

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 7-2008

SOMMAIRE

1. Sommaire	1
2. Editorial : La Crise	2
3. Communiqué 1 des soignants en prison	3
4. Académie Nationale de Médecine : la santé en prison.....	4
5. Communiqué 2 des soignants en prison	5
6. Non à la perpétuité sur ordonnance	6
7. Décret du 04/11/2008 relatif à la surveillance et à la rétention de sûreté.....	10
8. Associations libres de professionnels aliénés	13
9. Les HO judiciaires sont-elles officialisées sans débat	40
10. Socapsyleg, Co-lauréat de la Bourse Zoummeroff	51
11. Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie Criminelle	51
12. Le Pôle de Psychiatrie Légale de Guadeloupe recrute	53
13. Le SMPR de Marseille recrute	57
14. Notes de lecture et documentation	57
15. Agenda	58
16. Information sur un nouveau site	60
17. Sites internet et lettres d'information	61
18. Où trouver les anciens numéros de Kamo ?	61
19. Equipe rédactionnelle	62

EDITORIAL LA CRISE

*Je ne sais ce qui me possède
Et me pousse à dire à voix haute
Ni pour la pitié ni pour l'aide
Ni comme on avouerait ses fautes
Ce qui m'habite et qui m'obsède*
Louis ARAGON – Les poètes

J'en conviens, pas très original comme accroche d'un éditorial en ces temps de crises. Toutefois, pourquoi la psychiatrie devrait y échapper et tout particulièrement sa branche médico-légale, emportant dans la tourmente des détenus/patients qui ne se retrouvent plus dans les messages contradictoires et le plus souvent incompréhensibles dans lesquels ils sont emportés.

Cet état de crise est d'autant plus regrettable que la population concernée connaît peu ou a peu connu de repères stables et des discours cohérents, si ce n'est souvent que celui de la violence, de la brutalité, du déficit d'éducation et de carences affectives. Ces constats sont particulièrement criants quand on rencontre la population adolescente incarcérée, en errance la plupart du temps dès le début des années de collège, voire avant. En Guadeloupe, l'initiation est fréquente et banalisée au cannabis dès l'âge de 10/11 ans, avec rapidement une consommation journalière et importante. Les relations entre garçons et filles s'organisent trop souvent autour d'une sexualité « crue », conduisant à des incarcérations souvent longues pour des infractions sexuelles graves et cela parfois dès l'âge de 14 ans. 14 ans seulement. La vie commence ainsi. En prison, car on n'a pas su entrer dans une relation de séduction dans le respect de l'autre, dans son corps et dans son esprit.

Comment faire la transition entre ces vies débutantes dramatiquement interrompues dans un cursus de socialisation avec nos « petites » préoccupations professionnelles qui seront exposées dans ce numéro ?

Ce n'est pourtant pas si difficile. La confusion étant la règle chez les adultes que nous sommes, il n'est guère étonnant que les jeunes ne s'y retrouvent pas et « pètent les plombs ». Et après on se révolte hypocritement quand des suicides ou des agressions graves surviennent en prison. Ce qui ne cesse pas de m'étonner, c'est qu'il n'y ait pas plus de suicides et de crimes ou délits graves en prison. Il faut vraiment les efforts de soignants et des personnels pénitentiaires pour limiter la casse. Comme d'habitude, on se plaint des trains qui arrivent en retard et non de ceux qui arrivent à l'heure. Malheureusement, il y a une limite aux efforts des professionnels pour enrayer la dégradation sociale dont les prisons sont le témoignage. Le présent numéro tente de témoigner des difficultés rencontrées par les personnels soignants œuvrant en prison.

Peu importe l'identité des acteurs, une chose compte : la réalité des problèmes rencontrés, d'autant plus que de nombreux professionnels ont le sentiment que les directives des pouvoirs publics ne concourent que trop souvent à aggraver la situation. Pourquoi cette surdité ? Ne soyons pas naïfs, il y a bien des raisons à ces situations. Une par exemple : mieux vaut un malade mental en prison à 80 € la journée de prison plutôt que dans un hôpital psychiatrique à 500 à 600 € en moyenne le prix de journée (voire nettement plus) et l'on pourrait continuer longtemps ainsi. Si l'économie est en cause, parfois d'autres facteurs étonnants surprennent. On lira ainsi dans ce numéro le « cafouillage » pratique dans lesquels sont laissés les professionnels de terrain quand il s'agit d'hospitaliser un sujet ayant « bénéficié » d'une irresponsabilité pénale (HO judiciaire) à cause de textes mal écrits, ouvrant à toutes les interprétations possibles et portant sur de sérieux sujets de société même s'ils sont extrêmement spécialisés (évolution de l'hospitalisation d'office d'un statut administratif vers un statut judiciaire par exemple).

