnés existent depuis la création du sursis avec mise à l'épreuve dans les années 1950 (Ventéjoux & Hirschelmann, 2014). Il en existe trois sortes : l'obligation de soins, l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins.

1/ Obligation de soins

C'est la mesure la plus fréquemment appliquée à l'égard des personnes placées sous main de justice, sûrement par la facilité de sa mise en application pénale.

En France, la première obligation de soins a été introduite par la loi du 15 avril 1954, relative au traitement des alcooliques dangereux.

L'obligation de soins est une mesure qui peut être effectuée avant ou après la condamnation, le jugement. Elle est prononcée par le juge à partir des élément du dossier pénale, sans expertise médicale préalable.

La loi n'a pas prévu d'organisation des relations entre la justice et la santé, il n'y a aucun dispositif, ni acteur particulier faisant l'interface entre justice et soin (Le Bodic, Michelot, & Robin, 2015).

Cette mesure est non spécifique car elle est susceptible d'être ordonnée en réponse à tout type d'infraction (délit ou crime), dès lors que le juge a estimé que la personne prévenue, accusée ou condamnée avait besoin de soin. En pratique, elle concerne essentiellement le cadre des infractions à la législation sur l'alcool ou les stupéfiants.

Avant déclaration de culpabilité, en phase pré-sentencielle, l'obligation constitue une modalité du contrôle judiciaire, alternative à la détention provisoire. Sa définition dans le Code de Procédure Pénale est de « se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment au fin de désintoxication »[1].

Après déclaration de culpabilité, en phase post-sentencielle donc, l'obligation de soin peut accompagner un ajournement avec mise à l'épreuve, ou une peine d'emprisonnement avec sursis avec mise à l'épreuve, ou un travail d'intérêt général et elle peut également s'intégrer dans un aménagement de peine. Ainsi depuis 1958, sa définition dans le Code Pénal est de « se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation »[2] (Zouitina et al., 2013).

La durée de la mesure est fixée par le magistrat et varie selon le stade de la procédure et la nature des peines.

En cas de prononcé de la mesure, la mise en place de l'obligation de soin est supervisée par le juge d'application des peines (JAP) qui en fixe en les modalités d'exécution et en assure le contrôle. Généralement, le JAP charge le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) de contrôler sa réalisation effective[3]. La personne ainsi condamnée est contrôlée et aidée par un Conseiller d'Insertion et de Probation (CIP) qui l'incite à poursuivre les soins imposés. Le condamné a le libre choix de son médecin ou psychologue traitant. Le CIP s'assure de la régularité des consultations médicales et de l'assiduité du condamné, au moyen des attestions de présence remises au patient par le soignant. Ces attestions de suivi ne comportent aucune indication, quant à l'investissement du condamné et le choix des modalités de soins incombe exclusivement au médecin qui n'en réfère ni au JAP, ni au SPIP.

Seul le SPIP fait le lien entre les autorités judiciaires et sanitaires.

Le médecin traitant doit donner son accord pour la prise en charge. Il n'a pas accès aux pièces du dossier pénal. Sa mission consiste à effectuer le suivi psychothérapeutique du condamné. Si l'investissement dans la thérapie est jugé insuffisant par le thérapeute, celui-ci

[1] Article 138-10 du Code de Procédure Pénal issu de la loi du 17 juillet 1970
[2] Article 132-45 alinéa 3 du Code Pénal
[3] Article 740 du Code de Procédure Pénal

peut, s'il le juge opportun, en informer le CIP, qui fera un rappel des obligations au justiciable et informera le JAP.

Le non-respect de l'obligation de soins peut alors aboutir à la révocation de la mesure et le Juge peut sanctionner le justiciable, soit par une détention provisoire en phase pré-sentencielle, soit par l'incarcération en phase post-sentencielle

2/ Injonction thérapeutique

Cette mesure de soins imposés est globalement peu utilisée et son application reste discutée.

L'injonction thérapeutique a été instaurée par la loi du 31 décembre 1970, relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, et actualisée par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Cette loi de 1970 introduit une nouveauté en considérant l'usager de drogues comme à la fois délinquant et malade.

L'injonction thérapeutique peut être appliquée au trois stades de la procédure pénale que sont la poursuite (pré-sentencielle), l'instruction (pré-sentencielle) et le jugement (post-sentencielle), et le Code de la Santé Publique la définit comme une modalité s'adressant aux personnes « faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques »[4]. L'injonction thérapeutique prend « la forme d'une mesure de soins, comme une cure de désintoxication, ou de surveillance médicale » [5].

En phase pré-sentencielle, l'injonction thérapeutique peut constituer une alternative aux poursuites judiciaires, permettant alors l'extinction de l'action publique par le Procureur de la République. Au stade de l'instruction, elle constitue une alternative au placement en détention provisoire, prononcée par le juge d'instruction.

[4] Article L. 3413-1 à L. 3413-45 du Code de la Santé Publique
[5] Article L. 3423-1 du Code de la Santé Publique

En phase post-sentencielle, elle constitue une mesure d'un sursis avec mise à l'épreuve.

La durée de l'injonction thérapeutique est limitée à six mois, renouvelable trois fois.

Lorsque l'injonction thérapeutique est prononcée, l'Agence Régional de la Santé (ARS) est sollicitée pour nommer un médecin, appelé « médecin-relais », qui doit examiner l'individu et donner son avis sur l'opportunité ou non des soins, puis l'adresser vers une structure de soins adaptée, si nécessaire (Zouitina et al., 2013). Le médecin-relais fait l'interface entre les autorités judiciaires et sanitaires : il rencontre le patient régulièrement et rédige un rapport au juge compétent sur la régularité du suivi, le type de soins mis en place et toute information relative à l'adhésion aux soins.

Le médecin traitant doit donner son accord, par écrit au médecin-relais, pour la prise en charge. Il a pour mission d'effectuer le suivi médical de l'usager et propose des soins à visée de désintoxication. Si l'investissement dans la thérapie est jugé insuffisant par le médecin traitant, celui-ci en informe le médecin-relais qui est chargé de prévenir l'autorité judiciaire compétente.

En cas de non-respect de la mesure, la personne placée sous main de justice risque les poursuites ou les sanctions initialement encourues.

3/ Injonction de soins

L'injonction de soins s est destinée à des infractions considérées comme plus graves que les infractions pour lesquelles les autres mesures de soins sont ordonnées.

L'injonction de soins est une mesure spécifique de la loi du 17 juin 1998, relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles, ainsi qu'à la protection des mineurs.

Cette loi de 1998 instaure la peine de suivi socio-judiciaire qui est définit comme « l'obligation de se soumettre à des mesures de surveillance et d'assistance »[6], dont l'injonction de soins qui est initialement prévues pour les auteurs de délits ou de crimes à caractère sexuel. Mais depuis, de nombreux textes législatifs on été votés, ayant pour conséquence l'extension du cadre d'application du suivi socio-judiciaire et donc celui de l'injonction de soins. La loi du 12 décembre 2005 étend cette mesure aux atteintes graves aux personnes, actes de barbarie, enlèvement, séquestration, incendie volontaire… La loi du 5 mars 2007 étend encore ce cadre aux actes de violence commis par le conjoint, ex-conjoint, concubin, partenaire ou sur un mineur de moins de 15 ans par ascendant légitime, naturel ou adoptif ayant autorité sur la victime. Avec la loi du 2 mars 2010, le prononcé du suivi socio-judiciaire est étendu aux violences familiales (Baron-Laforet, 2012).

La loi du 10 aout 2007, dite loi Dati, relative à la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, rend l'injonction de soins systématique lorsqu'un suivi socio-judiciaire est prononcé. Elle peut même être prononcée en dehors d'un suivi socio-judiciaire, comme le stipule la loi du 25 février 2008, relative à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour trouble mental, pour les condamnés à des peines de réclusion criminelle de plus de 15 ans et qui, au terme de leur incarcération, seraient considérés comme dangereux avec un grand risque de récidive.

En cas de délit, le suivi socio-judiciaire, et donc l'injonction de soins, peuvent constituer la peine principale ou la peine complémentaire à un emprisonnement. S'il s'agit d'un crime, il ne peut être qu'une peine complémentaire à une peine privative de liberté.

L'injonction de soins est une mesure uniquement post-sentencielle. En principe, elle est prononcée au moment du jugement mais elle peut aussi être décidée par le JAP en cours d'exécution de peine. L'injonction de soins peut donc être appliquée dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve (en dehors du suivi socio-judiciaire), d'une libération conditionnelle, d'une surveillance judiciaire, d'une surveillance de sureté et d'une rétention de sureté.

Lors du prononcé de cette mesure de soins, le magistrat explique que la mesure prend effet à compter du jour où la privation de liberté a pris fin, mais dans le cadre de l'incitation aux soins, le condamné peut débuter un traitement pendant l'exécution de la peine d'emprisonnement, pouvant alors être source de remise de peine (Zouitina et al., 2013).

[6] Article 131-36-1 du Code Pénal

La durée maximale du suivi socio-judiciaire est de 10 ans en matière correctionnelle et de 20 ans en matière criminelle. Pour les crimes punis de 30 ans de réclusion criminelle, la durée est de 30 ans, et pour les crimes punis de la réclusion criminelle à perpétuité, il n'y a pas de limitation de durée (Le Bodic et al., 2015).

Le recours à l'expertise médicale est obligatoire avant de prononcer ce soin pénalement ordonné. Ce point différencie bien l'injonction de soins des autres mesures de soins : le corps médical est sollicité avant le jugement et son avis détermine le prononcé de la mesure. L'expert missionné doit déterminer s'il y a opportunité du soin, mais il ne pose pas d'indication de durée, de contenu ou de forme du traitement. J-L. Senon déclare que « l'expert doit être conscient que son rapport d'expertise de pré-libération peut orienter les soins délivrés ultérieurement. Il doit agir avec modestie et savoir reconnaître les limites de sa compétence, dans le respect de la déontologie, en permettant cependant la transmission des informations nécessaires à la mise en place des soins, y compris éventuellement au probationnaire » (Senon, 2007).

Lorsque l'injonction de soins est prononcée, le JAP désigne, sur une liste départementale établie par le procureur de la République, un médecin coordonnateur, qui joue le rôle d'interface entre la justice et le soin. Le médecin coordonnateur dispose des compte-rendus d'expertise, ainsi que certaines pièces judiciaires. Sa mission implique une dérogation au secret médical. Il a plusieurs fonctions :

- valider le choix du médecin traitant fait par le condamné ou l'aider à en trouver un
- rencontrer la personne placée sous main de justice au moins deux fois par an pour l'évaluer cliniquement et suivre son évolution, ou trimestriellement si la personne est considérée comme dangereuse selon la loi du 25 février 2008
- transmettre au JAP ou au CIP les pièce nécessaires au contrôle de l'application de la mesure
- adresser au JAP un rapport annuel ou biannuel sur la mise en œuvre de la mesure, selon la nature de l'infraction
- garantir au médecin traitant un recours en cas en cas de besoin

- informer, en lien avec le médecin traitant, le condamné parvenu au terme de l'exécution du suivi, de la possibilité de poursuivre le suivi médical en l'absence de contrôle de la justice

La mise en oeuvre de cette mesure nécessite que la personne placée sous main de justice donne son consentement au magistrat. Cependant, s'il refuse les soins ordonnés, l'emprisonnement prononcé pourra être exécuté[7].

Le médecin traitant doit donner son accord pour la prise en charge. Il peut consulter, via le médecin coordonnateur, les rapports d'expertises et les pièces du dossier pénal. Il a pour mission d'effectuer le suivi psychothérapeutique du justiciable, et il doit lui délivrer des attestations de suivi. Contrairement à l'obligation de soins dans laquelle il s'agit d'une possibilité, il a obligation de signaler toute interruption ou investissement insuffisant dans la thérapie, élément faisant parti du contrôle formel de la mesure. Le médecin traitant n'a pas de contact direct avec le SPIP ou les autorités judiciaires.

En cas de non-respect de l'injonction de soins, le condamné risque l'incarcération ou la réincarcération systématique, d'une durée maximale de 3 ans pour les délits, et de 7 ans pour les crimes.

Différentes mesures pénales

Lors de l'enquête, des poursuites judiciaires ou du passage devant la juridiction, une personne placée sous main de justice peut donc se voir imposer des soins par un magistrat. Les mesures pénales s'appliquent à tous les stades de la procédure et leurs applications sont contrôlées par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP).

Voici quelques repères concernant les différents mesures pénales[8] :

[7] Article 131-36-4 du Code Pénal
[8] A l'aide du site www. Justice.gouv.fr rubrique accueil, les mots-clés de la justice

1/ Mesures pré-sentencielles

Les mesures pré-sentencielles se déroulent avant le jugement, en attente de celui-ci et reposent essentiellement sur un contrôle judiciaire (ou par le parquet dans le cadre d'une alternative aux poursuites). Le contrôle judiciaire est donc une mesure pénale ordonnée par un juge d'instruction qui consiste à laisser libre la personne mais en étant soumise à certaines obligations (répondre aux convocation du SPIP, obligation de soins, etc…).

2/ Mesures post-sentencielles

Après le jugement, des mesures pénales à l'encontre du condamné peuvent être prononcées et avoir lieu soit en milieu ouvert, soit en milieu fermé.

a/ En milieu ouvert

La personne condamnée n'est pas incarcérée.

L'ajournement avec mise à l'épreuve

Renvoie du prononcé de la peine a une date ultérieure plaçant la personne sous le régime de la mise à l'épreuve. Mesure prononcée lorsque le tribunal estime que le reclassement de la personne est en voie d'être acquis, que le dommage causé est en voie d'être réparé ou que le trouble résultant de l'infraction va cesser.

Alternatives à l'incarcération :

- **Le sursis avec mise a l'épreuve**

  Mesure accordée par une juridiction pénale qui dispense le condamné d'exécuter la peine dans sa globalité ou en partie, à condition de respecter certaines obligations fixées par le magistrat comme une interdiction de lieux, se présenter aux convocations du magistrat, un obligation de travailler… mais aussi une obligation de soin. Il doit justifier du respect de ses obligations au SPIP et en cas de non respect, il devra exécuter la peine.

- **Le travail d'intérêt général (TIG)**

  Peine prononcée à titre principal, ou en complément d'une peine d'emprisonnement assortie du sursis, par le tribunal correctionnel et consistant à effectuer, dans un temps déterminé, un travail non rémunéré, au profit d'une collectivité publique ou d'une association agrée.

- **Le suivi socio-judiciaire**

  Mesure prononcée par le tribunal correctionnel ou la cour d'assises contre l'auteur d'un délit ou d'un crime à caractère sexuel (agression, viol…), avec ou sans peine privative de liberté. Cette mesure permet un suivi judiciaire, et médical avec une injonction de soins, après l'exécution de la peine de prison. Elle contraint le condamné à se soumettre, sous contrôle du juge de l'application des peines (JAP), à des « mesures de surveillance et d'assistances destinées à prévenir la récidive » (Baron-Laforet, 2012) ainsi qu'à certaine obligations, comme l'interdiction de se rendre dans certains lieux, de fréquenter des mineurs, ou d'exercer une activité professionnelle ou sociale avec des mineurs. S'il ne respecte pas ces obligations, le condamné est passible d'emprisonnement.

b/ En milieu fermé

Les mesures ont lieu lorsque le condamné est incarcéré.

<u>Les aménagements de peine :</u>

- **La libération conditionnelle**

  Le JAP décide de cette mesure pour les condamnés qui manifestent des effort sérieux de réadaptation sociale. La personne est remise en liberté avant la date initiale de sa libération. Prise en charge par un conseiller d'insertion et de probation, elle peut être soumise à certaines obligations pendant un délai d'épreuve comme une obligation de soins, le dédommagement des victimes... Passé ce délai, en l'absence de sanction disciplinaire, on considère que la personne a effectué l'intégralité de sa peine.

