

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales
Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 3-2007 – Mai-Juin 2007

SOMMAIRE

Editorial	1
A propos de la pétition sur les UHSA	2
L'expertise psychiatrique pénale 11 Groupe d'entraide mutuelle	11
Pôle de psychiatrie légale en Guadeloupe	11
Lettre ouverte de l'APEV	12
Journée nationale ARTAAS et colloque à Rennes	14
Notes de lectures et documentation	16
Agenda	17
Sites internet	17
Equipe rédactionnelle	18

EDITORIAL Spécial UHSA

A l'initiative de quelques collègues psychiatres des hôpitaux, une pétition demandant de réévaluer les projets d'Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) vient d'être mise en ligne. Les UHSA créées par la loi Perben en septembre 2002 doivent accueillir les détenus souffrant de troubles mentaux quel que soit le mode d'hospitalisation (libre, sur demande d'un tiers ou d'office). Leur déploiement est prévu sur plusieurs années. Elles doivent être implantées dans un établissement hospitalier et bénéficient d'une sécurisation périmétrique gérée par du personnel pénitentiaire. Pour la zone Caraïbe, des projets d'UHSA ont été élaborés dans le cadre des SROS III pour la Guadeloupe et la Guyane.

Socapsyleg participe au débat en diffusant la pétition et en livrant son analyse. La réflexion sur les UHSA déborde largement le cénacle psychiatrique et s'insère dans des problématiques de société concernant les soins aux détenus, l'évolution générale de la psychiatrie, la condition pénitentiaire, la sanction pénale, l'expertise psychiatrique pénale et les préoccupations sécuritaires.

Michel DAVID

A PROPOS DE LA PETITION :

HÔPITAUX-PRISONS : LE REMEDE SERA PIRE QUE LE MAL

Il n'est pas trop tard pour suspendre le projet de création des UHSA

Cet article comporte deux parties. Dans la première, vous trouverez le texte de la pétition qui resitue le contexte des UHSA et développe l'argumentaire des rédacteurs. La deuxième partie est constituée de l'analyse de Socapsyleg. Les réactions des lecteurs pourront être publiées dans les prochains numéros s'ils le souhaitent.

HÔPITAUX-PRISONS : LE REMÈDE SERA PIRE QUE LE MAL

Il n'est pas trop tard pour suspendre le projet de création des UHSA

[Cliquez ici pour signer la pétition](#)

[Cliquez ici pour voir la liste des signataires](#)

Les services de psychiatrie générale sont en grande difficulté pour prendre en charge les malades difficiles et violents (fermeture des lits, baisse de la démographie médicale, réduction des effectifs). Faute de structures de soins adaptées, l'hôpital laisse à la rue ces sujets jusqu'à ce que leurs symptômes les fassent basculer dans la criminalité ou la délinquance et les amènent en prison. La prison, devint alors l'ultime institution, capable de les recevoir. Elle prend le relais de l'asile pour devenir le lieu de la relégation psychiatrique.

Un projet surdimensionné et coûteux

Face à cette arrivée massive de détenus souffrant de troubles psychiatriques, force est de constater que, malgré les efforts des équipes, les soins dispensés en prison par les SMPR* et les secteurs rattachés aux UCSA** sont notoirement insuffisants. Lorsque ces malades incarcérés présentent des épisodes de décompensation aigus, l'article D-398 du CPP précise qu'ils ne doivent pas être maintenus en milieu pénitentiaire. Mais les services de secteur ont les plus grandes difficultés pour assurer correctement les hospitalisations d'office de ces détenus. Leur dotation en personnel est insuffisante. Ils n'ont jamais été conçus pour prévenir les risques d'évasion. En l'absence de conditions de soins sécurisées, ces situations sont source de danger. Quant aux UMD***, leurs capacités d'accueil totalement insuffisantes sont constamment saturées.

Pour répondre à ces problèmes, la loi Perben II, votée en septembre 2002, instaure des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Il s'agit d'implanter dans l'enceinte des hôpitaux de nouvelles structures de soins sécurisées par l'administration pénitentiaire et réservées à l'hospitalisation des détenus présentant des troubles psychiatriques.

Dans le contexte actuel de fermeture des lits de psychiatrie, ce projet qui prévoit la création à terme de 700 lits pour une population de 60 000 détenus, est largement surdimensionné puisque les normes habituelles de l'offre publique de soin, dans les secteurs de psychiatrie générale, ne dépassent pas 25 à 30 lits pour 70 000 habitants.

Son coût (50 M€ en investissement et 100 M€ par an en fonctionnement) va geler durablement toute possibilité de création nouvelle, alors même qu'il ne répond pas aux besoins de sécurité des services de psychiatrie de secteur face à la violence des patients « non détenus ».

Un projet ambigu au regard de l'éthique

L'ouverture des UHSA ne fera que favoriser et entretenir la confusion entre maladie mentale et criminalité. En renforçant la psychiatisation des prisons et en transformant l'hôpital en lieu du soin carcéral, ces nouvelles structures instrumentalisent la psychiatrie à des fins répressives sans permettre à l'hôpital public d'améliorer ses missions de soin et de prévention pour l'ensemble de la population.

Un hôpital ne peut pas être une prison, pas plus qu'une prison ne peut être un hôpital. Pour la simple raison que les détenus purgent une peine à laquelle ils ont été condamnés et que les malades reçoivent les soins imposés par leur pathologie.