Michel DAVID

COMMUNIQUE DES SOIGNANTS EN PRISON

*Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire
Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison
Syndicat des Médecins Exerçant en Prison
Collège des Soignants Intervenant en Prison*

COMMUNIQUE

Des événements dramatiques sont survenus le 10 septembre à la maison d'arrêt de Rouen. Le 18 septembre, jour de la visite de la Garde des Sceaux, un de nos collègues s'est vu oralement interdire l'accès à la maison d'arrêt et cette interdiction persiste à ce jour.

Cette décision illustre de façon aiguë la défiance du Ministère de la Justice à l'égard de la pratique médicale en milieu pénitentiaire.

Le discours de la Garde des Sceaux du 23 septembre aux directeurs pénitentiaires confirme ce climat de défiance. Les mesures annoncées le sont au mépris des services rendus et du partenariat actif de terrain alors que l'exercice médical en milieu pénitentiaire ne diffère pas dans ses fondamentaux de la pratique médicale usuelle.

Les soins aux personnes détenues sont confiés au service public hospitalier et reposent sur deux grands principes que sont l'indépendance technique et statutaire des professionnels et la facilitation de l'accès aux soins pour toute personne détenue. La loi de 94 organise de façon pertinente l'articulation entre services sanitaires et pénitentiaires.

Les mesures actuelles prises dans la précipitation sont contre-productives, notamment en recherchant des boucs émissaires et en opérant un glissement vers l'expertise au détriment du soin. Ces mesures précipitées ne contribuent pas à apaiser le climat de violence constaté dans les établissements pénitentiaires et risquent de rendre à terme impossible le soin en prison.

Les soignants renouvellent leur demande de rencontre avec le Ministère de la Santé pour obtenir sans ambiguïté un soutien dans l'exercice de leurs missions hospitalières. Dans cette attente, ils ne doutent pas que le médecin de Rouen puisse être de nouveau autorisé à accéder à l'établissement pénitentiaire.

Paris, le 21 octobre 2008

*Les Présidents,
Dr Catherine PAULET, ASPMP
Dr Patrick SERRE, APSEP
Dr Sophie MARTIN –DUPONT, SMEP
Dr Philippe GRIGUERE, CSIP*

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

La santé en prison

Séance thématique du mardi 21 octobre

Conclusions

Et

Réactions des soignants en prison

L'Académie nationale de médecine

1. demande avec insistance l'application stricte et immédiate de la Loi du 18 janvier 1994. En effet, la prise en charge des détenus n'a toujours pas rejoint celle des autres citoyens. Le statut du détenu prime toujours sur celui du malade. Le fonctionnement de l'institution carcérale constitue trop souvent un frein à la mise en place de l'objectif de la réforme : offrir une qualité et une continuité de soins équivalentes à ceux dispensés à l'ensemble de la population.

2. déplore, avec les médecins, les pharmaciens et l'ensemble des personnels soignants exerçant en milieu carcéral que, malgré des progrès incontestables liés à l'application partielle de la loi, qu'on observe encore :

- § des carences graves de l'hygiène, individuelle et collective
- § l'absence de permanence médicale la nuit et le week-end
- § la transgression fréquente du secret médical
- § la difficulté d'accès aux diagnostics et aux soins spécialisés
- § un défaut de prévention et d'éducation à la santé
- § l'insuffisance de suivi à la sortie, facteur de récurrence

3. insiste sur l'insuffisance de prise en charge psychiatrique à l'origine, pour une large part, des désordres actuels :

- § Les soins mentaux sont inadaptés face à une demande croissante (25 % des personnes détenues, voire plus, présentent des troubles mentaux, sans compter les délinquants sexuels de plus en plus nombreux).
- § Le suivi psychiatrique pendant la période de détention est insuffisant ou nul.
- § Trop de prisons ne disposent pas d'un Service médico-psychologique régional (SMPR), en particulier les petites maisons d'arrêt ; dans celles qui en disposent, il n'y a pas d'hospitalisation psychiatrique possible.
- § Le nombre d'Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ne correspond pas aux besoins réels.
- § Les futures Unités hospitalières spécialement aménagées pour malades mentaux (UHSA) se heurtent, pour une part, à l'hostilité du corps médical.
- § Le suivi psychiatrique est absent à la sortie, trop souvent mal préparé, sans double du bilan carcéral de santé et des ordonnances pour faciliter l'orientation et le retour à une vie normale.