- **La semi-liberté :**
  Mesure autorisant un condamné, en dehors d'un établissement pénitentiaire, à exercer une activité professionnelle, de suivre une formation ou de *subir* un traitement médical. A l'issue de ces activité quotidiennes, le condamné rejoint le centre de semi-liberté

- **Le placement à l'extérieur :**
  Mesure permettant à une personne condamnée d'exécuter sa peine en dehors de la prison. Elle lui permet de travailler, de se former, de suivre un stage, de se soigner ou de répondre à une obligation familiale. Chaque jour, l'activité terminée, la personne doit se rendre dans les locaux d'une association qui l'encadre, l'héberge, soit dans un foyer ou plus rarement au domicile d'un proche.

- **Le placement sous surveillance électronique (PSE) :**
  Mode d'exécution d'une peine d'emprisonnement en dehors d'un établissement pénitentiaire, sous certaines conditions (le soin par exemple) et sous contrôle d'un bracelet électronique. Ce bracelet permet, à l'administration pénitentiaire, de détecter à distance, la présence ou l'absence d'un condamné dans un lieu et pour une période préalablement déterminée dans le cadre du prononcé de la peine.

Les remises de peine :

Dès qu'une personne est condamnée et incarcérée, elle obtient automatiquement un crédit de réduction de peine, sauf s'il commet un incident disciplinaire. S'il est constaté que le détenu fait « des effort sérieux de réinsertion sociale », dont le soin en milieu carcéral fait parti, il peut prétendre à une réduction supplémentaire de peine[9].

[9] Article 721-1 du Code de Procédure Pénale

MATERIEL ET METHODE

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Type d'étude

Ce travail portait sur l'expérience et le ressenti de psychiatres face aux patients placés sous main de justice, patients condamnés à des soins psychiatriques pénalement ordonnés. Cette étude avait pour objectif d'analyser l'expérience professionnelle et la représentation que se font les psychiatres des soins pénalement ordonnés, à l'aide d'entretiens semi-dirigés.

Issue des sciences humaines et sociales, l'approche qualitative est « particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer » (Aubin-Auger et al., 2008). Elle semble donc la plus adaptée à ce travail de thèse.

Depuis quelques années, l'étude qualitative est utilisée en médecine pour l'étude et l'exploration des soins primaires. Elle permet de générer de nouvelles hypothèses lorsqu'un domaine est peu étudié. Nous avons observés que les soins pénalement ordonnés en psychiatrie font partie de ces domaines encore nouveaux pour le psychiatre.

L'approche qualitative vise à explorer de manière intuitive les comportements des sujets. Son but n'est pas de mesurer ou de quantifier des données, mais de recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative (Aubin-Auger et al., 2008). Elle s'intéresse aux phénomènes non mesurables comme l'exploration des émotions, des comportements et des expériences personnelles.

Population sélectionnée

Il est nécessaire de définir une population précise dès le début de l'étude pour caractériser l'échantillon et démontrer sa pertinence.

Les soins pénalement ordonnés peuvent être pratiqués par différents professionnels de la santé : psychiatre, addictologue, psychologue. Cependant dans la littérature, les travaux portent souvent sur l'étude de la pratique des psychologues (Ventéjoux & Hirschelmann, 2014) ou bien sur l'étude du dispositif des soins pénalement ordonnées (Arena & Marette, 2014; Halleguen & Baratta, 2014; Tesson, Cordier, & Thibaut, 2012). En revanche, il y a peu de travaux étudiant la pratique spécifique des psychiatres dans ce domaine, c'est pourquoi nous avons décidé de focaliser notre attention sur ce sujet.

Les médecins ont été sélectionnés dans le but d'obtenir une diversité dans les âges, sexes, types de pratique et nombre d'années d'exercice. Ces caractéristiques ont été recueillies en début d'entretien.

Il s'agissait donc de psychiatres, féminins et masculins, d'âge différent, exerçant en public ou privé sur le territoire des Hauts de France et d'Ile de France avec un nombre d'années d'exercice variable.

Tous les psychiatres ont d'abord été contactés par téléphone afin de leur expliquer le thème du travail et de convenir d'un rendez-vous. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat.

Entretiens semi-dirigés

1/ Choix des entretiens semi-dirigés

Les entretiens semi-dirigés sont une technique de recueil de données dans les études qualitatives, permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis dans le guide d'entretien. Ce guide d'entretien est préparé au préalable, comportant des questions ouvertes pour laisser une liberté d'expression. La cohérence des informations reçues n'est donc pas décidée à l'avance.

Ce type d'entretien permet d'avoir un rapport individuel et privilégié avec le psychiatre, à la différence d'un support papier plus restrictif. Le choix d'un questionnaire semi-dirigé permet de focaliser l'attention du psychiatre sur le thème à développer, tout en laissant place à de l'imprévu et laissant libre court aux idées du psychiatre sur ce thème.

2/ Détermination du nombre d'entretiens semi-dirigés

Le nombre d'entretiens n'est pas fixé *a priori*, les entretiens ont donc été menés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire quand l'analyse des données n'a plus révélé d'éléments nouveaux.

3/ Guide d'entretien

Un script d'entretien a été réalisé au préalable servant de guide d'entretien (*cf annexe*). Il est composé en partie de questions ouvertes et il comprenait trois parties, selon les hypothèses formulées *a priori* qui étaient une connaissance floue du cadre légal de ces soins pénalement ordonnés, un manque de repères nosographiques notamment sur le comportement psychopathique ; un inconfort lié aux particularités du travail psychothérapeutique avec ces patients. Enfin, il s'agissait de s'intéresser à l'avis des praticiens concernant la pertinence d'un tel cadre de soins et la place de cette activité dans leur pratique quotidienne.

Le plan retenu a donc été le suivant :

- Nosographie
    - Cadre légal
    - Référence clinique
- Alliance thérapeutique et travail psychothérapeutique
    - Exploration de la paradoxale tension entre cadre contraint et demande subjective considérée classiquement comme le point de départ de toute psychothérapie
    - Exploration des mécanismes de création d'une alliance thérapeutique dans un cadre contraint
- Réflexions du psychiatre
    - Légitimité de ces patients dans une filière de soins psychiatrique classique
    - Point de vue sur le cadre des soins pénalement ordonnés

4/ Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés au cabinet médical ou au domicile par simple mesure de commodité, des mois de mai à juillet 2016. Les psychiatres ont été informés du caractère anonyme de l'entretien. Ils ont donné leur accord oral à l'enregistrement audio par dictaphone numérique. Il n'y avait que deux personnes présentes lors de l'entretien, le médecin et l'investigateur.

L'entretien semi-dirigé est structuré de manière cohérente pour permettre à l'interlocuteur de s'exprimer sur les différents éléments étudiés. Il se déroule grâce au guide d'entretien mais aussi selon les thèmes spontanément évoqués par les psychiatres. Afin de laisser libre cours à la parole du participant, des relances étaient faites pour inciter à préciser leur propos.

Il n'y avait pas de limite de temps. Au début de chaque entretien était précisé que leur durée dépendrait du contenu de leur discours.

5/ Retranscription des entretiens

Le nom de chaque psychiatre a été remplacé par la lettre « E » pour « entretien » et un chiffre, afin d'en garantir l'anonymat.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement, sans en changer le texte ni l'interpréter et sans abréviation avec le logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

La première écoute doit être faite sans interruption, peu de temps après la réalisation de l'entretien. En effet, elle rappelle l'atmosphère générale et une vision globale de l'entretien. Une deuxième écoute permet de repérer les thèmes abordés au fil des questions et d'organiser la retranscription. C'est lors de la troisième écoute que la retranscription a lieu, l'entretien est alors maîtrisé et cette écoute permet d'y retrouver les données à coder en fonction des thèmes abordés.

Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens est basée sur une méthode inductive, inspirée de la théorisation ancrée. Cette méthode d'analyse a été créée pat Glaser et Strauss (1967) dans leur ouvrage *The discovery of grounded theory.*

C'est une analyse qualitative progressive des données incluant six étapes développées par Paillé en 1994:

- La codification,
- La catégorisation,
- La mise en relation,
- L'intégration,
- La modélisation,
- La théorisation.

Nous allons tacher d'expliquer brièvement ces six étapes de l'analyse progressive d'un entretien. Cependant, dans notre travail nous avons cheminé jusqu'à l'étape de la modélisation pour analyser les résultats.

1/ La codification initiale

La codification consiste à « étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus » de l'entretien (Paillé, 1994).

Il s'agit de faire une lecture attentive, consciencieuse et minutieuse, phrase par phrase des entretiens afin de transcrire les idées en code. Les codes sont des mots, expressions ou morceaux de phrases. Il est nécessaire de rester le plus fidèle possible à l'entretien. Les codes sont ensuite retranscrits dans une grille qui prend forme par ses ajouts au fur et à mesure de l'analyse.

2/ La catégorisation

La catégorisation consiste à une lecture plus large afin de « porter l'analyse à un niveau conceptuel » (Paillé, 1994) et de déboucher à la création de catégories, ce qui permet

de nommer, de qualifier de manière plus riche et plus englobante les phénomènes qui se dégagent des données.

Plus simplement, il s'agit de regrouper les codes en catégories permettant ainsi de mettre en évidence des thèmes ou concepts plus large.

3/ La mise en relation des catégories

La mise en relation consiste à trouver des liens entre les catégories retrouvées à l'étape précédente. Ces liens sont parfois naturels et ont déjà commencé à s'imposer d'eux-mêmes, d'autres se profilent au fil de l'analyse même si ces catégories paraissaient indépendantes.

Cette étape « permet de passer d'un plan d'analyse relativement statique à un plan dynamique, de la constatation au récit, de la description à l'explication » (Paillé, 1994).

4/ L'intégration

C'est « le moment central où l'essentiel du propos doit être cerné » (Paillé, 1994) car au fil des nouveaux entretiens et de leur analyse, l'objet initial de l'étude a possiblement évolué voire changé et le chercheur peut être mené dans des directions qui n'étaient pas prévisibles au début de la recherche, à la différence des modèles hypothético-déductifs.

Il s'agit de « procéder à l'intégration des composantes multidimensionnelles de l'analyse » (Paillé, 1994) d'ensemble pour délimiter l'étude, et de déterminer de manière précise l'objectif principal de cette l'étude. Puis de mettre en lumière les objectifs secondaires absents lors de l'élaboration du projet de recherche.

5/ La modélisation

La modélisation consiste à interroger l'objet de l'étude et à donner les réponses aux différents objectifs. Et ainsi dévoiler de nouvelles questions de recherche.

Cette étape tente de reproduire la dynamique du phénomène étudié en reproduisant « de manière la plus fidèle possible l'organisation des relations structurelles et fonctionnelles de ce phénomène » (Paillé, 1994).

6/ La théorisation

La théorisation du phénomène est un processus graduel à mesure de l'avancement de l'étude qui consiste à passer par des stratégies de validations théoriques permettant de renforcer progressivement la théorie émergente et d'obtenir une théorie fiable.

Cette dernière étape tente une construction minutieuse et exhaustive des multiples dimensions et causalités du phénomène étudié afin d'en éclaircir la vision.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques des psychiatres

Sept entretiens ont été réalisés auprès de psychiatres de la Somme, de l'Oise et des Hauts-de Seine (*cf annexe 2*). Les caractéristiques d'âge, de sexe, de type d'exercice et d'année d'exercice (incluant les années d'internat) de ces différents psychiatres sont référencées dans le tableau ci-dessous.

Nous avons obtenue une hétérogénéité satisfaisante dans la population étudiée.

	Tranche d'âge	**Sexe**	**Type d'exercice**	**Année d'exercice**	**Lieu d'exercice**
E1	60 – 65 ans	Femme	Public	23 années	Oise
E2	30 – 35 ans	Femme	Public	6 années	Hauts-de-Seine
E3	35 – 40 ans	Femme	Privé	15 années	Somme
E4	65 – 70 ans	Homme	Public	41 années	Oise
E5	40 – 45 ans	Homme	Public	10 années	Somme
E6	40 – 45 ans	Femme	Public	17 années	Somme
E7	45 – 50 ans	Homme	Privé	20 années	Somme

Tableau 1 : caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

Tous les médecins participant à l'enquête qualitative avaient pris en charge ou prenaient en charge des patients « placés sous main de justice » au moment de l'étude. Mais ces patients ne constituaient pas la majorité de leur suivi psychiatrique, sauf pour un psychiatre.

	Effectif de patients en soins pénalement ordonnés
E1	Tous les patients
E2	Moins de 10 patients
E3	5 patients
E4	5 ou 6 patients
E5	4 patients
E6	Une dizaine de patients
E7	Aucun patient actuellement. 20 patients par le passé

Tableau 2 : effectif de patients en soins pénalement ordonnés

Cependant, il s'avère que ce terme « placé sous main de justice » paraissait obscur à la plupart des médecins.

E3 : une main de justice ?

E6 : alors je n'ai pas notion de ce terme.

E7 : qui ont des obligations de soins, c'est ça ?

Caractéristiques infractionnelles et nosographiques des patients

1/ Infractions pénales et types de soins pénalement ordonnés

Tous les médecins étaient informés par la justice de l'infraction pénale pour laquelle le patient devait se soumettre à des soins. Un seul psychiatre ne demandait pas au patient le type d'infraction pour éviter un contre-transfert négatif et deux psychiatres posaient la question de l'infraction si le patient ne l'exprimait pas spontanément.

E4 : je ne pose pas trop la question [...] il aborde quand il le souhaite.

E4 : donc au niveau du contre-transfert, à la limite, je préférais.

Concernant les types d'infractions pénales, ils étaient divers. Ils sont répertoriés dans le tableau ci-dessous, non pas en utilisant les qualifications du Code Pénal, mais en reprenant les termes des médecins. On remarquait que la prise en charge de personnes ayant commis un crime sexuel se retrouvait chez six des sept participants de l'étude (tableau 3).

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
Usage d'alcool	x				x (conduite en état d'ivresse)		x
Usage de drogue	x				x		
Vol	x						
Violence	x	x (intra familiale)		x			x (conjugale)
Meurtre	x						
Infraction à caractère sexuel	x		x	x	x	x	x

Tableau 3 : infractions pénales retrouvées

En ce qui concerne les soins pénalement ordonnés, trois des sept médecins étaient informés d'emblée la mesure de soins imposée au patient.

E4 : ça quand même, il le précisait toujours.

Deux ne connaissaient pas le type de soins et deux d'entre-eux posaient la question au patient.

E1 : ce qui est problématique, c'est que souvent certains n'ont pas compris qu'ils étaient en injonctions ou obligations de soins et on a énormément de mal à le savoir, nous.

E6 : rarement le patient a d'élément précis et on a rarement le contenu du suivi imposé.

Plus de la moitié des psychiatres ne connaissaient pas la différence entre les types de soins contraints proposés par la législation française, à savoir l'obligation de soins ou l'injonction de soins.

E3 : je confonds à chaque fois, ils sont obligés de venir, après…

E5 : par rapport aux documents qu'ils amènent, c'est marqué presque toujours » obligation ».
E7 : je ne pense pas que les patients sachent non plus la différence.

Mais ils avaient tous bien repéré le médecin coordonnateur sans toujours savoir si ce dernier était une modalité de l'injonction ou de l'obligation de soins.
E2 : il y a l'injonction et l'obligation de soins qui passe par le coordinateur ?
E5 : j'ai déjà eu des échanges avec le médecins coordonnateur.

Après une explication sur les différentes modalités de soins pénalement ordonnés, les sept praticiens recevaient des patients en injonction de soins ainsi qu'en obligation de soins.

2/ Registres psychopathologiques des patients en soins pénalement ordonnés

Sur les sept psychiatres interrogés, aucun ne pouvait être catégorique quant à un profil-type psychopathologique des patients en soins pénalement ordonnés. Ils remarquent une clinique variée, sans registre délimité.
E1 : registre extrêmement varié aussi, hein.
E5 : c'est plutôt large.