Lorsque les détenus sont malades, ils doivent pouvoir recevoir des soins dans des unités dont la sécurité procède du soin (comme cela se passe dans les UMD) et non d'une surveillance pénitentiaire. Lorsque l'état dangereux est le symptôme d'une maladie mentale, le soin sous contrainte relève de la seule responsabilité médicale hospitalière qui ne doit pas dépendre d'une sécurité périphérique pénitentiaire.

Quant aux malades dangereux et violents, il est préférable qu'une réponse soignante sécurisée puisse être organisée dans des structures médicales adaptées, avant qu'un passage à l'acte dramatique ne risque de les amener en prison.

Un formidable effort dans la mauvaise direction

Le projet UHSA se présente donc comme un formidable effort dans la mauvaise direction. Des solutions moins coûteuses, plus pertinentes et plus éthiques existent, qui permettraient d'éviter en amont à l'incarcération des malades mentaux. À côté des unités d'hospitalisation psychiatrique classiques, il doit exister des unités intersectorielles de soins intensifs fermées, parfaitement sécurisées, bénéficiant d'une architecture adaptée et d'une dotation en personnel répondant aux normes des UMD.

Ainsi, l'important budget prévu pour les UHSA, convenablement redéployé, permettrait de suppléer aux 400 places d'UMD notoirement insuffisantes. Il suffirait que les unités prévues soient totalement indépendantes de l'administration pénitentiaire et qu'elles puissent recevoir dans de bonnes conditions de qualité, de sécurité et de proximité, tous les patients, détenus ou non, présentant un état dangereux et pour lesquels les services de secteur ne sont pas suffisamment contenant.

À l'inverse, l'ouverture de 700 lits d'UHSA réservés aux seuls détenus n'inscrira aucun lit sécurisé supplémentaire dans l'offre générale de soins de la psychiatrie publique. Elle maintiendra les psychiatres dans leur impossibilité à prendre en charge les états dangereux et la violence des malades difficiles. Ceux-là, à court ou moyen terme, se retrouveront en prison.

Le consensus affiché en faveur du projet UHSA est un consensus hétéroclite qui procède le plus souvent d'analyses divergentes qu'il conviendrait d'analyser. Il en est encore temps. Pour notre part, nous sommes convaincus que l'ouverture de ces hôpitaux prisons pervertira pour des décennies l'exercice des soins psychiatriques en milieu carcéral et, au-delà, l'équilibre fragile entre responsabilité et irresponsabilité pénale. C'est l'éthique des soins sans consentement et de la psychiatrie en milieu carcéral qui est menacée.

Nous vous proposons de nous rejoindre en alertant les pouvoirs publics, en diffusant cet argumentaire et...

[en signant la pétition ci-jointe.](#) :

Dr Gérard DUBRET (chef de service de Psychiatrie, Centre Hospitalier René Dubos, 95301 - Pontoise)

Dr Luc MASSARDIER (PH, SMPR Paris-La Santé)

Dr Philippe CARRIÈRE (PH, ancien chef de service SMPR)

*SMPR:Service Médico-Psychologique Régional, **UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires, ***UMD: Unité pour Malades Difficiles

REPONSE

J'ai été très sensible aux arguments de cette pétition mais Catherine Paulet fait justement remarquer que cette réaction vient un peu tard. On peut néanmoins comprendre que la problématique soit réinterrogée au vu de l'ambiance sociétale teintée d'inquiétude et avide de réponses sécuritaires à laquelle répondent des projets politiques récents : centres fermés de protection sociale (rapports Burgelin, juillet 2005 ou Garraud, octobre 2006), UHSA de long séjour (rapport d'information du Sénat, juin 2006) ou de manière plus floue mais récurrente « Hôpitaux-prison » qui seraient d'autres structures que les UHSA (cf. infra, la note de lecture sur le livre de Serge Portelli « Ruptures »).

Personnellement, j'ai manqué la période d'élaboration des UHSA car je me suis éclipsé de la vie des SMPR pendant environ 5 ans de 1997 à 2002, ce qui semble correspondre à la gestation des UHSA et quand j'ai repris un poste en SMPR en septembre 2002, les UHSA entraient dans le code de la santé publique (sous l'appellation originelle de USA). Rapidement, cela m'a paru présenter un risque important et j'y ai réagi à plusieurs reprises*.

Je partage donc les préoccupations exprimées par les initiateurs de la pétition.

Malheureusement, un principe de réalité d'analyse sociologique de la société française et de nos pratiques professionnelles paraît rendre illusoire tout retour en arrière et tout particulièrement ce dernier point. La psychiatrie semble avoir perdu son souffle militant. Perdus les espoirs progressistes de l'après-guerre, les mentalités se sont rangées sous la bannière de l'individualisme, des peurs collectives, du repli frileux sur des acquis que des hordes de parasites s'apprentent à piller. La psychiatrie publique s'est maintenant bien habituée à la ghettoïsation que représente le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et il sera bien difficile d'y revenir. Quant à nous les (futurs ou potentiels) responsables de pôles ghettos, nous allons devoir contractualiser après les avoir négociées les conditions de la gestion des détenus qui eux aussi seront tous devenus responsables, comme nous !