4. suggère :

- § La mise en place d'un tutorat animé par des bénévoles, en liaison avec les services médicaux-sociaux, proposé dès avant la sortie et assurant le suivi de celui-ci.
- § Une révision de la formation des experts psychologiques et psychiatriques dont les avis sont déterminants pendant l'incarcération, lors du procès et sur la durée de l'enfermement

§ La création d'un statut du « médecin pénitentiaire » précisant sa place entre les représentants de l'ordre judiciaire et pénitentiaire et les hôpitaux de rattachement.

L'Académie nationale de médecine

particulièrement sensible à la dégradation de la situation actuelle dans les prisons françaises, réclame d'urgence une concertation de tous les acteurs concernés. Elle demande que des décisions soient prises en vue d'une amélioration immédiate de la prise en charge sanitaire des détenus.

***Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire
Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison
Syndicat des Médecins Exerçant en Prison
Collège des Soignants Intervenant en Prison***

COMMUNIQUE

Les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire ont pris connaissance des conclusions de la séance du 21 octobre 2008 de l'Académie Nationale de Médecine, consacrée à la santé en prison.

Ils partagent la conviction de l'Académie que la loi du 18 janvier 1994 est une loi pertinente ayant permis des progrès incontestables dans la prise en charge des personnes détenues et dans les conditions techniques et déontologiques d'exercice.

Ils constatent également des insuffisances dans son application.

En revanche, d'une part, ils ne peuvent accepter que le suivi psychiatrique soit considéré comme nul pendant la détention et absent à la sortie de prison.

D'autre part, ils refusent absolument la suggestion de l'Académie de créer un statut de médecin pénitentiaire qui rendrait caduques la loi de 1994 et ses avancées, notamment l'offre par le service public hospitalier de soins d'une qualité équivalente à ceux dispensés à l'ensemble de la population, sans distinction de statut.

Paris, le 23 octobre 2008

Les Présidents,

Dr Catherine PAULET, ASPMP

Dr Patrick SERRE, APSEP

Dr Sophie MARTIN –DUPONT, SMEP

Dr Philippe GRIGUERE, CSIP

NON A LA PERPETUITE SANS ORDONNANCE

L'Association « Pratiques de la folie » lance sur internet une pétition contre le principe de la rétention de sûreté.

Je fais partie des premiers signataires à la fois comme chef de service de SMPR qui ne peut accepter l'idée de « desservir » un centre de rétention de sûreté mais aussi en tant que président de Socapsyleg qui s'engage utopiquement et désespérément sur de projets de réinsertion (voir ci-après la bourse Zoummeroff).

Toutefois, ce qui m'effraye réellement, c'est qu'après tout, serais-je capable de tenir ma révolte ? Ne pourrions-nous pas à terme agir comme pour les SMPR et considérer que nous devons intervenir dans les centres de rétention de sûreté pour prodiguer des soins aux « retenus » comme tout citoyen y a droit, mais tout en étant de nouveau instrumentaliser par « Big Brother ».

Si le SMPR de Guadeloupe a eu le malheur de se transformer en « Pôle de Psychiatrie légale », appellation malheureuse, mais nous n'avons pas eu l'intelligence de trouver mieux, c'est avant tout pour insister sur le fait que l'unité fonctionnelle pivot du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire devenait une unité d'accompagnement extrapénitentiaire et non plus le SMPR, ghetto pénitentiaire. C'est évidemment tout le contraire du centre de rétention de sûreté, principe organisé de torture psychologique par un présumé Etat de droit qui ne donne plus aucun espoir à un de ses membres avec la caution de certains psychiatres experts ou soi-disant « traitants ».

Ayant fait mes classes au SMPR de Fresnes, ayant eu le privilège de rédiger, alors que je n'étais que jeune assistant des hôpitaux, un des premiers livres sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire (Coll. Nodules, PUF, 1993), préfacé par Jacques Laurans, un des pionniers de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, alors chef de service du SMPR de Fresnes, envers qui j'exprime ici tout mon respect et même une profonde affection, je ne peux qu'être bouleversé, profondément attristé, voire révolté lorsque je constate que Fresnes devient avec la caution du SMPR le premier centre de rétention de sûreté.