La plupart des médecins diagnostiquait un trouble de la personnalité. Cinq praticiens ont repéré un probable trouble borderline ou état limite, selon la nosographie anglo-saxonne ou française. Trois d'entre-eux ont constaté des troubles psychopathiques. Un psychiatre parlait de personnalité perverse et rigide.

Un seul médecin a pris en charge, en soins contraints, un patient psychotique. Deux psychiatres ont suivi des patients avec un aménagement névrotique et un psychiatre a suivi des patients déficients intellectuels.

En revanche, pour un certain nombre de patients, aucun trouble psychiatrique n'avait été repéré.
E4 : pas de trait psychopathologique à proprement parler.
E5 : mais sans vraiment constater un trouble avéré psychiatrique qui fait parti d'une pathologie.

E7 : il n'y a pas de pathologie psychiatrique avérée.

Demande de soins et aménagement psychothérapique

1/ La demande de soins des patients

Tous les psychiatres de l'étude s'accordaient à dire qu'aucun patient n'a fait de demande de soins personnelle et spontanée.

E1 : ils viennent parce qu'ils sont obligés

E2 : la demande de soins ne vient pas spontanément premièrement.

E3 : c'est bien là le problème, il n'y a pas de demande.

Un psychiatre expliquait qu'il n'y avait pas de demande de soins car le patient ne se sentait pas malade.

E7 : il n'y a aucune demande de soins donc on n'est pas dans le soin.

E7 : quelqu'un qui ne se sent pas déjà malade, il ne voit pas pourquoi il faudrait qu'il se soigne

La plupart des médecins mettaient en avant le fait que la demande était utilitaire et que la consultation ne servait au patient qu'à récupérer son certificat de suivi.

E2 : la première réponse à ma question, c'est le papier à faire signer.

E6 : les patients sont plus contraints qu'autre chose, ils ont besoin d'avoir leur certificat

E7 : ils viennent pour un papier pour être en règle avec la loi.

Un praticien expliquait avoir été induit en erreur quant au motif de consultation et projet de soins du patient et avoir compris dans un second temps qu'il s'agissait d'obligations de soins.

E6 : il n'est pas rare d'avoir un fossé entre le motif de consultation allégué par le patient et le contexte du suivi judiciaire véritable

2/ Les différents positionnements des psychiatres face à la « non-demande »

a/ Dispositif d'accueil et de prise en charge

Orientation des demandes de suivi

Certains psychiatres expliquaient la manière dont les demandes de soins pénalement ordonnés étaient réparties entre les différents acteurs des centres médico-psychologiques (CMP). Selon leurs protocoles prévoyant la répartition des demandes de prises en charge en général, les demandes de ces patients étaient orientées tantôt suite à un premier entretien d'évaluation infirmière, tantôt réparties en staff entre médecins, ou encore arbitrairement par le secrétariat.

E2 : il y a un dispatching, les demandes de suivi sont discutées en staff et les orientations se font… et très souvent il y a un médecin qui est en première ligne

E4 : même dans ce cadre-là, on ne change pas l'accueil pour avoir un accueil très rapide. C'est les infirmiers généralement pour les premières consultations et après soit, il continue pour les obligations de soins, soit il dispatche vers le psychologue ou le psychiatre.

E6 : au CMP, l'orientation des patients se fait par la secrétaire et j'avoue avoir été assez préservée, étant une femme.

Premier entretien d'accueil et d'évaluation clinique

Des psychiatres mettaient en avant leur capacité à accueillir le patient comme à chaque première consultation.

E1 : moi ce que je fais, c'est que je fais un entretien normal, d'accueil.

E2 : on essaie au fil des consultations d'arriver à une rencontre comme avec tous les autres patients.

E5 : de toutes façon ils sont obligés d'être là et moi je les accueille.

Et ils profitaient de ce premier contact pour faire une évaluation clinique et psychopathologique.

E3 : bah déjà les premiers entretiens, c'est de l'évaluation psychopatho.

E6 : on va repérer d'éventuels troubles psychopathologiques, troubles de la personnalité, les comorbidités.

Choix de la psychothérapie en fonction du psychiatre

Les types de psychothérapies utilisées lors du suivi psychiatriques étaient divers et variés, à l'image des différentes orientations théoriques des psychiatres : thérapie psychodynamique, thérapie cognitive et comportementale, thérapies interpersonnelles, auto-hypnose…

E1 : à mon niveau quand j'ai le temps, parce que j'ai souvent été seule comme psychiatre dans le service, j'ai recours au cognitivisme.

E3 : on a fait un peu d'autohypnose.

E5 : j'ai fait une formation en thérapie interpersonnelle… J'utilise la validation de l'expression de quelque chose, d'un ressenti qui émerge à peine, je valide l'expression d'un certain mal-être…

E5 : mon approche, ma sensibilité psychodynamique se manifeste.

Il ressortait de l'expérience de ces médecins qu'il faudrait être particulièrement interactif avec ces patients.

E1 : en tout cas je suis toujours très interactive.

Certains thérapeutes restaient en relation duelle avec leur patient tandis que d'autres avaient recours à des médiations en thérapie de groupe.

E1 : quand je vois qu'il vaut mieux qu'il y ait une prise en charge avec médiations, on a pas mal de groupe dans le service, j'en parle en réunion institutionnelle et je l'adresse au psychologue.

E4 : en général je reste dans le double…

Travail en coordination avec les psychologues

Des psychiatres mettaient en avant un travail psychothérapeutique en parallèle avec les psychologues, les médecins étant, à ce moment là, présents uniquement pour la prise en charge médicamenteuse.

E1 : dans le service, on est vraiment en lien avec les psychologues.

E2 : ça m'est arrivé, quand la demande fait vraiment surface et que le patient est dans la capacité de s'inscrire dans un suivi psychothérapeutique, là je passe le relai vers le psychologue.

E3 : alors beaucoup avaient un double suivi, psychiatre et psycho, et venaient que pour les traitements.

E6 : quand il n'y a pas de trouble psychopathologique avéré ou de maladie mentale et qu'il n'y a pas du coup de prescription médicamenteuse, c'est plus la place du psychologue en CMP.

Mais parfois la possibilité prévue par les textes pour le psychologue d'assumer les soins pénalement ordonnés était méconnue.

E6 : il n'y a pas de suivi socio-judiciaire avec les psychologues, enfin…

b/ Travail et aménagement psychothérapique

Poser un cadre thérapeutique garant du secret médical…

Des psychiatres expliquaient qu'il était indispensable de bien poser les conditions préalables à tout travail psychothérapeutique, c'est-à-dire établir un cadre clair définissant le soin psychiatrique. En d'autres termes, il fallait expliquer au patient qu'ils étaient au courant de la mesure de soins imposée par la justice mais que soin psychiatrique et justice étaient bien séparés par le respect du secret médical.

E4 : l'intérêt c'est de bien mettre le cadre clair, de leur dire « bon bah vous venez me voir parce que c'est obligé, on est bien d'accord, néanmoins contrairement aux expertises, je suis tenu au secret professionnel, et donc ce que vous me dites restera entre nous, même si ce sont des fantasmes violents », sinon on ne pourra pas travailler.

Certains praticiens tentaient de responsabiliser le patient dans sa prise en charge, de le rendre acteur de ses soins bien que contraints, afin d'être finalement au centre de la demande de suivi thérapeutique.

E5 : de toute façon, d'emblée je présente les choses comme ça « vous êtes dans une obligation mais si vous repérez que c'est bénéfique pour vous, vous êtes libre aussi de rester, de revenir, de continuer ce travail ».

<u>… Pour tenter de créer un lien de confiance, prémices d'une alliance thérapeutique</u>

Tout à la fois garantir le secret professionnel, et ne pas borner l'initiation du travail à l'infraction, pouvaient favoriser le début d'une relation de soin basée sur la confiance et instaurer ainsi une alliance thérapeutique.

E3 : moi j'avais pris le parti de ne pas forcément, sur les premiers entretiens, s'appuyer que sur la problématique pour laquelle ils venaient, pour essayer d'accrocher, pour essayer de créer un lien de confiance.

E4 : je suis convaincu pour que quelqu'un évolue, il faut qu'il sache que ce qu'il dit n'aura pas de conséquence par rapport à sa peine. Se sentir libre.

E5 : justement nouer une alliance, pour engendrer, susciter une demande, pour transformer cette obligation dans une demande. Ca marche parfois mais pas toujours.

D'autres médecins évoquaient la nécessité de se baser sur les expertises ou les informations pénales pour engager le travail thérapeutique et travailler sur l'essentiel de la problématique du patient, afin de ne pas être dupé.

E3 : je leur dis clairement que j'ai lu les expertises et on en reparle. J'essaie de m'appuyer là-dessus pour démarrer quelque chose.

E6 : c'est bien qu'on ait les mêmes éléments de base et le point de départ du suivi parce que si le patient vient me voir en disant qu'il veut se sevrer du tabac, ce qui m'est déjà arriver, sans me parler précisément, on passe à côté de l'essentiel je pense.

Attitude bienveillante

Certains psychiatres adoptaient une attitude bienveillante envers ses patients, évoquant le fait que ces derniers faisaient toujours l'expérience de contre-attitudes de la part des soignants, afin de faire bouger leur comportement d'opposition aux soins.
E5 : je fais comme avec un patient lambda et peut-être que cette bienveillance authentique peut faire naître chez le patient la possibilité de se comporter autrement que dans la défiance, la provocation.

Quelques thèmes abordés lors des entretiens

Certains patients exprimaient des symptômes « communs », sans venir pour « soigner l'infraction pénale ».
E3 : des troubles du sommeil, une tension anxieuse ou des choses comme ça.

Des psychiatres proposaient d'aborder des thèmes en rapport avec l'infraction pénale mais aussi de faire un travail plus large concernant la vie du patient.
E4 : je travaille sur beaucoup d'autres choses, sur la vie familiale, sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur contexte quotidien. La honte parfois, le remord, la crainte du jugement qu'il peut y avoir par rapport au jugement sur soi ou au jugement des autres.

Déni du patient ou souffrance « cachée »

Des thérapeutes évoquaient le déni des troubles de leurs patients, empêchant l'accès à toute demande de soins et donc, d'après eux, à un travail psychothérapeutique.
E2 : j'ai même l'impression, mais ce n'est peut-être qu'une impression, que si ça ne tenait qu'à eux, ils ne seraient pas là, parce que là, c'est des malades mentaux et eux ce n'est pas leur cas.

D'autres exprimaient le fait que leurs patients évoquaient une souffrance à demi-mot, avec, comme dénominateur commun, une histoire de vie difficile, mais qu'ils ne se sentaient pas prêts à l'élaborer dans un travail.

E1 : ce que nous, on appelle « un petit brin de laine à tirer ».
E3 : lorsque tu creuses dans leur histoire de vie, il y a quand même des maltraitances dans l'enfance, des traumatismes, des dépressions anaclitiques, un manque de contenance…
E5 : ils disent « je sais que j'ai vécu des choses difficiles, je sais que peut-être j'aurai besoin un jour d'en parler… »
E5 : quand il y a ces propos allusifs à une histoire de vie difficile, je profite de ça pour dire que sa présence obéit à une obligation mais que ça donne aussi l'occasion de pouvoir essayer de faire un travail sur ça

c/ Désillusions des psychiatres

Inauthenticité de la relation thérapeutique

Certains psychiatres se disaient désabusés et frustrés, croyant avoir instauré un lien avec leur patient, alors que finalement la relation thérapeutique était inauthentique et ne reposait que sur la nécessité de répondre à des obligations pénales.
E1 : on peut être déçu dans le sens que ce qu'on croyait être une sorte de transfert, c'était rien du tout… c'était simplement le papier à la fin de la séance.
E1 : c'est quelque chose d'assez inauthentique… j'étais dans une relation thérapeutique mais lui non.

Contre-attitudes et contre-transferts négatifs

Des psychiatres évoquaient ressentir un contre-transfert négatif, qu'il fallait pouvoir identifier afin de l'élaborer, ou alors qui imposait de transmettre le patient à un autre thérapeute.
E1 : il faut y pense aussi à ça, à notre contre-transfert, parce que finalement des fois on n'a pas envie. Et dans ces cas là, c'est utile qu'il y ait d'autres psychiatres pour passer la main.
E4 : surtout si il y a des passages à l'acte, effectivement il y a des contre-transferts qui se jouent.

E5 : j'essaie de me débrouiller avec ma sensibilité psychanalytique pour reconnaître mon propre contre-transfert, ma propre contre-attitude… en étant conscient, c'est plus facile de le mettre de côté

La nécessité d'avoir du temps, incompatible avec les délais des mesures de soins imposés

Certains médecins s'interrogeaient sur les délais imposés de ces obligations de soins. Ces durées de prise en charge, qu'ils estimaient finalement trop courtes, ne permettant pas d'instaurer une relation thérapeutique de qualité. De plus, le nombre croissant de patients dans le secteur de consultation publique ne permet pas de dégager assez de temps pour ces patients jugés non prioritaires car n'exprimant pas de demande personnelle.

E1 : on a une liste d'attente énorme. On a mis en place des attestations de mise sur liste d'attente pour faire patienter la justice.

E4 : ça c'est un problème, je crois d'ailleurs qu'effectivement il faudrait que ce soit un délai indicatif.

E6 : en raison de la surcharge des consultations au CMP, ces patients je les voyais peut-être tous les 2 mois, ce qui ne permet pas un suivi et une relation de qualité et c'est peut-être un défaut mais il est vrai qu'on a plus à cœur de soigner et libérer du temps pour des patients en demande.

L'impression d'être impuissant face à ces patients sans demande de soins

Considérant l'expression d'une demande subjective du patient comme prérequis indispensable au travail psychothérapeutique, un psychiatre jugeait impossible toute thérapie dans un cadre pénalement ordonné. Il pouvait exprimer son sentiment d'impuissance, d'échec à aider les patients ainsi adressés.

E7 : je crois que dans ce cadre là on est complétement coincé, on ne peut rien faire émerger du tout parce qu'en psychothérapie, c'est impératif qu'il y ait une demande personnelle de soins.

E7 : on subit plus une situation… on ne peut rien repérer du tout parce que déjà il n'y aucune demande de soins.

E7 : au niveau psychologique je ne l'ai pas aidé, je ne pense pas parce qu'il n'y a aucune demande.

Les représentations des Etats Limites et de la psychopathie chez les psychiatres

1/ Les Etat-Limites à expression psychopathique et la psychiatrie

Après avoir rappelé la fréquence du trouble Etat-Limite ou personnalité borderline (taux de prévalence de 1,6% en population générale contre environ 15% en population clinique (Charlot & Guelfi, 2013)) et du trouble psychopathique ou personnalité anti-sociale (taux de prévalence de 2-3% en population générale contre 1-3% en population clinique (Petitjean, 2013)), six psychiatres exprimaient sans hésitation que le patient présentant une pathologie limite à expression psychopathique appartenait au champ de la psychiatrie et relevait donc de soins psychiatriques.

Un psychiatre ne se prononçait pas, précisant que c'était variable en fonction de l'histoire du patient.
E4 : je dirai c'est variable, hein, ça dépend évidemment beaucoup des gens, je pense quand même…

2/ La psychopathie versus les Etat-Limites

a/ Les Etat-Limites relèvent de la psychiatrie

Des psychiatres déclaraient que les patients présentant une pathologie limite souffraient bien d'un trouble psychiatrique, sans distinction avec les état-limites à expression psychopathique.
E6 : les états-limites à expression psychopathique… oui car c'est un de leur symptôme et ça s'inscrit dans un fonctionnement plus général…

E7 : les état-limites c'est de la psychiatrie bien-sûr.