Quelle stratégie donc ? Ayant eu l'opportunité d'être particulièrement impliqué dans le SROS III de psychiatrie de la Guadeloupe, j'ai pu constater les impasses que nous rencontrons collectivement à construire notre discipline. Le volet Psychiatrie et santé mentale du SROS n'a accouché que d'une production minimaliste suite au boycott des psychiatres déprimés par le marasme local. Même si les discussions n'ont pu être poussées bien loin du fait du découragement collectif, j'ai remarqué qu'il était impossible d'évoquer l'utilité d'unités de soins intensifs (USIDépartementales

ou USI Régionales ou unités intersectorielles de soins intensifs fermés – UISIF) alors qu'il paraissait adéquat de trouver une solution qui permettrait de soigner correctement et dignement les situations les plus difficiles pour une population « mixte » (détenus et non détenus). Outre l'importance de ne pas stigmatiser les détenus, le coût économique paraissait évident et l'on pouvait bénéficier des ressources collectives au mieux. Mais évoquer ces unités fait trop craindre le retour de l'asile dans son acception la plus négative (et que personne ne peut souhaiter évidemment). Cette crainte pourrait en partie être due aux confusions dans la dénomination des structures. Pour répondre aux situations difficiles, outre les UMD, on connaît les unités pour malades agités et perturbateurs (UMAP), appellation digne du XIX^e siècle, peu engageante et recommandable pouvant faire réellement craindre l'asilification dans le mauvais sens du terme, et les unités psychiatriques intersectorielles départementales (UPID) à l'appellation cette fois peu explicite. USI correspond mieux à une logique médicale, avec une connotation non péjorative, mais on peut encore regretter qu'une telle unité ne soit que fermée (une dépression grave peut ouvrir à un soin intensif mais pas forcément dans une unité fermée)

Donc, le SMPR a travaillé à un projet d'UHSA mais couplé avec quelques chambres sécurisées pour les soins somatiques (fonction UHSI) en intégrant le tout dans un pôle de psychiatrie légale dont l'unité pivot serait une consultation externe, gérant en outre une HAD et des appartements thérapeutiques post-carcéraux pour favoriser au mieux la réinsertion des malades mentaux (souvent indûment responsabilisés) une fois leur peine purgée. Ce projet n'est qu'une étape car il me semble préférable (bien qu'utopique) que les soins aux détenus reviennent dans le giron du secteur de psychiatrie générale. Avec l'autonomie du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire et les UHSA, on est certain de voir des condamnations à des peines de « prison-psychiatrique » ou des peines « psychiatriques de prison ». Avec les UHSA, le sort des détenus ne sera plus que dans les mains des secteurs (pôles) de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP). Bon débarras !

L'argument économique d'une perte de moyens des secteurs de psychiatrie générale à cause des UHSA pourrait porter si les collègues en prenaient conscience. Comme ils vont devenir avec la nouvelle gouvernance des gestionnaires au top, chefs d'entreprise spécialisés dans la négociation de contrats, leur regard économiquement affûté, en phase avec l'économisme libéral de notre société, ne va pas manquer de remarquer la perte de sesterces que représenteront les UHSA. Certes, le moyen n'est pas très élégant et l'on pourrait préférer une mobilisation « éthique » et militante mais le désenchantement que l'ordonnance du 2 mai 2005 de simplification du régime juridique des hôpitaux se devait de dissiper chez les hospitaliers ne m'a pas encore quitté. Elisabeth Stern a raison de se révolter contre notre passivité. Certes « *nous sommes psy que diable* », écrit-elle. Alors que pouvons-nous faire dans cet univers diabolique ? La pétition a le mérite de nous faire échanger mais cela suffit-il ou cela ne confirmera-t-il pas que les psychiatres parlent mieux qu'ils n'agissent ? (*Grammatici certant, et adhuc sub judice lis est*).

S'il faut agir, que proposer ?

La politique de l'extrême : l'abolition du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou une mutation en masse des psy exerçant en milieu pénitentiaire (velléité que j'ai entendue de la part de quelques collègues et non des moindres) vers les secteurs de psychiatrie non pénitentiaires (mais dans ce cas, on peut imaginer que les responsables de pôle feront une UF prison et y colleront le mutant...).

Moins radical, et plus à la mode un moratoire pour se lancer dans un vaste débat participatif, livre vert puis livre blanc à élaborer permettant d'aborder la complexité du sujet : l'évolution de la psychiatrie, de l'expertise (en espérant que la récente audition publique apporte des idées sur ce sujet mais tout en doutant que les politiques en suivent les recommandations), des politiques sécuritaires et de la situation de la condition carcérale. Relier les connaissances comme l'écrit Edgar Morin. Faire percevoir une complexité aux politiques et à l'opinion publique. Evidemment une telle démarche prend du temps, 5 ans par exemple pour ne pas se décider avant 2012 pour remettre ça après l'autre présidentielle. Il ne suffit pas de se contenter de poser les questions à l'occasion de nos journées nationales bien illustrées par leurs thématiques récentes : *Ethique du soins, dangers, soins consentis, obligés ou contraints* (2006), *Résistance(s)* (2005) ou bien resterons nous hypnotisés et immobilisés par la *fascination du crime* (2004) ?