Jacques Laurans, dans la préface de mon opuscule de 1993, écrivait : « *Parallèlement, la jurisprudence des experts a évolué, nombre d'entre eux renonçant plus souvent à reconnaître l'irresponsabilité des accusés, les jurés, dont le mode de désignation a changé, sont devenus plus répressifs. Tous ces éléments et bien d'autres concourent à l'enfermement d'un nombre de plus en plus important de malades mentaux graves que les psychiatres doivent prendre en charge in situ* » et donc pour certains, qualifiés porteurs de troubles de la personnalité, dans les centres de rétention de sûreté.

Je me souviens aussi avec émotion de l'inauguration de l'Unité psychiatrique d'hospitalisation (UPH) de Fresnes sous la responsabilité de Sophie Baron-Laforêt, actuellement vice-présidente de l'ARTAAS dont on connaît l'engagement sur de nombreux problèmes médico-légaux et la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. Ce soir-là, j'avais eu l'infini bonheur d'aller chercher chez lui, puis de l'accompagner le regretté Professeur Georges Lanteri-Laura, dont j'avais été un des heureux internes, qui avait bien voulu honorer cette inauguration.

Pourquoi rappelez tout cela ? Simplement parce que la démarche humaniste des années 80/90, d'une psychiatrie encore porteuse des valeurs de la création du secteur, de l'engagement de l'après-guerre et du souvenir douloureux des massacres nazis, et où l'objectif essentiel était, comme toute mission médicale basique, de soigner des patients, s'est transformée en instrument politique répressif. Si un gouvernement de gauche avait été l'initiateur d'un tel projet dans les années 70/80, la droite l'aurait taxé de totalitarisme soviétique, de stalinisme, voire de créer le premier « goulag » français (et la droite aurait eu raison). Etrange renversement des concepts et des engagements politiques.

Finalement, peut-être ces analyses ne sont-elles que l'indice d'un vieillissement radoteur, accéléré et nostalgique d'une époque révolue ? La Gauche n'ose même pas critiquer ces projets.

Pierre-Victor Tournier dans le n°106 du 20 octobre 2008 d'Arpenter le champ pénal¹ a montré le très faible pourcentage de texte consacré à la question pénitentiaire par les motions des candidats socialistes au congrès de Reims. On peut en déduire qu'il existe donc un large consensus Droite/Gauche sur la politique sécuritaire et notamment sur les centres de rétention de sûreté (Qui ne dit mot consent).

Tant pis, je reste un imbécile qui ne change pas d'avis. Je signe la pétition et incite à s'y rallier. Avant le texte de la pétition, je reproduis le texte de la Présidente de l'ASPMP qui invite également à la signature. MD.

Chers collègues des SMPR,

Je vous ai déjà adressé la pétition concernant la rétention de sûreté, et ce qu'elle implique d'une nouvelle articulation de la médecine – en l'occurrence surtout la psychiatrie – et la psychologie – aux dispositifs sécuritaires.

Toutes les associations, via leurs présidents, représentant les professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire l'ont signée.

Compte tenu de l'actualité, ouverture du CSMJ de rétention de sûreté à Fresnes avec une équipe santé coordonnée par M Bodon Bruzel (faisant fonction de chef de service au SMPR de Fresnes), il me semble que le plus de signatures possibles de psychiatres, exerçant en milieu pénitentiaire et dans les secteurs de psychiatrie générale, sera une façon claire de dire, comme nous l'avons fait depuis le début (Burgelin etc.) que nous ne voulons pas participer à la mise en œuvre de ce dispositif.

De plus la signature de toute personne concernée (magistrats, socio-éducatifs, comités d'éthique...) est bienvenue.

Merci de signer et/ou diffuser largement la pétition dans votre région.

Amitiés et n'oubliez pas l'AG du 1^{er} décembre au CH Ste Anne (ce serait bien de venir ou d'être représenté).