Et ces patients présentant un trouble limite à expression psychopathique relèveraient même d'une prise en charge psychiatrique spécifique médico-psycho-sociale.
E2 : si on est dans un registre psychopathologique sur lequel on peut intervenir au niveau du soin, bien-sûr qu'ils relèvent d'une prise en charge psychiatrique ou en tout cas médico-psycho-social dans laquelle nous, on ne peut pas s'extraire…

Pour un médecin, l'hôpital psychiatrique avait un rôle de contenance psychique et de pare-excitation pour les patients limites.
E4 : un état-limite… avec beaucoup de carences affectives… a sa place dans un service d'entrée… c'est l' « hôpital-maman-et-papa »…

Cependant, un psychiatre, dans une analogie entre la pratique en milieu carcéral et en soins pénalement ordonnés, soulignait que, si en prison le psychiatre est dégagé de la fonction de loi symbolique, assumée par la justice et l'administration pénitentiaire, à l'extérieur la fonction du psychiatre implique à la fois soin et rapport à la loi. Ce qui engendre un positionnement médical plus délicat.
E6 : le flanc sur lequel on les attaque n'est pas le bon, une façon de les amener vers les soins qui n'est pas… la contrainte est seule et isolée et représente que la loi… on sent qu'il manque du contenant, que c'est la loi seule toute nue, qu'il manque un accompagnement, qu'il manque du lien…

Et il pouvait même dire que finalement ces patients limites à expression psychopathique étaient peut-être désavantagés par rapport aux autres dans les prises en charge psychiatriques car il n'y aurait aucun moyen de les accueillir correctement. Ces patients pâtiraient d'un manque de temps en ambulatoire et ils seraient jugés ingérables dans les services intra-hospitaliers.
E6 : l'impression en fait que ces patients, ils sont un peu lésés en fait… un peu délaissés

b/ La psychopathie relève de la psychiatrie

Un psychiatre indiquait qu'avec son expérience en milieu carcéral, il lui était plus naturel de dire que la psychopathie appartenait au champ de la psychiatrie. En effet, en prison le psychiatre a plus facilement accès à la souffrance des patients présentant un trouble psychopathique, paraissant alors plutôt vulnérables.

E1 : la psychopathie c'est de la psychiatrie bien que je sais que c'est très contesté par tous mes collègue de l'intra…

E1 : j'ai une relation plus longue avec ces patients qui souvent passent à l'acte, genre automutilation, enfin souvent des gestes auto-agressifs…

E1 : souvent les psychopathes, enfin j'ai remarqué, décompensent…

Ce psychiatre mettait en avant les difficultés d'accueil en hôpital classique des patients psychopathiques incarcérés et remarquait que la création d'Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) avait amélioré la prise en charge hospitalière de ces patients qui peuvent présenter des symptômes psychiatriques lors de leur incarcération.

E1 : quand j'envoie, parce que les passages à l'actes deviennent trop graves et qu'il y a un risque suicidaire trop important, eux bien-sûr ils ne font voir que leurs aspects psychopathiques… et puis hélas, en général ils reviennent soit le soir, soit le lendemain.

E1 : avec l'UHSA c'est un peu mieux… ils sont plus habitués aux psychopathes.

Un autre thérapeute évoquait le fait qu'autrefois il était plus facile d'accueillir en terme de place, le patient psychopathe à l'hôpital psychiatrique, constatant qu'il y avait une possibilité d'accueil plus grande, et regrettant qu'actuellement la question de la psychopathie ne soit toujours pas tranchée entre prise en charge carcérale et prise en charge psychiatrique.

E4 : qu'on arrivait à avoir des personnalités psychopathiques, même lourdes, qui étaient prises en charge vraiment complètement par l'hôpital psy, par l'asile autrefois…

E4 : on les soignait peut-être mieux auparavant… on avait de la place…

E4 : dans la réalité là souvent c'est la balle de ping-pong, hein voilà, le psychiatre dit « il mérite la prison » et les gens de la prison disent « mais non, il faut qu'il soit soigné en psychiatrie ».

Par contre, la plupart des psychiatres interrogés faisaient état des difficultés de prise en charge de ces patients au trouble psychopathique, qui ne rentreraient pas dans un cadre

hospitalier de secteur publique, ni dans un cadre ambulatoire classique, d'ailleurs. Ils alléguaient leur méfiance quant à ces patients jugés difficiles qui menaceraient et manipuleraient souvent le personnel soignant. Cette dimension psychopathique prédominante masquerait la souffrance de ces patients et provoquerait des contre-attitudes chez les psychiatres à vouloir les écouter, ces derniers se sentant alors impuissants à les aider.

E1 : ils ne font voir que leur aspects psychopathiques, donc leur violence, ils n'expriment que ça, et en plus ce côté un petit peu manipulateur du psychopathe qui tout de suite fait écho avec déjà la méfiance de mes collègues…

E1 : ce sont des patients difficiles, bon… euh qui peuvent menacer le personnel, voilà on sent trop de manipulation du personnel soignant…

E4 : : surtout si il y a des passages à l'acte, effectivement il y a des contre-transferts qui se jouent.

E5 : quand la dimension psychopathique est prédominante… c'est la contre-attitude, le contre-transfert qui bloque, qui inhibe déjà la possibilité chez le praticien de faire reconnaître la souffrance.

E6 : effectivement qui génère des contre-transfert, hein, parce qu'on a tous aussi nos limites… les psychopathes c'est vrai que dans les services … ils malmènent beaucoup les équipes, les patients…

E6 : après en consultation, c'est aussi un sentiment d'impuissance que parfois ils nous renvoient…

c/ La psychopathie ne relève pas du soin psychiatrique

Pour certains psychiatres, le trouble psychopathique ne relevait pas du soin psychiatrique mais d'une prise en charge judiciaire pure car ce trouble de la personnalité ne serait pas curable selon eux. Il apparaissait dans leur discours qu'accueillir les patients psychopathes dans un secteur de psychiatrie classique serait dangereux.

E2 : maintenant je t'avoue très honnêtement dans un fonctionnement psychopathique pur… je ne vois pas où est ma place, je suis très mal à l'aise… et je les invite, notamment les délinquants sexuels, à se remettre sur une boucle de prise en charge spécifique… où les gens savent mieux ou… sont plus à l'aise.

E2 : mais on ne guérit pas la psychopathie.

E2 : la psychopathie ne relève pas du soin et je trouve que c'est dangereux d'intégrer la psychopathie, la perversion dans un circuit de soins.
E5 : mais si la dimension psychopathique prédomine, même si on a une suspicion de l'existence d'un trouble borderline, ouais on va dire que ça ne relève pas forcément…
E7 : les psychopathes c'est encore différent, je pense qu'eux, ils relèvent plus de la justice.
E7 : la psychopathie… il a un surmoi qui est absent, donc tout ce qui justice… n'est pas intégrée… il agit uniquement selon son instinct, ses pulsions… il n'y a pus de loi…ça ne se soigne pas la psychopathie finalement, hein, ils font des actes criminels, des viols, des crimes et ils récidivent.

Regard de psychiatres sur le dispositif des soins pénalement ordonnés

1/ La double condamnation, du patient et du psychiatre

La plupart des psychiatres interrogés dans cette étude disaient se sentir pris au piège, être eux-mêmes obligés de suivre ces patients comme s'ils subissaient aussi une condamnation pénale.
E2 : on ne peut pas s'en extraire mais on n'est pas dans des missions de soins…
E3 : je trouve que, en effet, ils sont autant piégés qu'on l'est… et donc quelque part, une fois qu'on s'est engagé, bah voilà on est obligé d'aller jusqu'au bout.
E5 : bah finalement nous on est condamné avec le patient aussi…
E7 : c'est le système finalement qui nous oblige, nous entre guillemets on n'est pas obligé finalement

De ce fait, ils sous-entendaient qu'ils étaient instrumentalisés par la justice, cette dernière réduisant le soin psychique à une simple transaction d'attestation de suivi. Ils se pensaient utilisés comme « alibi » pour des aménagements de peine.
E1 : on est complétement instrumentaliser… on est pris en sandwich entre le patient qui demande son fameux papier et la justice qui l'impose au patient.
E1 : je le reçois et puis il a son papier même s'il ne se passe rien, faut être clair
E7 : je ne pense pas que j'ai aidé la personne en quoi que ce soit… à part sortir de prison

2/ Le refus de se laisser imposer ces patients

Il était mis en avant par plusieurs thérapeutes que prendre en charge des patient-délinquants devrait venir d'une volonté de leur part, c'est-à-dire qu'ils pensent que ces patients devraient être « facultatifs » pour le psychiatre (y compris en psychiatrie de secteur). En effet, ils exprimaient parfois se sentir mal à l'aise avec ce type de patients.

E2 : j'essaie de passer le relai sur des gens qui peut-être savent mieux ou… sont plus à l'aise

E3 : je pense que le psy lambda… regarde tu vois, ne serait-ce qu'en terme d'expérience, j'en ai 5 dans ma file active, ça ne suffit pas… il faut une volonté pour ça.

E3 : il m'a fait peur ce type là.

E5 : entre-autres, il y a un problème de vocation donc euh… des professionnels qui ne sont pas à l'aise…

E6 : si on a que des psychopathes, je pense qu'après aussi on peut se spécialiser.

E7 : je pense qu'il serait bien qu'il y ait… des gens très formés et intéressés par le sujet.

3/ Intérêt de ce système de soins pénalement ordonnés

a/ Ce système de soins pénalement contraints est opportun

L'accès à une psychothérapie de manière contrainte est utile pour certains patients

Certains psychiatres déclaraient qu'il est tout à fait possible de travailler avec des patients qui n'exprimaient pas clairement une demande de soins. Ce cadre des soins pénalement ordonnés permettait de rencontrer des patients en souffrance, patients qui ne se seraient jamais présenter d'eux-mêmes. La rencontre contrainte offrait finalement l'occasion de faire l'expérience inédite de parler de soi.

E1 : je pense que des fois ça peut être utile, dans le sens où ça permet à des gens qui n'on jamais parlé d'eux, qui n'ont jamais eu accès à un psychiatre ou un psychologue, d'y avoir accès, de faire l'expérience de parler d'eux… et ça peut franchement les aider et qu'ils ont envie de continuer après.

E3 : alors dans l'idéal c'est utile.

E4 : je pense qu'on peut travailler même que ce soit dans ces conditions là… même quand il n'y a pas de demande ou quand il y a une souffrance même s'il n'y a pas de demande explicite.

De plus, il apparaissait qu'une psychothérapie, par le biais de ce dispositif de soins obligés, aurait amélioré le fonctionnement psychique de certains patients.
E1 : même dans ceux qui viennent pour le papier, je pense qu'il y a quand même des choses qui se passent, enfin… certaines défenses arrivent à tomber parce que, euh peut-être qu'on les apprivoise un peu.
E4 : d'autres qui bougent un peu…

Et devant ce bénéfice, certains patients auraient poursuivi la psychothérapie après la levée des soins pénalement ordonnés.
E1 : 2-3 comme ça qui ont continué à venir alors que c'était fini mais c'était important pour eux de continuer à venir.
E5 : j'ai fait un travail d'accompagnement… et avec 1 ça a duré un an au moins après la fin de l'obligation.

<u>Ce dispositif paraît nécessaire, mais dans un service dédié ou avec une équipe spécialisée</u>

La plupart des thérapeutes évoquaient la nécessité de la prise en charge de ces patients qui ont commis un délit ou un crime en mettant en parallèle la difficulté que ce ne soit qu'à la charge d'un seul intervenant. Ils exprimaient l'intérêt de la création d'une filière spécialisée avec le souhait que cette prise en charge se fasse dans un service dédié avec une équipe pluridisciplinaire formée.
E2 : je pense qu'il est nécessaire… qu'il y ait une prise en charge de cet ordre là chez des gens qui… ont commis des délits, des crimes… maintenant je pense que c'est dangereux que ce soit uniquement à la charge des médecins hospitaliers… je pense qu'il faudrait créer d'autres systèmes de prise en charge médico-psycho… euh crimino… et éducation et social.
E5 : je pense qu'il devrait y avoir des services dédiés, des gens qui sont formés et sensibilisés à toutes ces questions là.

E7 : il faudrait vraiment des gens formées, spécifiés… des gens qui sont vraiment béton par rapport à ça… je pense plus à un truc pluridisciplinaire, avec psychologues, infirmiers, médecins, psychiatres… une branche vraiment dédiée.

Mais un médecin se posait la question du respect de l'éthique si des filières spécifiques étaient créées pour les patient-délinquants, craignant probablement leur stigmatisation, et il préférait proposer que leurs prises en charge se fassent dans un centre de consultation classique mais avec une équipe référente dans le domaine psycho-légal et en lien avec les services de psychiatrie en milieu carcéral (Service Médico-Psycho-Régional en prison).
E6 : ça remet en question sur le plan… on va dire c'est des questions éthiques de les orienter vers des lieux de soins spéciaux pour les gens qui sortent de prison… il faudrait qu'il y ait… une micro-équipe un peu spécialisée dans chaque CMP pour plutôt prendre en charge ces patients là mais dans la filière habituelle… qu'il y ait 1 ou 2 médecins qui s'occupent, qui soient référencés dans le CMP dans ce domaine là et qui soient en lien avec le SMPR régulièrement par exemple.

b/ Ce système obligeant aux soins est inadapté mais perfectible

Certains psychiatres exprimaient le manque de sens de ce dispositif de soins pénalement ordonnés puisque il s'adresse à des patients dont la demande de soins n'émergeait pas.
E3 : et puis franchement, si la demande de soin n'émerge pas ou si on n'arrive pas à travailler ça, c'est inutile, enfin je veux dire, voir quelqu'un parce qu'il faut le voir, si tu n'arrive à rien travailler… enfin ça n'a aucun sens quoi.
E5 : mon expérience ici me montre qu'effectivement il n'est pas efficace…
E7 : je trouve que c'est superficiel et inadapté…

Un psychiatre faisait remarquer que dans ce système de soins pénalement ordonnés la loi et donc la contrainte était assimilée au soin, ce qui mettait en péril dès le départ le lien thérapeutique qui pourrait se créer entre le patient et son psychiatre.
E6 : la contrainte est seule et isolé et représente que la loi… et c'est ça qui met un peu à mal le lien thérapeutique qui pourrait être établi avec les patients

Mais ce praticien gardait espoir et mettait en avant que ce système pouvait être amélioré.

E6 : peut-être à améliorer, à perfectionner… donc ouais je pense qu'il y a certainement à réétudier, à explorer, à améliorer, à discuter.

4/ Une insuffisance à différents niveaux

a/ Manque de formation en psychiatrie légale

La plupart des psychiatres interrogés relevaient une insuffisance de formation en psychiatrie légale, domaine qui n'est pas inclus dans le socle de formation du diplôme d'étude spécialisée en psychiatrie. Ils pouvaient dire qu'ils avaient appris la clinique du trouble limite mais pas sous l'angle d'une infraction pénale.

E3 : moi je ne me sens pas formé à ça.

E5 : des professionnels… qui ne sont pas formés, sensibilisé à toutes ces dimensions.

E5 : pas tous les psychiatres ou psychologues sont experts dans la matière de soins de ceux qui ont été condamnés pour leur actes répréhensibles par la loi…

E6 : en même temps effectivement, en psychiatrie, dans l'internat on se forme sur la schizophrénie, trouble de l'humeur, trouble de la personnalité et pas pour toutes ces questions là.

E7 : on n'est pas formé.

b/ Manque de psychiatres en service public

Des psychiatres pointaient du doigt le fait qu'ils soient en effectif médical réduit dans les lieux de soins publics et que cela compliquait l'accueil de ces patients-délinquants.

E2 : je pense qu'on n'a pas suffisamment de moyens.

E5 : le réorienter vers quelqu'un d'autre… mais en général il n'y a personne à côté

E6 : un manque de moyens humains.