Est-ce que l'unique proposition de nos collègues initiateurs de la pétition - la création d'unités intersectorielles de soins intensifs fermés - intéressante en théorie, peut être acceptée par le monde psychiatrique non pénitentiaire et est-elle encore pertinente ? Et cette seule réponse ne peut-elle pas aussi ouvrir au risque d'éviter de repenser complètement le sens et le rôle de l'intervention sanitaire – somatique et psychiatrique - en prison et de la fonction même de la prison dans notre société. Nous savons tous qu'il n'y a pas que la question de la maladie mentale grave en prison mais qu'il existe de nombreux autres problèmes comme les obstacles pour faire respecter strictement le secret professionnel ou comme les obligations et les injonctions de soins qui n'osent se dire ainsi mais que les magistrats « suggèrent » fortement en milieu carcéral avec toutes les manipulations, les instrumentalisation, les conflits larvés ou ouverts que cela impliquent. Et comme le législateur n'arrête pas d'élargir le recours à l'injonction de soin, que pour la moindre permission, une illusion groupale exige que le condamné soit bien magiquement « suivi » (sorte de bracelet électronique psychologique) par le SMPR, garant de toute annihilation d'un risque de dangereuse récidive, avec parfois des questions étrangement précises directement posées par les surveillants au SMPR : « le déni est-il bien levé » ? (sic), que les centres fermés de protection sociale, les UHSA de long séjour et autre commission pluridisciplinaire d'évaluation de la dangerosité ont le vent en poupe, sans compter la propension de certains experts à enfermer les

délinquants dans ce que les sociologues appellent des prophéties auto réalisatrices (« le risque de récidive est avéré »), on devrait finir par crier que trop c'est trop. « *Oser prendre la parole* » dit encore Elisabeth Stern.

Parmi les autres problèmes, on peut citer tout banalement l'hygiène de vie en prison : tous ces somnifères que nous prescrivons trop largement et pour de longues durées tout simplement parce que les conditions minimales nécessaires à un sommeil de qualité ne sont pas réunies. Puisque le sommeil est une préoccupation en vogue chez nos politiques, qui vont peut-être intégrer la sieste dans le temps de travail, un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) sur le sommeil en prison serait opportun pour apporter des informations bien stimulantes sur la condition carcérale. Et que dire de ces heures, jours, mois et années passés oisivement à ne rien faire, à tourner en rond en cour de promenade, à partager quelques mètres carrés à plusieurs, à ressasser sa haine du monde et d'un ressenti d'injustice sociale ? Comment peut-on espérer qu'après un tel conditionnement négatif, le citoyen redevenu libre puisse retrouver sa place sereinement et avec un esprit pacifié dans la société. Nous avons tous des dizaines de situations où nous voyons des détenus libérés dans des conditions d'abandon épouvantables, propices à toutes les récidives délinquantes. Plutôt que d'imposer ou de croire à de fumeuses « thérapies pour éviter la récidive », il conviendrait au moins de sérieusement se pencher sur les conditions de la vie pénitentiaire, à défaut de pouvoir réfléchir plus largement sur les modalités de punition du délinquant, de protection de la société et de réparation des préjudices subies par les victimes.

Plus qu'un moratoire « psycho-centré » autour de la création des UHSA et de la psychiatrie, il serait plus intéressant que ce débat s'inscrive dans la reprise d'une grande réflexion sur une loi pénitentiaire interrompue en 2002, en tenant compte des récents apports des Etats généraux de la condition pénitentiaire. Cette démarche nécessite une initiative politique participative de grande ampleur et non pas des déclarations/passages à l'acte impulsifs et autoritaires.

Il ne faudrait pas non plus que le remède du « remède qui sera pire que le mal » ne soit lui-même pire que le mal.

Michel DAVID

* *La place des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) dans le dispositif de soins aux détenus : leur application en Guadeloupe*, L'Information psychiatrique, avril 2004 ; *Le cheminement historique des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire* in Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire de Laurent MICHEL et Betty BRAHMY, Heures de France, 2005 ; *Faut-il organiser la résistance aux expertises ?*, communication aux 17^e Journées SPMP et UMD, Toulouse, 2005 ; *Vingt ans après, Vers un changement de paradigme des SPMP confrontés à l'emprise sécuritaire*, communication aux 18^e Journées SPMP et UMD, La Rochelle, 2006 ; *L'expertise psychiatrique pénale*, L'Harmattan, 2006.

UNITES D'HOSPITALISATION SPECIALEMENT AMENAGEES (UHSA)	
Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> - Diversification des réponses hospitalières aux problèmes psychiatriques posés : hospitalisation sous les trois modalités : HL, HDT, HO. - Implantation en milieu hospitalier. - Spécificité d'une unité avec une équipe très spécialisée, et motivée. - Outils « institutionnels » des pôles de psychiatrie pénitentiaire alignés sur ceux des pôles de psychiatrie générale (CMP intra et extra carcéraux, HJ/CATTP, Hospitalisation temps plein, voire HAD et appartements thérapeutiques post carcéraux). - Sensibilisation de l'administration pénitentiaire aux problèmes psychiatriques. Surveillance périmétrique, organisation des parloirs, maintien du régime de l'écrou nécessitent du personnel pénitentiaire. - Dans l'optique d'unités communes spécialisées somatiques et psychiatriques : amélioration de la coordination somatique et psychiatrique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une filière ségrégative - Emergence d'une inflation de demande d'hospitalisation (de la part des détenus et du personnel pénitentiaire) et un allongement des durées de séjour. - Risque de disparition complète des non-lieux psychiatriques. - Recrutement problématique de personnels spécialisés et motivés (toute catégorie professionnelle confondue). - Coût économique important.