C Paulet

Consultable sur <http://www.pratiquesdelafolie.org/phpPetitions/index.php?petition=2>

Texte de la pétition

La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté fait rupture dans notre tradition juridique. Elle permet l'incarcération dans des établissements spéciaux de personnes condamnées qui, bien qu'ayant purgé leur peine, seront privées de liberté du fait de leur « particulière dangerosité ». Pour la première fois dans notre droit, des individus pourront être enfermés sur décision judiciaire non pour sanctionner des actes délictueux ou criminels, mais pour anticiper des actes qu'ils n'ont pas commis ! A juste titre, Robert Badinter a dénoncé dans cette loi une rupture majeure avec les principes fondamentaux de notre justice pénale.

¹ A partir d'une note du Club « Des maintenant ». % pour les 6 motions accordé à la question pénitentiaire : Motions B (Caresche) et D (Aubry) : 0.1%; motion C (Hamon) : 0.3%; motion A (Denanoë) : 0.4%; motion E (Royaal) : 0.5%; motion F (Pupugnat) : 2%.

Cette loi fait également rupture dans la tradition et l'éthique médicales, car c'est l'expertise médico-psychologique qui devient l'élément clé du dispositif pour décider de cette mesure de sûreté. Alors que sa mission est de porter secours et de soigner, la médecine se trouve ici instrumentalisée dans une logique de surveillance et de séquestration. C'est le savoir psychiatrique qui légitimera l'incarcération d'individus au motif d'un diagnostic de « particulière dangerosité ». La privation de liberté est ainsi parée des habits de la science, comme si le savoir des experts permettait de prédire les actes criminels d'une personne.

C'est une mystification et une confusion organisée des registres.

Une mystification car il est faux que l'on puisse prédire, *pour un individu donné*, les actes à venir. L'usage que l'on fait à cet égard des statistiques concernant la récidive est une duperie, car ces chiffres concernent des populations, non des individus. Or c'est bien de la liberté d'un individu qu'il s'agit.

C'est une confusion que de demander à des soignants d'occuper cette place, car leur fonction, leur déontologie et leur éthique les situent du côté de la personne, ses libertés et ses contraintes, non de l'ordre public désincarné. Cette séparation fondamentale est une garantie essentielle des libertés, contre la tentation de faire le bien de chacun contre lui-même. La psychiatrie est familière de ces dérives : faut-il rappeler qu'il y eut des internements pour motifs politiques ?

La monstruosité de certains crimes et la souffrance terrible des victimes, dont chacun est saisi, sont utilisées pour aveugler la raison et céder aux politiques prétendument efficaces. C'est une manœuvre démagogique. On sait par avance que cette politique ne résoudra en rien le problème des criminels récidivants. Par contre ce dont on est sûr, c'est que ce dispositif, d'abord destiné à des populations restreintes s'étendra progressivement, au nom du principe de précaution. Ce fut le cas des mesures d'obligation aux soins, initialement destinées aux agresseurs sexuels, et qui sont aujourd'hui appliquées à une part croissante de personnes condamnées, quel que soit leur acte.

En assimilant le crime et la maladie – ce qui est une idéologie, et non pas un fait – on déplace progressivement la gestion de la peine vers la médecine, réalisant progressivement une société de sûreté médicale.

Au nom de notre éthique et de la nécessaire séparation des domaines, garante des libertés, nous, professionnels de la psychiatrie, déclarons publiquement refuser de participer à la mise en place de ce dispositif de rétention de sûreté. Parce que la psychiatrie n'est pas l'affaire des seuls psychiatres, chacun, concerné par ce refus, manifeste son soutien en signant et en faisant signer cet appel.