E7 : ce sont souvent des patients… un peu « éjectés » du public, on leur dit « voilà on n'a pas de place, tournez-vous vers le privé, essayer de trouver quelqu'un ».

c/ Manque de temps

Des psychiatres mettaient en avant la nécessité d'avoir du temps pour créer une relation thérapeutique et ainsi permettre un travail d'élaboration psychique. En effet, la psychiatrie de secteur connaît une inflation des demandes de prises en charge, tandis que l'effectif médical diminue.

E1 : ils sont débordés car ils veulent faire des entretiens à peu près d'une demi-heure et que ce soit un peu contributif.

E3 : c'est vrai que c'est un investissement de temps… celui là je trouve… il y a quelque chose qui s'est crée. C'est celui que je vois depuis plus d'un an, je pense qu'il faut du temps aussi.

5/ Relation entre psychiatrie et justice

a/ Communication entre la justice et la psychiatrie

La plupart des psychiatres de l'étude notaient un manque d'articulation entre la justice et la psychiatrie, déplorant un clivage, un gouffre entre les différents acteurs gravitant autour du patient pour les uns et du délinquant pour les autres.

E1 : souvent certains patients n'ont pas compris qu'ils étaient sous injonction de soins alors que le suivi socio-judiciaire est prononcé à la barre… et on a énormément de mal à le savoir nous…on a du mal à avoir des listes, il n'y a pas vraiment de listes…

E5 : je pense que l'erreur… c'est le clivage qui existe entre le système judiciaire et le système sanitaire… un abysse au milieu.

E6 : c'est très, trop clivé c'est-à-dire qu'il n'y a pas assez d'articulations… pour un patient qui a une obligation de soins, il y a très peu d'articulation avec la justice.

Ils exprimaient donc un accès souvent difficile aux différentes notices de jugement, aux expertises malgré la création du médecin coordonnateur dans la mesure d'injonction de soins.

E2 : c'est toujours le parcours du combattant pour les avoir mais en général le médecin coordonnateur me les envoie.

Certains psychiatres reconnaissaient l'intérêt du médecin coordonnateur comme garant du secret médical entre le psychiatre traitant et son patient. En effet le médecin coordonnateur joue le rôle d'interface entre le psychiatre et le juge, mais il est lui-même imposable au secret professionnel concernant les éléments sans rapport avec l'affaire judiciaire du patient.

E4 : médecin coordonnateur… parle au juge alors bon ça fait un petit filtre… c'était un peu l'interférence… comme le soignant ne doit pas aller dire ce qu'il se passe au juge, il peut en parler au médecin coordonnateur… il est un peu comme un expert du coup, bien que lui… enfin il a le secret médical pour des chose qui ne concernent pas directement ce pour quoi il est suivi par la justice, l'affaire

Mais d'autres praticiens s'interrogeaient tout de même sur le rôle de ce médecin coordonnateur.

E3 : on se sent surveillé par le médecin coordonnateur… on mène les entretiens comme on veut

E6 : ne serait-ce que la fonction du médecin coordonnateur me laisse assez perplexe enfin…

Des psychiatres rapportaient leurs difficultés dans leurs tentatives d'améliorer leur relation avec la justice, une expérience pouvant s'apparenter à un vrai combat.

E1 : c'est compliqué… ce que j'ai essayé de faire pendant certaines années, c'est une meilleure relation avec la justice, avec les juges d'application des peines… et donc là, j'ai gagné !

b/ Position de la justice à l'égard de la psychiatrie

<u>Rôle du psychiatre pour la justice, prévenir la récidive</u>

Pour beaucoup de psychiatres, la justice leur assignait une fonction de garant du bon fonctionnement de la société, en permettant d'éviter la récidive des patient-délinquants.

E3 : on nous pose la question de la prévention de la récidive…

E5 : il ne remplit pas vraiment les objectifs qui théoriquement, légalement ont été établis… le juge espère que par ce travail là, cette personne ne fonctionne plus comme il fonctionne… et qu'il va se réinsérer et qu'il n'y aura plus de récidive…

Un rôle que les psychiatres refusent de jouer…

E1 : on a un rôle qu'on n'a pas à jouer en tant que thérapeute, hein !

E7 : c'est quant même une responsabilité assez lourde, hein, face à quelqu'un qui a commis un crime, je trouve.

Il apparaissait avec netteté que des psychiatres voyaient, en ce système des soins pénalement ordonnés, un moyen pour la justice de transférer aux psychiatres sa responsabilité dans la prévention du risque de récidive. Cette tendance viserait à diminuer les effectifs de détenus en prison.

E6 : c'est une façon aussi pour le monde judiciaire de se dédouaner un peu de quelque chose, hein, sans s'interroger trop sur ce qu'on pourra faire avec eux.

E7 : on couvre un peu un système extrêmement défaillant mais au fond il n'y a aucune garantie…ça rassure beaucoup de monde, les juges… on ne va pas se mentir ça permet de diminuer les effectifs des prisons

En effet, Psychiatrie et Justice ne tendent pas vers le même but. En effet, si la défenses des règles de la société, impliquant la lutte contre la récidive est l'objet de la justice, le psychiatre accueille et traite souffrance psychique et maladie mentale. C'est donc indirectement qu'il contribue à la réinsertion des patients.

E4 : on n'a pas le même métier… autant le SPIP, les juges d'application des peines, eux, il doivent travailler sur la prévention de la récidive, et c'est tout à fait normal, ils doivent protéger la société… nous ce n'est pas notre but… mon but c'est que la personne puisse évoluer, souffrir moins, changer pour renouer des liens familiaux, se réinsérer dans la société… voilà comme tout travail de psychiatre. Bon si en plus, il n'y a pas de récidive…

De plus, certains psychiatres pensaient que la Justice ne prenait pas en compte les limites de leurs compétences et qu'elle ne comprenait pas la finalité de leur métier, le psychiatre travaillant sur la réalité symbolique et les juges sur la réalité des faits.

E4 : elle ne fait pas la différence… c'est compliqué… nous faut bien expliquer qu'on n'interdit pas les fantasmes… mais la société interdit de passer à l'acte.

E5 : le juge… attend qu'il n'y ait pas de récidive mais est-ce qu'il prend en compte justement nos limites et notre incompétence aussi à traiter ces gens.

Tension entre responsabilité vis-à-vis du patient et responsabilité vis-à-vis de la société

La plupart des thérapeutes avaient l'impression d'avoir une responsabilité morale envers le patient-délinquant en obligation de soins. En effet, s'ils n'étaient pas en mesure de le recevoir en consultation, ils essayaient de ne pas le pénaliser car les psychiatres connaissaient les risques encourus par le patient si celui-ci ne respectait pas les conditions de son suivi judiciaire.

E1 : si on ne répond pas à ces demandes, s'il n'a pas le papier… il risque d'être incarcéré prématurément… on a mis en place des attestations de mise sur liste d'attente pour faire patienter la justice.

E3 : si tu dis « je vous verrez pas pendant 3 mois » parce que j'en sais rien moi, je peux pas le voir, derrière il a le SPIP aux fesses parce qu'il n'a pas eu son certificat comme quoi il a vu son psychiatre et donc je trouve ça un peu rigide.

E5 : si je répond pas à ces demandes… la moindre des choses, c'est de le réorienter vers quelqu'un d'autre… on est condamné… à assumer cette responsabilité.

E7 :c'est vrai que quand ils appellent parfois certains le disent, bon bah par humanité on dit « voilà euh ok on va vous recevoir ».

Certains médecins évoquaient leurs craintes d'engager leur responsabilité pénale en cas de récidive criminelle d'un patient suivi.

E5 : heureusement je n'ai pas été confronté à un patient qui a récidivé pour des fait graves pendant son suivi mais imaginons que ça arrive, je ne sais pas quels sont mes droits…quelles limites peuvent être reconnues par la loi… si le patients récidive… la responsabilité du psychiatre.

E7 : on vous confie un violeur qui va faire deux fois moins de prison si vous le suivez… on prend une responsabilité importante par rapport à des potentielles victimes.

E7 : et puis on se rend compte parfois que finalement… il y a peut-être un danger d'avoir accepté… c'est quant même une responsabilité assez lourde, hein, face à quelqu'un qui a commis un crime, je trouve.

c/ L'incohérence de la justice vis-à-vis de la psychiatrie

Quelques psychiatres de l'étude citaient l'augmentation de nombre de soins pénalement ordonnés par la justice, en pointant l'incohérence qu'elles pouvaient revêtir.
E1 : mais maintenant, je vais te dire, le problème c'est que la justice donne des obligations de soins à tout le monde quasiment, hein et même à un voleur d'autoradio… quand on donne des obligations de soins complètement débile et bah on a des résultats absurdes.
E6 : il y a aussi le rôle des experts psychiatres… qui posent plein d'obligations à tour de bras.

En effet, un médecin mettait en relief les contradictions qui pouvaient exister entre les conclusions des expertises psychiatriques et la décision du juge de « prescrire un soin ».
E7 : les conclusions, les expertises, souvent il ne relève pas d'une pathologie psychiatrique donc il est passible d'une peine de prison. On fait une remise de peine à condition qu'il voit un psy et qu'il soit suivi, donc on est un peu dans la contradiction déjà.
E7 : les rapports des experts parlent de gens incarcérés qui ont commis des délits, il n'y a pas de pathologie psychiatrique.

Un autre thérapeute exprimait sa crainte de la stigmatisation des malades mentaux et l'amalgame avec les délinquants ou criminels.
E3 : on psychiatrise le crime, on criminalise la maladie mentale. Tous nos patients ne sont pas dangereux.

d/ Absence de lien entre psychiatres dans et hors la prison

Dans cette étude, un psychiatre déplorait le manque de communication entre les psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire, dans les Services Médico-Psychologique Régionaux et les psychiatres travaillant dans le secteur public, en Centre Médico-Psychologique, ou dans le secteur privé, concernant les patient-délinquants qu'ils pouvaient avoir en commun.
E6 : pour un patient qui a une obligation de soins, il y a très peu d'articulation… avec les soins pénitentiaire… c'est vrai les patients qui sortent de prison, alors qu'il y a même le

SMPR qui fonctionne dans toutes les prisons, on n'a pas beaucoup de lien pour certains d'entre-eux… quand ils ont été pris en charge à l'intérieur et qu'ils arrivent au CMP.

DISCUSSION

Limites de l'étude

1/ Limite liée au choix de l'enquête qualitative

La recherche qualitative ne consiste pas à mesurer ou quantifier mais à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative, elle est complémentaire d'une recherche quantitative en apportant un aspect compréhensif au phénomène étudié.

Une des limites de la méthode qualitative concerne sa validité externe. En effet, la représentativité de la population étudiée est limité par la taille de l'échantillon et donc les résultats ne peuvent être destinés à la généralisation. Cependant, le but d'une enquête qualitative est de constituer des hypothèses pouvant par la suite conduire à des études quantitatives. Dans ce cas, c'est surtout la qualité de l'échantillon qui compte plus que sa quantité.

Une autre limite concerne la crédibilité de l'analyse des résultats. En effet, il est recommandé de faire analyser les données par plusieurs chercheurs (triangulation de chercheurs) puis de les comparer afin de limiter les interprétations erronées (Côté & Turgeon, 2002).

2/ Limite liée à la nosographie

L'analyse des caractéristiques psychiatriques des sujets en soins pénalement ordonnés est variée car les cliniciens utilisent des référentiels nosographiques différents, prenant leur source dans l'héritage psychanalytique mais aussi dans l'apport des critères diagnostiques fournis par les manuels de classifications internationales des maladies mentales (CIM-10 et DSM-V).

3/ Limite liée à l'évaluation des soins pénalement ordonnés dans leur globalité

Injonctions de soins et obligations de soins ont été traitées conjointement dans un but didactique mais ne doivent pas être confondues. Il serait plus rigoureux de conduire des travaux sur les obligations de soins et sur les injonctions de soins de manière séparée pour mieux évaluer ces pratiques dans leur singularité.

De même il importerait de distinguer les mesures prononcées en pré-sentenciel et post-sentenciel car les enjeux pénaux (dont carcéraux) pour les sujets sont différents : dans l'une il s'agit d'éviter la prison, dans l'autre d'en sortir.

Clinique du passage à l'acte

Les psychiatres participant à cette enquête ont souvent repéré chez les patients des troubles de personnalité et plus particulièrement des troubles appartenant au spectre de la pathologie limite. Cette impression est corroborée par une revue de littérature récente qui retrouve des caractéristiques similaires avec 22 à 65% de trouble de l'axe II chez les patients en injonction de soins et 28 à 57,4% de trouble de la personnalité chez les patients en obligation de soins (Orsat et al., 2015).

La pathologie limite se caractérise, entre autre sur le plan clinique, par une fragilité narcissique, une angoisse d'abandon intense et une tendance à l'agir perturbant la stabilité de leur relations interpersonnelle (Chaine & Guelfi, 1999; Kernberg, 1997). Ces caractéristiques sémiologiques sont sous-tendues par des particularités psychopathologiques, que nous allons décrire, et expliquent en partie les difficultés de ces patients à s'engager dans un travail psychothérapique.

1/ Perturbations du processus de mentalisation

Habituellement, le « comportemental » se situe dans le prolongement des pensées mais dans les situations pathologiques de type limite, tout se passe comme si la mise en action du

comportement court-circuitait la pensée. Le passage à l'acte signerait donc une détérioration de l'expression normale du fonctionnement mental. Le passage à l'acte d'allure violente chez le sujet Etat Limite se rattacherait à l'instinct primitif et violent de conservation plutôt qu'à un plaisir d'une attaque préméditée envers l'autre (Bergeret, 2009).

Dans les organisations limites, il existe une rupture profonde entre parole et action. La perturbation du processus de mentalisation, se traduirait par la tentative d'évacuation de la pensée. Le passage à l'acte serait alors l'outil préférentiel pour éviter tout contact avec l'angoisse ou pour l'évacuer. On assiste à une victoire de l'action sur la parole par phénomène d'enlisement de la pensée (Millaud, 2009).

2/ La question de la demande et le positionnement thérapeutique

a/ Analogie entre l'adolescence et l'Etat Limite

Il existe de fortes similitudes sémiologiques et psychopathologiques entre les adultes présentant une pathologie limite et les adolescents. On pourrait décrire une sorte d'adolescence interminable chez les Etats Limites.

J. Bergeret parle de sujets qui, au moment où ils auraient dû sortir de leur crise d'adolescence, n'ont en réalité pas encore commencé à la vivre. Il restent dans une sorte de latence protectrice de tout acte violent, et cherchent à éviter l'adolescence comme s'il était possible, pour devenir adulte, de faire l'économie de cette crise comportant des fantasmes pulsionnels violent (Bergeret, 2009).

Comme l'adolescent, le sujet limite a des difficultés à exprimer d'emblée une demande de soins qui lui est propre car ce serait reconnaître à la fois son insuffisance pour régler son malaise, mais aussi la nécessité de s'en remettre à un autre pour l'aider à y remédier. Il aura donc souvent recours à des manières détournées pour exprimer sa souffrance, notamment par des mises en danger physique ou de plaintes somatiques.

Il semble aussi plus facile, pour un patient sur ce registre, d'avoir recours à un tiers, pour formuler une demande, comme s'il ne pouvait prendre contact avec ses affects que par le biais d'un autre. Pour l'adolescent, cette fonction tierce est le plus souvent assumée par un

parent. Et c'est donc ce même rôle de tiers formulant la demande de soins qui jouerait la justice pour le sujet limite en situation pénale.

b/ La demande de soin

Il existe une conception étroite de la demande qui se résume par le paradigme : il n'y a pas de traitement possible sans demande du sujet lui-même. Le scepticisme des psychiatres est donc de mise face à des sujets qui viennent contraints en consultation psychiatrique (Odier, 2014).

Mais, « l'impossibilité de verbaliser une demande […] ne signifie pas qu'elle n'existe pas », écrivent J-Y. Chagnon et F. Houssier. Pour eux, c'est le comportement de ses sujets limites qui a valeur de demande. Ils expliquent que demander, c'est-à-dire exprimer verbalement une demande de soins ou d'aide à un tiers, implique plusieurs processus qui font défaut chez ces sujets.