UNITES DE SOINS INTENSIFS	
Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none">- Unités mixtes accueillant des personnes détenues ou non.- Le concept doit s'appuyer sur la notion de troubles psychiatriques graves, indépendamment de la notion de dangerosité, et nécessitant des soins intensifs.- Implantation en milieu hospitalier sans sécurisation périmétrique assurée par du personnel pénitentiaire.- Unités aménagées pour permettre un accueil de qualité des patients souffrant de pathologies graves, éventuellement pour des séjours de moyenne ou de longue durée permettant un hébergement autre que les chambres d'isolement.- Moins de risques de voir une disparition des non lieux psychiatriques- Rationalisation économique par regroupement d'une unité « polyvalente » traitant les situations médicalement graves quelque soit le statut de la personne (détenu ou non).	<ul style="list-style-type: none">- Image de dangerosité accolée aux unités- Risque de voir les malades détenus systématiquement considérés comme dangereux- Pas d'HL ni d'HDT, uniquement HO en l'état actuel de la législation.- Recrutement problématique de personnels spécialisés et motivés (toute catégorie professionnelle confondue).- Refus du personnel infirmier de se voir confier la responsabilité et la mission de surveillance d'un détenu.

AUDITION PUBLIQUE
EXPERTISE PSYCHIATRIQUE PENALE
25 et 26 janvier 2007

Fin janvier 2007 s'est tenue l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale au Ministère de la santé et des Solidarités, 14, avenue Duquesne à Paris 7^{ème}. Les lecteurs intéressés peuvent trouver les textes des experts sur le site de la Fédération Française de Psychiatrie : www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/. A la suite de l'audition publique, le jury s'est réuni pour travailler à leurs recommandations. Kamo en fera état une fois qu'elles auront été rendues publiques. MD.

OUVERTURE DU PREMIER GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE
(GEM)
EN GUADELOUPE

Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) trouvent leur base légale dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et voient précisés leurs modalités de conventionnement et de financement par une circulaire du 29 août 2005. Leur développement est prévu dans le plan « *Psychiatrie et santé mentale* » (2005-2008) afin de permettre une prise en charge décloisonnée. Il s'agit d'un moyen de prévention du handicap ou un élément de compensation du handicap.

Le directeur de l'UDAF de la Guadeloupe, monsieur NAINAN et le président de l'association Alliance Guadeloupe 2006, monsieur LEAUA ont annoncé l'ouverture du premier Groupe d'entraide mutuelle de la Guadeloupe à Pointe-à-Pitre qui accueillera les enfants atteints de schizophrénie avec un encadrement par des professionnels. Un dispositif sera également mis en place pour soutenir psychologiquement les parents.

Adresse : UDAF - GEM - 6, Quai Foulon - 97110 Pointe à Pitre (face au port).

PÔLE DE PSYCHIATRIE LEGALE EN GUADELOUPE

En application du Code de la Santé Publique réformant l'organisation des Hôpitaux, le Centre Hospitalier de Montéran (EPSM) de Saint-Claude en Guadeloupe s'est organisé en pôle, sur le principe d'un secteur = un pôle. Le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire s'est donc transformé en pôle de psychiatrie légale.

LETTRE OUVERTE DE L'APEV

Lettre ouverte

à Madame Ségolène Royal et Monsieur Nicolas Sarkozy.

Madame, monsieur,

Au vu des débats ayant précédé le premier tour de l'élection présidentielle, nous ne pouvons que constater que la réforme de la justice n'était pas vraiment une priorité. Nous vous remercions de votre réponse personnelle au courrier que nous avons envoyé à l'ensemble des candidats, au nom des parents d'enfants assassinés ou disparus, réunis au sein de l'APEV.

Mais aujourd'hui, nous demandons au futur Président de la République un engagement ferme concernant les deux points essentiels de nos préoccupations, qui remettent en cause certains des principes actuels de la justice :

1. Tout criminel doit être jugé :

- Remise en cause de la prescription de dix ans pour tous les meurtres,
- Suppression du non-lieu pour irresponsabilité pénale (article 122.1 du CPP).

2. Le droit des victimes doit être respecté :

- Sanction des magistrats en cas de non respect du droit des victimes,
- Equilibre entre le droit des victimes, et le droit des criminels et des délinquants,
- Instauration, pour la partie civile, d'un droit d'appel des décisions de cours d'assises.

Espérant votre soutien, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments les plus respectueux.

Alain Boulay
Président de l'APEV

Avant le premier tour de l'élection, messieurs José Bové et Philippe de Villiers ont également répondu à notre courrier. Nous tenons à les en remercier.

Nous vous remercions de nous faire parvenir vos remarques et vos commentaires : apev@club-internet.fr

L'association « Aide aux parents d'Enfants Victimes » (APEV) présidée par Alain Boulay consacre sa lettre n°26 d'avril 2007 à une lettre ouverte aux deux candidats finalistes aux élections présidentielles (reproduite ci-dessus).

On y remarquera une demande qui intéresse notre sujet d'étude : « *Suppression du non-lieu pour irresponsabilité pénale (article 122.1 du CPP)* ».

D'une certaine manière, cette demande récurrente peut se relier à notre réflexion sur les UHSA et soulève les interrogations suivantes (liste non exhaustive) :

- 1) Comment reconnaître l'accomplissement d'une infraction sous l'empire d'un trouble mental abolissant ou altérant la relation à la réalité ?
- 2) Comment ne pas arrêter trop tôt une instruction du fait d'un état mental pathologique avec le risque d'une enquête incomplète préjudiciable aussi bien pour le suspect que pour les victimes (qui est le véritable auteur de l'acte) ?
- 3) Comment inscrire autrement le malade mental dans le droit que par l'intermédiaire d'un non lieu (à poursuivre) ?
- 4) Quid d'une comparution spécifique ? Ses avantages, ses risques.
- 5) Comment faire en sorte que l'ensemble de la démarche ne soit ni un préjudice supplémentaire pour les victimes ni une absence de reconnaissance de l'état de malade au risque d'aggraver la pathologie, ce qui ne serait pas digne d'un état de droit ?