Premiers signataires

Association *Pratiques de la folie* - Alain ABRIEU, psychiatre de secteur, chef de service, président de l'AMPI (Association Méditerranéenne de Psychothérapie Institutionnelle) - Jean ALLOUCH, psychanalyste, Paris - Elsa ARFEUILLERE, psychologue, Evry - Stéphane ARFEUILLERE, psychologue - St Denis - Hervé BOKOBZA, psychiatre, psychanalyste, Montpellier - Mathieu BELHASSEN - interne en psychiatrie, Paris - Fethi BENSLAMA, Directeur de l'UFR Sciences Humaines Cliniques, Paris VII - Olivier BOITARD, psychiatre des hôpitaux, administrateur du CHI de Clermont de l'Oise - Paul BRETECHER, psychiatre, psychanalyste, Paris - Loriane BRUNESSAUX, interne en psychiatrie, Paris - Monique BUCHER, psychiatre, Paris - Anne CHAINTRIER, psychiatre, psychanalyste, Paris - Patrice CHARBIT, psychiatre, vice président de l'AFPEP-SNPP (Association française des psychiatres d'exercice privé, syndicat national des psychiatres privés) - Franck CHAUMON, praticien hospitalier, psychanalyste, Paris - Patrick CHEMLA, psychiatre des hôpitaux, psychanalyste, Reims - Alice Cherki, psychanalyste, Paris - Jean DANET, maître de conférences à la faculté de droit de Nantes - Pierre DELION, Professeur de psychiatrie, Lille - Michel DAVID, psychiatre des hôpitaux, chef de service du SMPR de Guadeloupe, Président de la Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales - Olivier DOUVILLE, psychanalyste, maître de conférences Paris VII - Denis DUCLOS, sociologue, directeur de recherches au CNRS - Corinne EHRENBERG, psychanalyste, directrice de l'USIS Paris 14 - Patrick FAUGERAS, psychanalyste, Alès - Jean-Marie FAYOL-NOIRETERRE, magistrat honoraire, Lyon - Roger FERRERI, chef de service de psychiatrie infanto-juvénile, Evry - Jean-Jacques GIUDICELLI, psychiatre, psychanalyste, Paris - Roland GORI, psychanalyste, Professeur des Universités, Montpellier - Françoise GOUZVINSKI psychologue en psychiatrie - Pascale HASSOUN, psychanalyste, Paris - Clément JALLADE, praticien hospitalier, Bouffémont - Sandrine JALLADE, praticien hospitalier, Evry - Xavier LAMEYRE, magistrat chercheur, Paris - Guy LERES, psychanalyste, Paris - Marie-José LERES, psychologue en secteur de psychiatrie infanto-juvénile, Saint-Denis - Laurent LE VAGUERESE, psychanalyste, Paris - Danielle LEVY, psychanalyste, Paris - Serge KLOPP cadre de santé, EPS Maison Blanche Paris - Paul LACAZE, psychiatre, Montpellier - Antoine LAZARUS, Directeur du Département de Santé Publique et Médecine Sociale, Paris XIII - Loïc Le Faucheur, Psychologue, Evry - Claude LOUZOUN, psychiatre, Président du CEDEP (Comité européen droit, éthique et psychiatrie) - Sophie MARTIN-DUPONT, praticien hospitalier, présidente du SPEEP (Syndicat des praticiens exerçant en prison), Le Mans, - Paul MACHTO psychiatre, psychanalyste, Montfermeil - Francine MAZIERE, linguiste, professeur émérite, Paris XIII - Patrick MEROT, Psychiatre, psychanalyste, Nogent - Véronique NAHOUM-GRAPPE, anthropologue, EHESS - Marie NAPOLI, psychiatre des hôpitaux, présidente de l'USP (Union syndicale de la psychiatrie) - Okba NATAHI, psychanalyste, Paris - Jean-Marie NAUDIN, Psychiatre, praticien hospitalier, professeur des universités, Marseille - Jean OURY, psychiatre, Clinique de La Borde, Cour-Cheverny - Catherine PAULET, psy-

chiatre des hôpitaux, Présidente de l'ASPMP (Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire), Marseille - Vincent PERDIGON, psychiatre, psychanalyste, Paris - Michel PLON, psychanalyste, Paris - Jean-Claude POLACK, psychanalyste, Paris - Erik PORGE, psychanalyste, Paris - Annie RUAT, psychiatre chef de service, MGEN, Paris - Marie Receveur, juge de l'application des peines, Lyon - Pierre Yves ROBERT, praticien hospitalier - Président du CSIP (Collège des soignants intervenant en prison), Nantes - Patrick SERRE, praticien hospitalier, président de l'APSEP (Association des professionnels de santé exerçant en prison), Le Mans - Olivier SCHMITT, psychiatre, Président de l'AFPEP-SNPP (syndicat national des psychiatres d'exercice privé) – Didier SICARD, Professeur de médecine, Président d'honneur du CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique) - Hanna SLOMCZEWSKA, psychiatre des hôpitaux, Avignon - Béatrice STAMBUL, Psychiatre des Hôpitaux, Responsable du CSST Villa Floréal à Aix en Provence - Annette VALLET, professeur retraitée - Alain VANIER, psychanalyste, Professeur de psychopathologie, Paris VII - François VILLA, psychanalyste, Maître de conférences, Paris VII - Martine VIAL-DURAND, psychologue psychanalyste, responsable du dispositif Ateliers Thérapeutiques de Nanterre - Loick VILLERBU, professeur de psychopathologie et criminologie, directeur de l'Institut de Criminologie et Sciences Humaines, Rennes - Daniel ZAGURY, psychiatre des hôpitaux , chef de service, Paris - Radmila ZIGOURIS, psychanalyste, Paris.