Premier processus, « demander implique la reconnaissance […] d'une souffrance psychique » (Chagnon & Houssier, 2013). Or l'accès à cette reconnaissance est entravé par les mécanismes de déni et de clivage, présents chez ces sujets au capital narcissique insuffisant. Deuxièmement, « demander implique de faire appel à un tiers (clinicien), dont l'investissement transférentiel met à l'épreuve la capacité d'accepter une certaine de forme de dépendance à son égard ». Le rapprochement à l'autre ravive angoisse d'abandon et d'intrusion, problématique centrale des sujets limites. Troisièmement, « demander de l'aide implique enfin de faire confiance dans le pouvoir curatif ou soignant de la parole ». Or chez ces sujets présentant un Etat Limite, c'est justement les processus de symbolisation secondaire, c'est-à-dire verbaux, qui sont insuffisants à contenir l'excitation pulsionnelle, laissant la place à une régulation de cette excitation par le comportement. L'attente de la demande de soin est donc illusoire.

c/ Positionnement du psychiatre

Comme nous l'avons décrit précédemment, le sujet limite a des difficultés à énoncer une demande de soin qui lui est propre et passe alors par des moyens détournés comme le

passage à l'acte. J.L. Senon préconise que l'attitude adoptée par le soignant doit être loin de la classique « bienveillante neutralité » et d'« attente de la demande du patient », mais qu'il faut au contraire « éveiller cette demande » et accompagner le patient dans « un travail de mise en mot de la souffrance réactivée par le caractère intolérable de la répétition des passages à l'acte » (Senon, 2004).

Plus qu'à un soin, la justice contraint avant tout à une rencontre avec un thérapeute. Les premiers temps du travail thérapeutique se fondent alors plutôt sur une logique de rencontre que sur l'émergence d'une demande, qui devient tout au plus une éventualité dans cette rencontre. Dans le cadre des soins pénalement ordonnés, il apparaît aussi essentiel d'intégrer les éléments issus des procédures judiciaires comme « éléments d'un "métacadre", d'une référence tierce, même si cette référence est moins marquée que dans le cadre pénitentiaire », mais aussi comme éléments jouant le rôle d'objet de relation dans le sens où ils deviennent « l'objet d'un partage entre deux interlocuteurs », permettant « un point de rencontre entre deux pensées » dans un espace intermédiaire au sens de D.W. Winnicott (Di Rocco & Ravit, 2014) (Winnicott, 1989).

La psychopathie, un sujet qui divise les psychiatres

Cette étude a mis en évidence qu'il existe un clivage entre les psychiatres concernant l'appartenance de la psychopathie au champ psychiatrique, en revanche tous s'accordent à dire que les pathologies limites avec des comportements psychopathiques relèvent de soins psychiatriques. Y-a-t-il une distinction entre ces deux entités nosographiques ?

1/ Distinction entre psychopathie et Etat Limite à expression psychopathique

a/ La psychopathie

Il est intéressant de remarquer que l'analyse étymologique du mot « psychopathie » indique un trouble du psychisme au sens général (du grec *psyché* signifiant esprit et *pathos :* signifiant souffrance).

Au début du 19ème siècle, plusieurs auteurs, décrivait des concepts de psychopathie, comme P. Pinel et « la manie sans délire », dans lesquels ils soulignait un comportement aberrant, rapprochant ces patients de la psychose mais n'ayant pas l'altération du rapport à la réalité des psychotiques.

Dans la littérature, K. Scheider, en 1923, est le premier à donner une définition assez précise de la psychopathie. Il parle de « constitutions psychopathiques », le sujet psychopathe présentant des « manifestations anti-sociales et des perturbations du caractère telles que l'instabilité, l'irritabilité, une inadaptabilité, une tendance accrue à commettre des actes criminels et à consommer des drogues et de l'alcool… » (Englebert, 2013).

H. Cleckley, en 1941, décrit les caractéristiques de la psychopathie qui permettront, plus tard, la création d'une échelle d'évaluation de la psychopathie de Hare (Psychopathy Checklist-revised, PCL-R). Les travaux de R. Hare, avec cette échelle, proposent une définition qualifiée d'opérationnelle de la psychopathie, cette dernière étant définie par un ensemble de caractéristiques comportementales, interpersonnelles et affectives comprenant l'égocentricité, la manipulation, l'insensibilité aux autres, l'irresponsabilité, l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, de remord ou de culpabilité et un contrôle comportemental faible. Mais le caractère antisocial ne suffirait pas à poser le diagnostic de psychopathie (*cf annexe 3*).

Au début du 21ème siècle, G. Dubret établit des notions psychopathologiques communes aux psychopathes concernant leurs troubles du comportement. « Le passage à l'acte vient court-circuiter la pensée », l'angoisse étant tellement intolérable qu'il faut l'« expulser hors de soi », et « cette défense de tous les instants […] ne laisse aucun sentiment de continuité interne » au sujet (Dubret, 2001).

Enfin, J.R. Meloy écrit concernant ce thème, « les patients à personnalité antisociale, qu'ils soient ou non atteint d'une psychopathie grave, sont organisés selon le modèle de la personnalité limite, conformément à la littérature clinique et théorique » (Meloy, 2001).

b/ La personnalité limite à expression psychopathique

Il est clair pour les psychiatres de l'étude que l'Etat Limite à expression psychopathique est un trouble qui appartient au champ de la psychiatrie.

Certains auteurs ont tenté de préciser la compréhension des troubles du comportement de ces patients sur le registre limite.

Pour J-M. Guilé, la discontinuité des interactions précoces entraînerait une faiblesse des processus empathiques par défaut d'accordage affectif, et pourrait engendrer de ce fait des conduites antisociales chez le sujet, caractérisées par une hétéro-agressivité (Guilé, 2007).

Pour C. Balier, ce serait « les rejets successifs et les incapacités des divers milieux à accepter et intégrer l'agressivité de la tendance anti-sociale, […] qui organisent la psychopathie », car la tendance anti-sociale décrite par D.W. Winnicott appartient au développement normal et positif du sujet. Mais si la mère ne comprend pas cette revendication affective alors s'installe la répétition d'actes destructeurs. Et ce recours répété au passage à l'acte, comme décharge de toute tension, constitue la caractéristique de la psychopathie. Le clivage, mode de fonctionnement opérant à un niveau archaïque, serait responsable de cette répétition des passages à l'acte, dont se trouve évacués les processus de mentalisation. Cependant chez ces sujets, il existe aussi un mode de fonctionnement d'ordre névrotique capable de tenir compte du principe de réalité. Au sens de M. Klein, ce serait bien la difficulté d'accès à la culpabilité consciente par défaut d'élaboration de la position dépressive, qui entretiendrait le clivage (Balier, 2002).

Au regard de l'analyse de ces différents auteurs, « l'empreinte psychopathique » paraît inhérente à l'Etat Limite. En effet, la discontinuité des interactions précoces et les abandons successifs seraient responsables à la fois d'une faiblesse d'empathie chez le sujet limite à expression psychopathique, mais aussi du maintien du clivage des imagos entre bon et mauvais objet, conduisant à la répétition des passage à l'acte chez ces sujets.

L'Etat Limite à expression psychopathique et la psychopathie ne semblent alors pas si éloignés dans leur psychopathologie. Mais alors comment peut-on comprendre cette

séparation entre les médecins concernant la psychopathie? Il faut peut-être considérer la dimension sociale et morale que revêt la psychopathie et les contre-attitudes qu'elle provoque chez les soignants pour comprendre cette division entre les psychiatres concernant la psychopathie.

2/ La dimension sociale et morale dans la psychopathie

Parmi les auteurs ayant forgé ce concept de psychopathie, le Britannique J.C. Prichard, dès 1835, parlera de « folie morale », considérant ce trouble sous l'angle d'une incapacité à se conformer aux bonnes mœurs ou à distinguer le bien du mal.

En 1952, l'Association Américaine de Psychiatrie dénonçait la connotation plus morale que médicale du terme psychopathe. Ces sujets « se retrouvent dans un entre-deux, entre délinquance et pathologie » (Gravier, 2004).

Cette convention d'appeler les sujets « psychopathes » est précaire car sous-tendues par une compréhension morale du trouble, dont la répétition des passages à l'acte « vont très rapidement confronter ces sujets à la loi. A la loi externe, à la loi des hommes, c'est-à-dire pour les psychopathes, à la loi des autres ». G. Dubret explique alors qu' « on ne peut donc pas être psychopathe tout seul » mais « en relation avec un système, ici le système de la société dont les comportements psychopathiques transgressent les lois » (Dubret, 2001).

Le diagnostic de psychopathie n'est d'ailleurs pas repris par le DSM-V ou la CIM-10 qui définissent en revanche *la personnalité antisociale* pour le premier, et *la personnalité dyssociale* pour le second, tout deux caractérisés par un mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui (*cf annexe 4*).

Le trouble psychopathique est en l'occurrence décrit sur son versant social plus que sur son versant psychiatrique. J. Englebert souligne le « caractère strictement factuel et pragmatique d'un diagnostic qui exclut toute sémiologie proprement psychologique » (Englebert, 2013).

Penser le trouble d'un patient en premier lieu comme une pathologie du sens moral peut mettre mal à l'aise les professionnels de la santé, dans la mesure où cela va à l'encontre du devoir de ne pas émettre de jugement moral du patient, posé comme un principe éthique de

base de la relation soignante en général (Vasseur, 2003).C'est *a fortiori* le cas lorsqu'il s'agit d'une relation psychothérapeutique au cours de laquelle chaque aspect, chaque mouvement dans cette relation doivent être pensées et analysées. Les soignants en psychiatrie savent donc qu'ils se doivent d'identifier leurs propres valeurs morales, afin d'en intégrer l'analyse dans le travail psychothérapeutique, mais ils n'en sont du reste pas moins déstabilisés face aux sujets psychopathes, puisqu'il semble que ce soit précisément à ce niveau que beaucoup de choses se jouent dans la relation thérapeutique. Néanmoins, le fait de devoir s'abstenir de recourir à ses propres références morales pour la réflexion clinique ne doit pas empêcher d'observer comment les sujets se positionnent envers la morale, s'agissant alors pour le thérapeute d'interroger le rapport à la morale du sujet traité, en évitant d'avoir recours au jugement moral de ce dernier .

3/ Réactions des psychiatres à ce type de patient

Quelques psychiatres de l'étude ont éprouvé un sentiment de rejet face ces « expressions déconcertantes de la violence » (Zagury, 2001) portées par les patients atteints de psychopathie, et ces cliniciens se sont vus adopter des conte-attitudes à leur égard, sous-tendues alors par un sentiment d'impuissance à les aider.

Il est décrit dans les livres des réactions contre-transférentielles habituelles à un patient ayant une personnalité antisociale (Meloy, 2001). On retrouve dans cette enquête quatre réactions possibles :

- Le « nihilisme thérapeutique » est une réaction consistant à « rejeter tous les patients ayant une histoire de vie antisociale en les considérant comme absolument inaccessibles au traitement ». Le médecin se comporte donc avec le patient psychopathe en le dévalorisant.
- L'« impuissance et la culpabilité » que peut ressentir le clinicien quand un patient sur ce registre ne change pas malgré les efforts thérapeutiques. Cette réaction peut provenir de « la croyance narcissique du thérapeute dans sa capacité omnipotente à guérir.
- La déception, avec la perte de l'identité professionnelle, sont une réaction possible si on mesure la compétence thérapeutique uniquement d'après les changements chez le patient avec une personnalité antisociale.

- L'illusion d'alliance thérapeutique est autre réaction possible du thérapeute. Il s'agit souvent des « projections des propres vœux du psychothérapeute ». Il faut alors considérer avec prudence les attitudes du patient psychopathe destinées à plaire au thérapeute ou à le manipuler.

La place de la psychiatrie et la position de la justice dans le dispositif de soins pénalement ordonnés

La justice impose un nouveau type de relation médecin-malade soulevant de nombreux questionnements éthiques et déontologiques sur la prise en charge de ces « patients-délinquants », questionnements que cette étude a permis de mettre en lumière.

1/ « Prescription d'un soin » par la justice

a/ La domination de la justice sur le soin

Les psychiatres sont en droit de se demander à partir de quels arguments se base la justice pour décider si un sujet a besoin de soins.

En effet, les soins psychiatriques et leurs durées sont « prescrits » par la justice et cette décision n'est pas toujours motivée par des conclusions d'expertises psychiatriques, puisque ce n'est pas prévu dans les textes de loi régissant l'obligation de soins. Cette décision relève alors d'une simple conviction du magistrat, intuition qui pourra s'avérer exacte mais non pas basée sur des connaissances théoriques et une pratique médicale, mais plutôt sur un faisceau d'indices comme la nature du délit ou du crime commis par le prévenu ou le condamné, son casier judiciaire, son attitude en audience, l'existence d'une consommation de toxique, qu'elle soit en lien avec l'infraction ou non…

Dans un tel contexte, « la justice instrumentalise les thérapeutes en décidant ce à quoi doit servir le soin », et elle réduit le patient à son délit, en ne le reconnaissant plus comme Sujet, ce qui est contraire à l'éthique médicale (Ritter, 2012).

b/ Un paradoxe pour le psychiatre

La décision judiciaire constitue un rappel à la loi, se manifestant concrètement par la prescription de soins psychiatrique. En effet, par leur fonctionnement clivé, les sujets limites n'ont pas intériorisé la loi symbolique. Le soin pénalement ordonné vient donc jouer ce rôle de loi externe, ce qui peut entraver la rencontre thérapeutique avec le patient car le médecin ne peut se dégager de la référence à la loi et des principes moraux qu'elle implique. Il est inclus dans la loi.

Le paradoxe de ces obligations psychiatriques pénales se retrouve donc dans le double rôle que le praticien doit jouer : celui du représentant de la loi et celui du thérapeute, et pèse lourdement « sur les patients et les professionnels du soins, "condamnés", les uns comme les autres, à accepter une relation intime "obligée" » (Chami, 2013).

Le sujet des soins pénalement ordonnés vient questionner ce que le médecin est susceptible d'accepter du pouvoir judiciaire comme entrave à sa relation avec le patient. Cette position éthique du médecin face à une mesure de soins ordonnés n'a d'ailleurs jamais été précisée dans le code de déontologie médicale (Zouitina et al., 2013).

c/ Confusion entre faute et maladie

Il apparaît dans ce dispositif de soins contraints que l'univers de la faute et l'univers de la maladie sont deux mondes qui peuvent se rapprocher.

S'il est clair qu'un sujet peut commettre des actes délictueux avec une certaines conscience d'un écart avec la norme sociale et donc admettre aussi la nécessité d'une sanction, à savoir dans ce cas une peine de soin, il n'est pas pour autant évident que cette nécessité de la sanction engage le sujet à prendre conscience d'une maladie (Chami, 2013). Nous soulignons d'ailleurs que les sujets en soins pénalement ordonnés ne font pas tous l'objet du diagnostic d'une maladie.

2/ Consentement aux soins du sujet

Le droit médical s'est vu évoluer dans son fondement même et a ainsi glissé du paternalisme médical d'autrefois à l'autonomie et la transparence, garant d'une relation médecin-malade plus équilibrée, avec en tête de file l'exigence du consentement du patient à tout soin. Désormais, le patient ne subit plus l'acte médical passivement, mais il y contribue en participant aux décisions qui concernent sa santé. Le médecin doit avant tout recueillir le consentement libre et éclairé de son patient, respectant sa volonté individuelle, comme le stipule le Code de la Santé Publique : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne »[10]. P. Mistretta écrit « par ce consentement, le malade manifeste en effet sa volonté à l'acte médical et son adhésion à une éventuelle atteinte de l'intégrité de son corps ».