Toujours ce vaste débat utile à tous dans un respect mutuel et en harmonie avec les valeurs de la République....

JOURNEE NATIONALE et COLLOQUE ARTAAS A RENNES

Ci-dessous le programme de la journée nationale ARTAAS et le colloque qui la suit. Franciane CONVERTY, psychologue clinicienne, secrétaire de Socapsyleg et co-référente ARTAAS pour la région Caraïbe y participera.

Journée nationale ARTAAS

RENNES
jeudi 17 mai 2007
10h - 17h

PERSPECTIVES CLINIQUES DANS LE SOIN ET L'ACCOMPAGNEMENT DES AVS

Ateliers d'échanges cliniques

Atelier	Thème	Animation Modération	Référentes
n° 1	Clinique thérapeutique et de l'accompagnement des mineurs	Équipe de Ploemeur-Lorient	Karine CHARBONNEAU
n° 2	Clinique médiatisée et participation de tiers dans la pragmatique du soin	Équipe d'Angers	Armelle JUMELLE
n° 3	Clinique de la violence sexuelle au féminin	Équipes de Rennes et Nantes	Delphine DE GUIBERT Gwénola DE KERROS

Soirée dînatoire festive dans un restaurant à Rennes

Organisation	Artaas Ouest		
Contacts en région	Philippe GENUIT Odile VERSCHOOT	Tél. 06 10 04 69 83 / e-mail : ph.genuit@orange.fr e-mail : o.verschoot@wanadoo.fr	
Lieu	Hotel Mercure Rennes Centre Colombier 1, rue du Capitaine Maignan 35000 Rennes		
Métro	Charles de Gaulle		
Frais d'inscription	50 €	(l'inscription comprend la journée Artaas et le déjeuner du 17 mai ainsi que l'accès au Colloque Claude Balier du 18 et 19 mai)	
Inscription soirée	30 à 40 €		
Hébergement	Nous avons pré-réserver quelques chambres dans l'hôtel Mercure Colombier. Le prix est de 71 € la nuit - petit déjeuner 14 €. Vous pouvez contacter l'hôtel au 02 99 29 73 73 pour demander la réservation en votre nom en donnant la référence Artaas.		
Renseignements et inscriptions	secrétariat Artaas - Lana Dumas 60, Rue Avaulée 92240 Malakoff tél. 06 21 16 08 85 e-mail : lanadumas@club-internet.fr		

**Programme Colloque Master 2
Promotion Claude BALIER
18-19 mai 2007**

Université de Haute Bretagne Rennes 2
Avenue Gaston Berger - Campus de Villejean - 35000 Rennes
Métro : Villejean Universités

vendredi 18 mai

9h	Allocution d'ouverture	<i>Loïck. M. VILLERBU</i> - Professeur de psychologie clinique Université Rennes 2 - Haute Bretagne ; Directeur ICSH, Rennes <i>Valérie MOULIN</i> - Maître de conférences Université Rennes 2 - Haute Bretagne
9h30	Conférence plénière : « Psychocriminologie psychanalytique et clinique thérapeutique institutionnelle »	<i>Claude BALIER</i> - Psychiatre ; Psychanalyste SPP, Proveysieux ; Président ARTAAS
10h30	Pause	
10h45	Poster étudiants : « La psychocriminologie. Question d'objet ou de regard ? »	<i>Anne Hélène MAES, Delphine THEAUDIN, Veronique SCAVENNEC, Anne Sophie SEVIN, Adeline DENIS</i>
11h15	Conférence plénière : « Le soin institutionnel au patient sous main de justice »	<i>Sophie BARON LAFORET</i> - Psychiatre, Praticien Hospitalier CH Esquirol, Paris ; Secrétaire ARTAAS
12h	Pause déjeuner	
14h00	Conférence plénière : « L'institution sous l'angle de la Famille »	<i>Albert LOUPPE</i> - Psychiatre ; psychanalyste ; GBPL ; SPP, Rennes
15h00	Poster étudiants : « Le déni dans l'incestuel »	Master recherche
15h30	Poster étudiants : « Clinique du rapport à l'acte : regards croisés »	<i>Julie DOSIERE, Mélanie LE PORS, Ronan PALARIC, Nicolas VALLES</i>
16h	Pause	
16h15	Conférence plénière : « Concepts de clinique psychanalytique autour du QICPAAS »	<i>André CIAVALDINI</i> - Psychologue ; HDR ; Psychanalyste, Grenoble ; Vice Président ARTAAS
17h00	Poster étudiants : « L'autre dans l'agir violent »	<i>Corinne CALLENS, Audrey GARNIER, Céline ORRYE-GARLAN.</i>
17h30	Poster étudiants : « Légitimité et légalité »	<i>Garlone FORT, Jennifer DAUX, Estelle DUCROCO, Anne SALOME, Camille CHARLES, Mylène HARTER</i>
18h	Fin de journée	

samedi 19 mai

9h	Conférence plénière : « L'éthique dans le soin »	<i>Walter Albardier</i> - Psychiatre SMPR Maison d'Arrêt de Seysses, Muret ; ARTAAS
10h00	Poster étudiants : « La singularité dans la scène sociale »	<i>Gaëlle CARRAUX, Emilie BRIAND, Charlotte LUCAS</i>
10h30	Pause	
10h45	Poster étudiants : « Que vient traduire le passage délinquantiel dans les différents modes de transmissions générationnelles ? »	<i>Marina LERICHE, Mélanie BESNARD, Béatrice JACQ</i>
11h15	Symposium : « Psychothérapie et articulation Santé /Justice »	<i>Mireille STIGLER</i> - Psychologue SMPP, Lausanne Suisse ; ARTAAS <i>Michel SCHMOUCHKOVITCH</i> - Psychiatre, médecin chef CH Bohars ; service de psychiatrie Maison d'arrêt, Brest <i>Mr KERBEUF</i> - JAP, Rennes <i>un CIP, Rennes</i>
12h15	Allocutions de clôture	<i>Christian DELOURMEL</i> - Psychiatre psychanalyste ; GBPL ; SPP, Rennes <i>Philippe GENUIT</i> - Psychologue CH Guillaume Régnier ; ICSH, Rennes ; ARTAAS
13h	Fin de journée	