Pour signer la pétition :

<http://www.pratiquesdelafolie.org/phpPetitions/index.php?petition=2>

DECRET n°2008-1129 du 4 novembre 2008 relatif à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté

Nous savons maintenant tout - la semaine de la visite de madame la Garde Sceaux au premier centre de rétention de sûreté à Fresnes - des détails concernant les dispositions relatives à la surveillance de sûreté et à la rétention de sûreté. S'y ajoutent des précisions concernant les fonctions du médecin coordonnateur (MC).

Le temps manquant pour une analyse détaillé du texte, on se cantonne à remarquer l'importance de l'expertise pour décider de la surveillance de sûreté ou de la rétention de sûreté. Bizarrement, le CPP évoquera euphémistiquement une expertise médicale pour constater la persistance de la dangerosité (art. R.53-8-45). Les experts psychiatres se sentiront-ils concernés ? L'évaluation d'une dangerosité (sans qualificatif) se cantonnera-t-elle à une dangerosité psychiatrique en relation avec une pathologie mentale de l'Axe I du DSM-IV. Les troubles de la personnalité de l'Axe II pourraient être laissées aux criminologues....

Petit détail aussi sur l'organisation des centres socio-médico-judiciaires de sûreté (CSMJS). De quoi nous plaignons nous ? : « *Les autorités judiciaires et le personnel relevant de l'administration pénitentiaire ne peuvent intervenir dans le déroulement des traite-*

ments décidés et mis en œuvre par le personnel médical et soignant » (art. R. 53-8-57). Dans le même article, on remarque que « les médecins et les psychologues délivrent des attestations permettant aux personnes retenues de justifier auprès du JAP du suivi effectif dont elles font l'objet ». On comprend bien : juste une attestation de suivi (de suivi ou de survie ?) ? C'est finalement vrai, les CSMJS ne sont pas des prisons, on laisse les soignants tranquilles (cf. ci-dessous les témoignages des difficultés de l'exercice en prison ou dans d'autres numéros de Kamo avec les exigences de certains JAP d'avoir un contenu détaillé sur les soins effectués). Cerise sur le gâteau : le secret médical est préservé : « Chacune des personnes retenues dans le CSMJS fait l'objet d'un dossier individuel, destiné à rendre compte de son évolution et du déroulement de la mesure, tenu par le greffe dans lequel figurent, à l'exclusion de tout document couvert par le secret médical » (art. R. 53-8-59). Donc pas de dossier commun pénitentiaire et sanitaire.

Bon d'accord, il existe des mesures disciplinaires qui ne disent pas leur nom (art. R53-8-68), mais finalement les conditions d'accueil ne sont pas si mauvaises. Alors pourquoi, ne pas mettre tout de suite les intéressés dans des CSMJS sans passer par la case prison ?

Ah ! et puis une réponse à une information donnée en avant-première dans Kamo n°3-2008 : les CSMJS seront mixtes : « Il est institué, le cas échéant, un quartier spécifique pour les femmes » (article R53-8-61). Les mâles peuvent être rassurés entraînés depuis la genèse dans le mal par la dangereuse Eve, la particulière dangerosité féminine n'a pas été oubliée. La parité est respectée. Merci à madame la Garde des Sceaux.

Pour les médecins coordonnateurs, des précisions sont données sur leurs missions. Médecins coordonnateurs et traitants doivent intervenir avant la libération d'un condamné et des permissions de sortir devront être données à l'intéressé pour les rencontrer. Les psychologues qui peuvent intervenir dans le dispositif de l'IS vont être contents d'apprendre que leur compétence est évaluée par le médecin coordonnateur (Aie Aie Aie !! Ce n'est pas toujours facile les relations (de pouvoir/savoir) psychiatres/psychologues mais alors là ! Les psychologues ont-ils été concertés sur ce point ?).

« Le MC transmet au JAP ...les éléments nécessaires au contrôle de l'IS... Ce rapport dresse un bilan précis de la mise en œuvre de l'IS. Le cas échéant, il comporte des éléments d'appréciation sur l'évolution de la personne au regard de son besoin de soins ainsi que des propositions sur les modalités de poursuite de la mesure ».