Cependant, en droit pénal le consentement du sujet n'a qu'une place insignifiante car la logique sécuritaire imposée par la société prime sur le droit individuel, car « le droit pénal est d'ordre public et au service avant tout de l'intérêt général ». La définition légale des soins pénalement ordonnés contient le verbe « soumettre » qui démontre déjà comment la personne sous main de justice subit plus qu'elle ne consent. Cela se retrouve dans l'utilisation même des substantifs « injonction »[11] ou « obligation »[12] de soins, termes aux antipodes du consentement du sujet-patient ou du sujet-délinquant.

Si le Code Pénal prévoit que le magistrat, amené à prononcer la mesure d'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, « avertit alors le condamné qu'aucun traitement ne pourra être entrepris sans son consentement »[13], ce magistrat ajoute aussitôt que « s'il refuse les soins qui lui seront proposés, l'emprisonnement […] pourra être mis à exécution »[14]. Il s'agit, ni plus ni moins, d'un chantage à la liberté pour un détenu qui exprime son consentement sous la menace de l'autorité judiciaire. Encore une fois, P. Mistretta se demande s'il « n'aurait pas été préférable en ce cas de s'affranchir directement et

[10] Article L 1111-4 du Code de la Santé Publique
[11] Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, l'injonction est un « commandement précis, non discutable, qui doit être obligatoirement exécuté et qui est souvent accompagné de menaces de sanction ».
[12] Selon le CNRTL, l'obligation a un « lien moral, religieux ou social » et est « une nécessité ou un devoir par lequel on est tenu de faire ou de donner quelque chose ».
[13] Article 131-36-4 du Code Pénal
[14] Article 131-36-1 alinéa 3 du Code Pénal

ouvertement de tout consentement plutôt que de concevoir un dispositif en trompe l'œil qui en réalité ne dupe personne » (Mistretta, 2011).

Le consentement du patient aux soins est donc contraint et illusoire et ne semble exister en droit pénal que pour répondre superficiellement aux exigences du droit médical. En effet, pour la justice, agir dans l'intérêt de la société et veiller à la protection des citoyens prédomine.

3/ Psychiatrie et Justice ne cherchent pas à atteindre la même finalité sociétale

Il est certain que psychiatre et juge sont deux métiers différents et n'ont donc pas le même but à atteindre avec des sujets, d'un côté malades et de l'autre délinquants. La justice et la santé répondent à deux logiques différentes : celle de la sanction et celle du soin.

La psychiatrie et la justice ont des missions distinctes vis-à-vis de la société et dans leur rapport d'autorité à l'individu (Zouitina et al., 2013). En effet, la justice est une institution visant à réglementer les relations humaines pour permettre la cohabitation des individus, et en cela, les magistrats ont pour mission la protection de la société, des citoyens en évitant la récidive d'actes infractionnels. Alors que, la psychiatrie a, elle, pour mission principale de soulager la souffrance psychique d'un individu, qui implique également une part de régulation sociale.

De part ces différences fondamentales, la question des soins pénalement ordonnés est souvent source d'incompréhensions mutuelles.

Cependant, depuis plusieurs années, notre société est frappée par un développement du sentiment d'insécurité et de peur du crime aboutissant à « une politique pénale de "tolérance zéro" » (Senon, 2005). Dans le domaine médico-légal, l'attente sociale est de plus en plus prégnante, les politiques interpellent de plus en plus les soignants.

J-L. Senon explique que « d'un point de vue de la société et des sujets "sains", il existe un consensus pour dire que les troubles de la personnalité sont indésirables et cela légitime la sollicitation de la psychiatrie ». Il y a alors risque de confondre crime et maladie mentale.

Ce dispositif de soins pénalement ordonnés laisse croire que, lutter contre la récidive pénale suppose des soins psychiatriques chez tous les criminels. Il entraîne « une confusion

entre justice et psychiatrie qui pourrait aboutir à confier à la psychiatrie tout trouble du comportement délinquant judiciarisé », alors que « la psychiatrie n'a pas de traitements codifiés à proposer au criminel » (Senon, 2008).

M. David, écrit « la récidive délinquante est avant tout une infraction et non une maladie », de rajouter avec ironie « qui a vu un traité de médecine pour étudiants ayant un chapitre : "Récidive pénale : étiologie, tableau clinique principal et formes cliniques, pronostic, évolution, complications, traitements (les divers traitements, leur efficacité, leur effet indésirable etc) " ? » (David, 2015).

4/ Articulation de la peine et du soin : entre difficulté et intérêt

a/ Critique des psychiatres

Tous les psychiatres ont fait part de leurs difficultés et de leurs doutes concernant ce système de soins obligés.

Comme l'écrit K. Cornier, « les professionnels de santé reprochent généralement aux autorités judiciaires d'intervenir dans leur domaine de compétence en se faisant notamment prescripteurs de soins. Ils leur reprochent également de ne pas respecter la déontologie de leur profession, en particulier le secret médical, et de porter atteinte à la relation de confiance établie avec le patient » (Cornier, 2008).

Cependant, une étude récente vient un peu mettre en balance cette critique. Elle relève « une relative satisfaction des professionnels de la justice et du soin concernant leur interactions et le respect du secret médical ». En effet, elle note que l'utilisation des certificats, permet aux magistrats de contrôler l'efficacité des soins tout en préservant la relation de confiance entre le patient et son thérapeute, ainsi que le secret professionnel (Christin, Hiquet, & Gromb-Monnoyeur, 2016).

b/ Pas de consensus des psychiatres sur l'intérêt pour les patients

Par delà l'apparente antinomie des termes, « soigner » et « punir », les acteurs du soin et de la justice ont un devoir commun, celui de ne pas négliger la dimension complémentaire de leur intervention, en restant chacun à leur place. En effet, l'autorité judiciaire est garante des libertés individuelles[15] et le médecin est conjointement au service de l'individu et de la santé publique[16]. Mais l'articulation qu'impose la pratique des soins pénalement ordonnés nécessite que les rôles ne soient pas confondus (Lameyre, 2004).

Dans ce cadre singulier où la loi est représentée par la sanction, le champ d'intervention de la psychiatrie s'élargit et s'adresse aux troubles de la personnalités et notamment aux états limites à expression psychopathiques présentés par des auteurs de violence (Senon, 2005).

Pour certains psychiatres de l'étude, ce dispositif est profitable à certains patients, puisqu'il leur donne la liberté d'amorcer des soins puis de les faire siens au-delà de la décision judiciaire initiale, tandis que pour d'autres, ce dispositif ne représente que menace et chantage à une peine plus lourde que le soin, entraînant des thérapies « vides » dans lesquelles il ne se passe rien.

Le dispositif de soins pénalement ordonnés ne fait pas l'unanimité chez les psychiatres, ces derniers restant entre doutes et convictions quant à son utilité pour les patients.

c/ Manque de formation des psychiatres dans le domaine légal

Il apparaît dans cette étude que les psychiatres ont une représentation floue du cadre législatif régissant les soins pénalement ordonnés et qu'ils regrettent un manque de formation sur la prise en charge de ce type de patients.

Or, pour que ce dispositif de soins pénalement ordonnés soit le plus efficace possible, il apparait nécessaire que « des connaissances plus approfondies en psychiatrie médico-légale

[15] Article 66 alinéa 1 de la Constitution Français
[16] Article 2 alinéa 1 du Code de Déontologie Médicale

et sur les soins pénalement ordonnés, sur les pratiques de la justice et les attente du législateur » soient mises en place (Orsat et al., 2015).

Cependant, il est à déplorer, dans notre système actuel d'internat, une insuffisance d'accès au domaine de la psychiatrie légale. Ce domaine n'est pas inclus dans le socle des connaissances du DES de psychiatrie générale, l'interne ou le psychiatre doit s'inscrire à une formation complémentaire, souvent coûteuse et peu accessible.

En France, il n'existe que deux facultés qui propose de se familiariser avec la psychiatrie légale : le Diplôme Inter-Universitaire de psychiatrie criminelle et médico-légale à la faculté de Poitiers, dirigé par le professeur J-L. Senon, et le Diplôme Inter-Universitaire de psychiatrie légale des facultés de Paris Sud et Descartes, coordonné par les professeurs P. Hardy et R. Gaillard.

Il n'existe donc aucune recommandation ni aucun consensus professionnel sur les troubles psychiatriques indiquant des mesures de soins pénalement ordonnés.

Ce constat peut expliquer en partie la réticence qu'ont les psychiatres à prendre en charge des patients relevant du système à la fois judiciaire et médical.

d/ Création de services spécialisés

Concernant ces sujets limites à expression psychopathique, ces psychopathes, est sans appel le constat qu'il sera nécessaire de s'en occuper et de « construire une réponse sociale, sûrement, thérapeutique peut-être, faute de quoi les concentrations carcérales ne peuvent que croître en y enfermant les exclus de tous système » (Gravier, 2004).

Il peut être justifié de « s'intéresser aux différents dispositifs existant en Europe, généralement mieux organisés, spécialisés et plus efficaces » (Orsat et al., 2015).

En effet, plusieurs pays européens ont déjà eu recours à des modifications législatives pour renforcer les missions sécuritaires de la psychiatrie et les pouvoirs politiques ont ainsi créé une sorte de filière spéciale de psychiatrie, « forensic psychiatry », pour être le support de la réhabilitation de ces patients.

Des structures institutionnelles officiellement spécialisées dans le traitement des délinquants sexuels, et implantées dans les prisons, dans les hôpitaux sécuritaires ou encore dans la « cité », existent en Allemagne, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Espagne, en Grande-Bretagne, en Irlande et aux Pays-Bas (Cornet, Mormont, & Michel, 2001).

Comme le suggèrent des psychiatres de l'enquête, l'émergence de telles structures spécialisées en France pourrait optimiser la prise en charge médico-psychologique et judiciaire de ces sujets, oscillant entre délinquance et pathologie.

CONCLUSION

Le dispositif des soins pénalement ordonnés ne fait pas l'unanimité chez les psychiatres, arguant la nécessaire demande du patient comme point de départ d'une psychothérapie. Nous avons cherché à explorer où ces réticences prenaient leur source chez les psychiatres. Pour ce faire, nous avons mis en œuvre une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de sept psychiatres, étude qui explorait la connaissance de ces derniers concernant d'une part le cadre légal de ces mesures de soins ordonnés, d'autre part les référentiels nosographiques utilisés par les psychiatres pour penser les troubles de ces patients, et enfin, comment ils abordent cette question de l'alliance thérapeutique dans ce cadre contraint.

Ce travail a permis de mettre en évidence que les psychiatres n'ont qu'une connaissance approximative du dispositif des soins pénalement ordonnés, alors même qu'ils reçoivent tous des patients dans ce cadre, pratique n'étant donc pas anecdotique.

De prime abord, tous les psychiatres considèrent que l'absence de demande est un frein au travail thérapeutique. Pourtant, le psychiatre est familier avec la contrainte pour travailler avec certains types de pathologies, comme la psychose. En effet, il est acquis au praticien face à un patient souffrant de psychose en situation aigue, qu'il n'attendra pas de sa part qu'il formule une demande explicite de soins, mais il mettra en œuvre immédiatement des soins, au besoin de manière contrainte. Pour ce qui est des patients rencontrés en soins pénalement ordonnés, nulle évidence. Certains psychiatres campent sur cette idée d'une impossibilité absolue à entreprendre une psychothérapie dans un cadre pénalement ordonné ; lorsque d'autres témoignent de la possibilité au moyen de procédés psychothérapeutiques, d'ailleurs non spécifiques à ces patients, de mobiliser psychiquement le patient.

Selon les psychiatres, les patients accueillis en soins pénalement ordonnées présentent une clinique variée, mais dominée par les troubles de la personnalité, notamment la psychopathie.

Bien que les recommandations de la Haute Autorité de Santé situent la psychopathie dans le champ de la pathologie limite, cela ne paraît pas évident aux psychiatrex qui restent divisés sur le sujet. En découle la question de l'appartenance de la psychopathie au champ de la psychiatrie. En effet, si tous s'entendent sur le fait que l'Etat Limite relève du soin

psychiatrique, il n'en est pas de même pour la psychopathie. L'expression comportementale souvent transgressive de ces patients peut d'ailleurs susciter des contre-attitudes chez les psychiatres.

En outre, les psychiatres soulèvent un manque d'articulation entre justice et soin, un manque de formation dans le domaine de la psychiatrie légale et une insuffisance de moyens octroyés par les pouvoirs publics, pour que ces mesures de soins contraints soient pleinement pertinentes.

Finalement, ce type de soins contraints amènent des débats éthiques au sein de la communauté psychiatrique, et les psychiatres ont pu faire part de leurs doutes et craintes concernant le risque d'amalgame entre délinquance et pathologie mentale.

Pour J-L. Senon, il semble indispensable de « préserver la psychiatrie » […] en rappelant un principe fondamental : « ne pas confondre crime et maladie mentale ».

Mais « Cela ne limite en rien l'intérêt […] d'institutions de petite taille pouvant répondre aux problèmes de dangerosité d'auteurs de crimes : situées dans le champ judiciaire et liées par convention avec le champ psychiatrique », expérimentant « des prises en charges multidisciplinaires : socio-éducatives, médico-psychologiques et psychiatriques dans une perspective d'une criminologie interdisciplinaire » (Senon, 2008).

Ainsi, en France, à l'heure actuelle, le législateur n'a trouvé de réponses sanitaires à la prévention de la récidive que dans les soins pénalement ordonnés. Cette réponse est insatisfaisante pour les psychiatres, qui sont, semble-t-il, prêts à une réflexion collective, judiciaires et sanitaires, pour améliorer et perfectionner ce dispositif des soins pénalement ordonnés.

BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull, M.-C. (2016). *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques* (3rd ed.). Elsevier Masson.

Arena, G., & Marette, F. (2014). Enquête sur les obligations de soins en Seine-Saint-Denis EPS de Ville-Evrard. *L'information psychiatrique*, *83*(1), 23–28.

Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., Lehr-Drylewicz, A.-M., Imbert, P., & Letrilliart, L. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, *19*(84), 142–145.

Balier, C. (2002). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF.

Baron-Laforet, S. (2012). Guide des nouvelles obligations de soin. *L'information psychiatrique*, *85*(8), 753–757.

Bergeret, J. (2009). Le passage à l'acte de l'état limite. In *Le passage à l'acte* (2e édition, p. 111). Elsevier Masson.

Chagnon, J.-Y., & Houssier, F. (2013). L'illusoire attente de la demande. *Adolescence*, (82), 919–933.

Chaine, F., & Guelfi, J.-D. (1999). Etats limites. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Elsevier, Paris, p. 10p).

Chami, J. (2013). La contrainte aux soins, enjeux et difficultés. *Connexions*, (99), 71–88.

Charlot, V., & Guelfi, J.-D. (2013). 18. La personnalité borderline. In J.-D. Guelfi & et al., *Les personnalités pathologiques* (Lavoisier, pp. 141–149).

Christin, E., Hiquet, J., & Gromb-Monnoyeur, S. (2016). Témoignages de professionnels de la justice et des soins, à Bordeaux, sur l'application des mesures pénalement ordonnées dans la problématique d'usage de substances psychoactives. *La Revue de Médecine Légale*, *7*(3), 84–89.

Cornet, J. P., Mormont, C., & Michel, A. (2001). Quelques données sur les différentes prises en charge des délinquants sexuels dans les pays de l'Union européenne. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *159*(9), 639–644.

Cornier, K. (2008). Les soins pénalement ordonnés. *Les Tribunes de la santé*, (17), 87–95.

Côté, L., & Turgeon, J. (2002). Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, *3*, 81–90.

David, M. (2015). *Soigner les méchants: Éthique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire*. Editions L'Harmattan.

Di Rocco, V., & Ravit, M. (2014). La psychiatrie de secteur confrontée aux soins pénalement ordonnés. *Psychothérapies*, *34*(2), 75–83.

Dubret, G. (2001). Quel cadre de soin pour les psychopathes? *L'Évolution Psychiatrique*, *66*(4), 665–668.