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

RUPTURES

Serge PORTELLI

Dans un précédent Kamo, nous avons fait état d'un ouvrage récent (Traité de démagogie appliquée) de Serge PORTELLI, magistrat, vice-président de la 12^e Chambre correctionnelle au TGI de Paris. Il vient de commettre pour notre plus grand bonheur un autre petit ouvrage, intitulé « Ruptures » mais qu'on ne peut se procurer que sur internet sur le site suivant : www.betapolitique.fr/spip.php?rubrique0043. Nous ne pouvons nous priver de vous rendre compte du chapitre VII intitulé « *Le nouvel asile pénitentiaire* » qui trouve dans ce numéro une place toute indiquée en relation avec le thème des UHSA. Il est agréable de trouver des convergences entre magistrats et (certains) psychiatres.

Ce chapitre s'ouvre sur une déclaration de Nicolas Sarkozy qui constatant le nombre important de malades mentaux dans les prisons souhaite voir s'ouvrir des « hôpitaux-prisons ». Après avoir rappelé l'état des lieux des soins psychiatriques en prison, et leur insuffisance en moyens, Serge Portelli cite les récentes études épidémiologiques concernant le nombre de malades mentaux incarcérés. Pour expliquer ce phénomène, notre auteur fait justement remarquer que les magistrats sont à l'origine de l'incarcération des délinquants souffrant de troubles mentaux, à la fois du fait d'une justice trop expéditive, à qui l'on demande de juger en temps réel pour faire la preuve de son efficacité, au cours de comparutions immédiates, qui ne permettent pas de cerner la personnalité éventuellement perturbée des justiciables. Ensuite, lorsqu'elles ont lieu les expertises psychiatriques sont souvent « *frileuses* » parfois pour de bonnes raisons : « *le souhait de ne pas remplir les quelques places restantes en hôpital psychiatrique* » ou de moins bonnes raisons : « *une certaine soumission des experts à la pression des magistrats, des victimes et de la société dans son ensemble* ».

Constatant ce phénomène, le pouvoir politique s'est intéressé aux rapports de la maladie mentale et des prisons uniquement sous l'angle restreint de la dangerosité. Or tous les malades mentaux ne sont pas dangereux. Mais ce que l'on retient des visions politiques, ce sont des propositions comme les centres fermés de protection sociale (Commission Burgelin ou rapport Garraud). Serge Portelli considère, plutôt que de créer des hôpitaux prisons, qu'il vaudrait mieux baisser le nombre des détenus car les soins en prison même en augmentant les moyens ne peut se faire que dans des limites raisonnables « *compte tenu que le cadre carcéral rend d'emblée toute thérapie extrêmement difficile* ».

Enfin, selon le magistrat, il faudrait donner davantage de moyens au secteur psychiatrique et mettre fin à « *la dérive psychiatrique et judiciaire* ». La meilleure solution, selon lui, serait de créer des hôpitaux et non des hôpitaux-prisons.

AGENDA

6^{ème} Congrès national des U.C.S.A : « *La santé en prison* », Nantes, 3 au 5 mai 2007, Informations et renseignements : MCO Congrès – 27, rue du Four à Chaux 13007 Marseille. Inscriptions : Audrey Martin : audrey@mcocongres.com

Journée nationale ARTAAS : « *Perspectives cliniques dans le soin et l'accompagnement des AVS* », Rennes, 17 mai 2007, suivie du colloque « Promotion Claude Balier » le 18 et 19 mai 2007 à Rennes. Renseignements et inscriptions : secrétariat ARTAAS – Lana Dumas, 60, rue Avaulée, 92240 Malakoff, 06 21 16 08 85, lanadumas@club-internet.fr.

4^{ème} Congrès international francophone, CIFAS 2007 : « *L'agression sexuelle, Victimes et Agresseurs, un autre regard sur les violences sexuelles en santé publique* », 13-14-15 septembre 2007, Palais des Congrès, Paris, Secrétariat du congrès : Antenne de Psy Légale, 22, rue de Châteaudun 92250 La Garenne-Colombes. Formulaire d'inscriptions et de proposition de communication : <http://www.cifas2007.com>.

19^e journées nationales SPMP et UMD : « *Crimes, délits, autres transgressions : recherches cliniques dans les prisons* », CHRU Lille, 22 et 23 novembre 2007. Renseignements complémentaires en attente.

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale d'Hospitalisation : www.parhtage.sante.fr. A partir du portail des ARH, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger les SROS.