Englebert, J. (2013). Quelques éléments en faveur d'une réflexion psychopathologique sur la psychopathie : première partie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *171*(3), 141–146.

Gravier, B. (2004). Le psychiatre, le juge et la peine. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *162*(8), 676–681. https://doi.org/10.1016/j.amp.2004.07.005

Guilé, J.-M. (2007). Perturbations précoces de l'intersubjectivité et de l'empathie : quels liens avec les troubles externalisés de l'enfant et de l'adolescent ? *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *165*(6), 412–419.

Halleguen, O., & Baratta, A. (2014). L'injonction de soins. À propos d'une étude réalisée sur les régions Alsace et Lorraine. *L'Encéphale*, *40*(1), 42–47.

Kernberg, O. (1997). *Les troubles limites de la personnalité*. Paris: Dunod.

Lameyre, X. (2004). Les soins pénalement ordonnés, une pratique limite. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *162*(8), 657–661.

Le Bodic, C., Michelot, M., & Robin, D. (2015). Les soins pénalement ordonnés (I). Cadre légal et revue de la littérature. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *173*(2), 197–202.

Meloy, J. R. (2001). Entre la personnalité antisociale et la psychopathie grave, un gradient de sévérité. *L'Évolution Psychiatrique*, *66*(4), 563–586.

Millaud, F. (2009). Le passage à l'acte: points de repères psychodynamiques. In F. Millaud, *Le passage à l'acte* (2e édition). Elsevier Masson.

Mistretta, M. P. (2011). L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal. *Revue internationale de droit pénal*, *82*(1), 19–39.

Odier, B. (2014). « On m'a dit de venir ». *L'information psychiatrique*, *me 83*(1), 9–12.

Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Genève; Paris; Milan: Editions Masson.

Orsat, M., Auffret, E., Brunetière, C., Decamps-Mini, D., Canet, J., Olié, J.-P., & Richard-Devantoy, S. (2015). Les soins pénalement ordonnés : analyse d'une pratique complexe à travers une revue de la littérature. *L'Encéphale*, *41*(5), 420–428.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, (23), 147.

Petitjean, F. (2013). 17. La personnalité antisociale (dyssociale). In J.-D. Guelfi & et al., *Les personnalités pathologiques* (Lavoisier, pp. 134–140).

Ritter, É. C. (2012). Psychothérapies sous contraintes. *L'information psychiatrique*, *me 85*(8), 715–718.

Senon, J. L. (2004). Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *162*(8), 646–652.

Senon, J.-L. (2005). Évolution des attentes et des représentations en clinique dans les rapports entre psychiatrie et justice. *L'Évolution Psychiatrique*, *70*(1), 117–130.

Senon, J.-L. (2007). L'expertise psychiatrique pénale : audition publique de la Fédération Française de Psychiatrie selon la méthode de la Haute Autorité de Santé1. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *165*(8), 599–607.

Senon, J.-L. (2008). Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives. *L'information psychiatrique*, *84*(3), 241–247.

Senon, J.-L., Manzanera, C., Humeau, M., & Gotzamanis, L. (2007). États dangereux, délinquance et santé mentale : représentations, insécurité et peurs sociétales comme sources de la stigmatisation des malades mentaux. *L'information psychiatrique*, *83*(8), 655–662.

Tesson, J., Cordier, B., & Thibaut, F. (2012). Loi du 17 juin 1998 : bilan de l'expérience des médecins coordonnateurs de Haute Normandie. *L'Encéphale*, *38*(2), 133–140.

Vasseur, C. (2003). La psychiatrie et la relation soignante. *VST - Vie sociale et traitements*, *no 79*(3), 22–24.

Ventéjoux, A., & Hirschelmann, A. (2014). Soins pénalement ordonnés et positionnements professionnels : des pratiques au carrefour de la Santé et de la Justice. *Pratiques Psychologiques*, *20*(2), 95–110.

Winnicott, D. W. (1989). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *De la pédiatrie à la psychanalyse* (Payot, p. 169).

Zagury, D. (2001). Le psychiatre face aux expressions actuelles de la violence. *Perspectives Psy*, *40*, 194–198.

Zouitina, N., Rolland, B., Wilquin, M., Thevenon, C., Desmarais, P., Thomas, P., & Cottencin, O. (2013). Les soins ordonnés par la Justice en France : principes des procédures et place du médecin. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *61*(3), 269–275.

ANNEXES

Annexe 1

Soins pénalement ordonnés : résumé

	OBLIGATION DE SOINS	INJONCTION THERAPEUTIQUE	INJONCTION DE SOINS
Date et loi	Loi du 15 avril 1954 Loi du 12 décembre 2005	Loi du 31 décembre 1970	Loi du 17 juin 1998
Article	Pré-sentenciel : Art 138-10 CPP « le mis en examen peut se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation, notamment aux fins de détoxification » Post-sentenciel : Art 132-45 3° CP «le condamné peut se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation »	Actualisée par la loi du 5 mars 2007 Articles L. 3413-1 à L.3413-4 CSP	Loi mettant en place la peine de suivi socio-judiciaire Loi relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelle ainsi qu'à la protection des mineurs Loi révisée en décembre 2005 - mars 2007 - juillet 2010 Article 131-36-1 du Code Pénal
Procédure	Pré-sentencielle : le juge décide du contrôle judiciaire Post-sentencielle : le JAP décide des obligations particulières prévues par l'article 132-45 CPP pour : • Ajournement avec mise à l'épreuve • Sursis avec MàE • Sursis avec MàE avec obligation d'accomplir un TIG • Peine complémentaire • Semi-liberté • Placement à l'extérieur	3 stades de la procédure : • Poursuite (pré-sentencielle) • Instruction (pré-sentencielle) • Jugement (post-sentencielle) Pré-sentencielle : Alternatives aux poursuites Post-sentencielle : Composition pénale • Peine complémentaire • Modalité d'exécution	Mesure s'applique en post-sentencielle La décision de la mesure peut-être prise : 1/ En pré-sentencielle : Juge d'instruction décide : • Suivi socio-judicaire +++ (AICS) • Sursis avec MàE 2/ En post-sentencielle : Juge d'application des peines décide : • Libération conditionnelle • (Semi-liberté) • (Placement à l'extérieur)

	• Suivi socio-judiciaire • Surveillance judiciaire • Surveillance de sûreté	d'une peine dans le cadre du sursis avec MàE	• Surveillance judiciaire Juge de la liberté et de la détention décide : • Surveillance de sûreté • Rétention de sûreté
Infraction	Initialement pour les alcooliques dangereux (avril 1954) Tout type d'infraction +++	Consommateurs de substances psychoactives (alcool, drogues) « personnes faisant usage de stupéfiants ou ayant une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques »	AICS (juin 1998) Autres infractions : • Violences sur personne (meurtres, assassinat) (décembre 2005) • Violences intrafamiliales (mars 2007)
Mise en œuvre	1/ Décidée par un juge 2/ Nécessite : • Aucun avis médical • Aucun consentement de la PPSMJ 3/ Attestation remise directement au patient par un professionnel de santé au choix de la PPSMJ (psychiatre, psychologue, en public ou libéral)	1/ Décidée par un juge : JI, JLD, JE 2/ Nécessite : • Aucun avis médical • Aucun consentement de la PPSMJ 3/ Médecin-relais entre la justice et le sanitaire	1/ Décidée par un juge 2/ Nécessite : • Avis médical • Consentement de la Personne Placées Sous Main de Justice 3/ Médecin coordonnateur désigné par ordonnance du JAP comme interface entre • Praticien traitant • PPSMJ • JAP
	OBLIGATION DE SOINS	**INJONCTION THERAPEUTIQUE**	**INJONCTION DE SOINS**
Lexique	PPSMJ : personne placé sous main de justice JAP : juge d'application des peines JI : juge d'instruction JLD : juge de liberté et de la détention JE : juge des enfants CPP : Code de Procédure Pénale CP : Code Pénal CSP : Code de la Santé Publique		

Annexe 2

Guide d'entretien pour l'étude sur l'expérience des psychiatres avec les patients SMJ

Caractéristique de la population :

Femme/homme

Age

Public/privé

Année d'ancienneté d'exercice

1/ Nosographie :

Avez-vous pris en charge des patients dits « placé sous main de justice » ?

(Préciser SB ce qu'est « placé SMJ » = condamnation à soins pénalement ordonnées tel OS, IS)

Pour quelle type d'infraction ?

Et pour quel type de soins pénalement ordonnés ? En faîtes-vous la différence ?

Au regard de votre expérience, dans quel registre psychopathologique se situaient ces patients ?

2/ Alliance thérapeutique et travail psychothérapeutique :

Les patients vous ont-ils formulé une demande personnelle spontanée ?

Et si Oui, laquelle ?

Sinon quelle position avez-vous adoptée ?

(Et dans quel but ?)

(Faire préciser technique psychothérapeutique SB)

3/Réflexion du psychiatre :

Compte tenu de la fréquence du trouble Etats Limites, borderline et psychopathie, selon vous, les états limite à expression psychopathique relèvent-ils de la psychiatrie ou pas ?
(Redonner chiffre : EL et borderline : env 1,6% en pop générale contre env 15% en pop clinique – psychopathe : env 2-3 % en pop générale et env 1-3% en pop clinique),

Quel regard portez-vous sur le système actuel des Soins Pénalement Ordonnés ?
Pensez-vous que ce système soit utile, suffisant ?

Annexe 3

Echelle révisée d'évaluation de la psychopathie de Hare (PCL-R) en 2003

Facteur 1 **Caractéristiques interpersonnelles, affectives et narcissiques**	**Facteur 2** **Caractéristiques liées au style de vie impulsif/parasite et à la tendance antisociale chronique**
Facette 1 : interpersonnelle	Facette 3 : impulsivité
1. Loquacité et charme superficiel 2. Surestimation de soi 4. Tendance au mensonge 5. Duperie et Manipulation	3. Besoin de stimulation et tendance à l'ennui 9. Tendance au parasitisme 13. Manque de buts à long terme 14. Impulsivité 15. Irresponsabilité
Facette 2 : émotionnelle	Facette 4 : antisociale
6. Absence de remord et de culpabilité 7. Affect superficiel 8. Insensibilité et absence d'empathie 16. Incapacité à assumer la responsabilité de ses propres actes	10. Faible maîtrise de soi 12. Problèmes précoces de comportement 18. Délinquance juvénile 19. Révocation de libération conditionnelle 20. Diversité des types de délits commis
Items n'appartenant à aucun facteur	
11. Promiscuité du comportement sexuel 17. Brèves et multiples relations conjugales	

Annexe 4

Critères diagnostiques de la psychopathie selon la CIM 10 (1992)

La 10ème édition de la Classification Internationale des troubles Mentaux de l'Organisation Mondiale de la Santé décrit *une personnalité dyssociale*. C'est un trouble de la personnalité habituellement repéré en raison de l'écart considérable qui existe entre le comportement et les normes sociales établies. Il est caractérisé par :

- Une indifférence froide envers les sentiments d'autrui
- Une attitude irresponsable manifeste et persistante, un mépris des normes, des règles et des contraintes sociales
- Une incapacité à maintenir durablement des relations, alors même qu'il n'existe pas de difficultés à établir des relations
- Une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, y compris de la violence
- Une incapacité à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions
- Une tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre le sujet et la société.

Le trouble peut s'accompagner d'une irritabilité persistance. La présence d'un trouble des conduites pendant l'enfance ou l'adolescence renforce le diagnostic, mais un tel trouble n'est pas toujours retrouvé. (Organisation Mondiale de la Santé, 1992)

Critères diagnostiques de la psychopathie selon le DSM V (2013)

La 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) décrit *la personnalité antisociale*, intégrée au groupe B des troubles de la personnalité. C'est un trouble de personnalité caractérisé par :

A. Mode général de mépris et de transgression des droits d'autrui qi survient depuis l'âge de 15 ans, comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

- Incapacité de se conformer aux normes sociales qui déterminent les comportements légaux, comme l'indique la répétition de comportements passibles d'arrestation

- Tendance à tromper pour un profit personnel ou par plaisir, indiquée par des mensonges répétés, l'utilisation de pseudonymes ou des escroqueries
- Impulsivité ou incapacité à planifier à l'avance
- Irritabilité et agressivité, comme en témoigne la répétition de bagarres ou d'agressions
- Mépris inconsidéré pour sa sécurité ou celle d'autrui
- Irresponsabilité persistante, indiquée par l'incapacité répétée d'assumer un emploi stable ou d'honorer des obligations financières
- Absences de remords, indiquée par le fait d'être indifférent ou de se justifier après avoir blessé, maltraité ou volé autrui

B. Age au moins égal à 18 ans

C. Manifestations d'un trouble des conduites débutant avant l'âge de 15 ans

D. Les comportements antisociaux ne surviennent pas exclusivement pendant l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire. (American Psychiatric Association et al., 2016)

PRENDRE EN CHARDE DES PATIENTS EN SOINS PENALEMENT ORDONNES :
Doutes et perspectives de psychiatres

RESUME
Introduction : Les mesures de soins pénalement ordonnés (SPO) se sont considérablement développées ces dernières décennies, et notamment concernant les infractions pour lesquelles elles sont prononcées par le juge. La psychiatrie est donc de plus en plus sollicitée par la justice. Il paraît important de recueillir l'avis des psychiatres concernant la pertinence et la place de ces SPO dans leur pratique quotidienne.
Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés auprès de psychiatre de Picardie et d'Île de France. Les entretiens ont été analysés selon la méthode de théorisation ancrée.
Résultats : Sept entretiens ont été réalisés. Les psychiatres recevaient des patients pour tout types d'infractions pénales et ils diagnostiquaient parfois des troubles de la personnalité, notamment des personnalités limites à expression psychopathique, caractérisées par des troubles du comportement et une absence de demande de soins. Ils évoquaient l'impression de jouer un rôle qui n'était par le leur, à savoir prévenir la récidive de faits répréhensibles par la loi.
Discussion : L'analyse du cadre légal rattaché aux SPO met en évidence la complexité de l'articulation entre justice et santé, et les questionnements éthiques qui en découlent, concernant la nosographie de la psychopathie, l'insuffisance de formation en psychiatrie légale et le risque de « psychiatrisation de tout crime ».
Conclusion : Les SPO permettent d'amener vers le soins des patients qui spontanément ne prennent pas conscience de leur souffrance psychique. Mais pour les psychiatres, il semble nécessaire de ne pas confondre crime et maladie mentale, en continuant la réflexion avec les autorités judiciaires.

Mots-clés : Soins pénalement ordonnés – Psychiatrie – Justice – Trouble de la personnalité – Réflexions éthiques

SUMMARY
Introduction: Penally ordered care (POC) measures have been significantly developed these last decades, notably granted by judges after criminal offences. The psychiatric field is therefore more and more in demand with the justice system. It thus seems important to gather psychiatrists' opinion regarding the relevance and the place of these POC in a daily practice.
Method: A qualitative study with half-guided interviews was conducted with psychiatrists from Picardy and Ile-de-France. Interviews were analyzed using the grounded theory method.
Results: Seven interviews were carried out. Psychiatrists received patients for any kind of criminal offences and diagnosed sometimes personality disorders, notably borderline personality with psychopathic expressions characterized by behavior disorders and a lack of care's demand. They evoked having the impression of playing a role that was not theirs, that is to say to prevent repeat offences.
Discussion: The analysis of the legal framework connected to POC highlights the complexity of the hinge between justice and healthcare as well as ethical issues that ensue regarding the nosography of psychopathy, the shortfall of forensic psychiatry training and the risk of making "all crime a psychiatric issue".
Conclusion: POC allow to bring care to patients who do not spontaneously become aware of their psychological suffering. Though for psychiatrists, it seems required to not confuse crime and mental illnesses by carrying on the discussion with legal authorities.

Keywords: Penally ordered cares – Psychiatry – Justice – Personality disorder – Ethical issues