Association d'aide aux parents d'enfants victimes (APEV) : www.apev.org

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Information sur la population carcérale métropolitaine par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XX^e siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). Pour recevoir la lettre d'information demandez-en la réception à : pierre-victor.tournier@wanadoo.fr

ARTAAS : www.artaas.org/

Association Française de Criminologie : www.afc-assoc.org

Association Nationale des Visiteurs de Prison : www.fraternet.org/anvp/

Champ pénal : <http://champpenal.revues.org/>

CHU PAP/Abymes : www.chu-guadeloupe.fr/

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

Collège des soignants intervenant en prison : www.sante-prison.org

Comité Consultatif National d’Ethique pour les sciences de la vie et de la Santé (CCNE) : www.ccne-ethique.fr

Ecole Nationale de l’Administration Pénitentiaire (ENAP) : www.enap.justice.fr

Fédération Française de Psychiatrie : www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/

Haute Autorité de santé : www.has-sante.fr

Medikar : www.medikar-web.com/. Le site de l’Union régionale des Médecins Libéraux de la Guadeloupe.

Observatoire national de la délinquance (OND) : « Bulletin mensuel sur les faits constatés par les services de police et les unités de gendarmerie en août 2006 », septembre 2006. www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/OND_bulletinSeptembre06.pdf et Christophe Soullez et Cyril Rizk, « Faits constatés d’atteintes aux biens et de violences dans les DOM-ROM en 2005, Observatoire national de la délinquance, *Grand Angle* n°8, Septembre 2006 : <http://www.inhes.interieur.gouv.fr/fichiers/GA8.pdf>.

Psychiatrie et violence : www.psychiatrieviolence.ca. Site géré par l’Institut Philippe Pinel de Montréal et le service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire du canton de Vaud (Suisse).

L’EQUIPE REDACTIONNELLE

Pour mieux nous connaître

Michel DAVID

Directeur de la publication de « Kamo de Socapsyleg » et président de Socapsyleg. Co-référent régional (Antilles-Guyane) de l’Association pour la recherche et le traitement des auteurs d’agression sexuelle (ARTAAS). Praticien hospitalier, psychiatre des Hôpitaux.

Chef du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de la Guadeloupe depuis septembre 2002 après avoir ouvert le Service médico-psychologique régional (SMPR) en décembre 96 et contribué à la création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de Guadeloupe en février 1997. Ancien interne et ancien assistant-spécialiste des Hôpitaux psychiatriques d’Ile de France (SMPR de Fresnes). Psychiatre consultant au Centre National d’Observation de Fresnes de 1992 à 1996. Ancien expert près des cours d’appel de Paris et de Caen.



Auteur de « *Psychiatrie en milieu pénitentiaire* », PUF, 1993 et de « *L’expertise psychiatrique pénale* », collection Psychologiques, L’Harmattan, 2006; co-auteur du « *Guide de l’aide psychologique, De l’enfance à l’adolescence* », Odile Jacob, 1999 ; collaborateur aux ouvrages suivants : « *Soigner et/ou Punir* », L’Harmattan, 1994 et « *Guide de la psychiatrie en milieu pénitentiaire* », Heures de France, 2005.

Franciane CONVERTY

Secrétaire de Socapsyleg. Co-référente régionale de l'Association de Recherche sur les Auteurs d'Agressions Sexuelles (ARTAAS).

Titulaire du D.E.S.S. de Psychologie clinique et pathologique de l'Université des Sciences Sociales de Grenoble

Ex-secrétaire de l'Association des Psychologues de la Guadeloupe (A.Psy.G).

Psychologue clinicienne en exercice depuis septembre 1997 au SMPR de Baie-Mahault (Guadeloupe) rattaché au Centre Hospitalier de Montéran.

Titulaire en 2005 du D.E.A. Caraïbe, Amériques Latine et du Nord, Option Anthropologie /Sociologie de la Caraïbe l'Université des Antilles – Guyane. Thème du mémoire : « Les représentations du corps à la Guadeloupe, l'exemple des mineurs incarcérés ».

Promoteur en février 2000 d'un groupe de travail sur le rapport au corps en milieu carcéral qui a abouti à la mise en place au Centre Pénitentiaire d'un projet partenarial intitulé : « Le corps en question dans le processus thérapeutique ». Ce projet comportait trois objectifs dont l'action de prévention : « Je (re)découvre mon corps... pour mieux vivre ? » destinée aux mineurs et jeunes adultes incarcérés au Centre Pénitentiaire de Baie-Mahault.

A exercé les fonctions de psychologue clinicienne au sein des Maisons Départementales de l'Enfance de la Drôme et de la Guadeloupe



Sophia BOUDINE



Administratrice de SOCAPSYLEG

Psychologue titulaire du DESS de Psychologie clinique de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Université René Descartes (Paris V).

En poste au SMPR de Baie-Mahault depuis décembre 2003.

Psychologue dans le service de pédopsychiatrie du CMP de Saint-Martin de mars 2001 à décembre 2003.

Bruno PARRA

Administrateur de Socapsyleg.

Cadre Supérieur de Santé. Titulaire du diplôme Cadre de Santé.

Licence et maîtrise en sciences de l'éducation.

Diplôme universitaire d'alcoologie, prévention des toxicomanies.

En poste au SMPR de Baie-Mahault (Guadeloupe) de septembre 2003 à décembre 2006. Depuis le 1er janvier 2007, cadre de santé coordonnateur de pôle au Centre hospitalier de Biarritz.

A exercé pendant trois ans en qualité de cadre de santé à l'unité pour malade difficile (UMD) de Montfavet dans le Vaucluse.



Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication : Michel DAVID

Rédacteurs : Sophia BOUDINE - Franciane CONVERTY - Bruno PARRA

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).