Les journées régionales et la journée nationale sur les MC que doivent organiser l'ARTASS devront permettre un large débat sur ces pratiques à venir.

Kamo n°2-2008 faisait état du rapport annuel 2007 de la Cour des comptes qui consacrait 10 pages à l'Etablissement public national des hôpitaux de Fresnes et s'inquiétait sur le de-

venir de l'établissement. L'article de Kamo se concluait ainsi :

« En déclarant vouloir créer un centre de rétention dans l'EPSNF, le gouvernement répond-il à la cour des comptes en clarifiant son rôle ?

En fait, deux messages sont délivrés clairement par le gouvernement :

- 1) La « sanitisation » de la prise en charge des particulièrement dangereux en voulant créer le premier centre de rétention dans un établissement de santé.*
- 2) La confirmation du statut de détenu pour les « retenus » puisque l'EPSNF ne reçoit pour l'instant que des personnes sous écrou. Alors, peine ou mesure de sûreté ?*

On comprend bien la volonté du gouvernement de faire quelque chose de l'EPSNF, mais est-ce la bonne décision ?

On comprend encore plus la volonté du président de la République de vouloir trouver une solution pour que la rétention de sûreté soit applicable dès maintenant (la fameuse rétroactivité) après l'annonce de l'ouverture du premier centre à Fresnes.

Toujours des annonces précipitées et une curieuse impulsivité.

Le conseil constitutionnel a donc imposé une temporisation de 15 ans pour « recycler » l'EPSNF »

Kamo s'est trompé : le recyclage a été plus rapide. Mais si les quelques rares potentiels impétrants retenus se montrent sages (quoique, on peut les pousser à la faute... la contextualisation plus ou moins hasardeuse peut jouer autant qu'un trouble grave de la personnalité pour favoriser la récidive ...), le CSMJS de Fresnes ne va pas se remplir bien vite et les fonds publics engagés - Travaux estimés entre 850 000 € et 1,3 millions € et budget de fonctionnement de 800 000 € pour 10 cellules (comme en prison, pourtant ce n'est pas une peine mais une mesure de sûreté de rétention monacale) de 20 m² (communiqué APM du 5 novembre 2008) vont s'amortir sur une bien longue durée.

Enfin pour conclure, le lendemain de la parution du décret (le 4 novembre), la Garde des Sceaux présente (le 5 novembre donc) en conseil des ministres un projet de loi « *tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle* » (dépêche APM CCLBM002).

J'avoue mes faiblesses mais je n'arriverai pas à intégrer le présent décret avant d'éplucher le nouveau projet de loi. On comprend les récents articles dans la presse faisant état d'une explosion des frais de personnel et des primes des ministères. Avec un tel rythme de travail... Et pendant ce temps là, Kamo grossit, avec vos contributions et tout particulièrement dans ce numéro, sans augmentation de prix, puisqu'il continue et tient à être toujours stupidement gratuit.

ASSOCIATIONS LIBRES DE PROFESSIONNELS ALIENES

Suite aux déclarations politiques, les associations de soignants en prison se sont manifesté de différentes manières exposées ci-dessus. Le débat sur internet est vif. L'idée de ne pas cantonner ce débat entre professionnels se fait ressentir de manière de plus en pressante, tout en sachant qu'il est pédagogiquement extrêmement complexe de communiquer autour de la maladie mentale, de la délinquance, de la prison et de la sécurité publique. Les messages ne peuvent tenir en 30 secondes télévisuelles et sont donc condamnées au silence, malgré les tentatives de multirécidive de leurs auteurs.

De nombreux messages sont reproduits ci-dessous, anonymisés autant que possible, sans réécriture, donc avec le style internet. Certains messages ne seront pas reproduits, le plus souvent par perte (ne serait-ce que les miens, souvent en réponse à un autre message et que je n'ai pas enregistrés). Pour tenter une lecture plus rapide, un regroupement thématique est tenté et la chronologie des messages n'a pas toujours pu être respectée.

Il s'agit donc de lire ces réactions de manière flottante, comme des associations qui tentent d'être libres. L'alternance de la couleur de police entre le noir et le bleu ponctuent les messages différents. D'autres productions, autres que des mèls, qui illustrent les propos s'entrelacent avec les messages.

De la loi de 1994, De la médecine pénitentiaire, du secret professionnel

L'Académie de médecine vient de présenter ses recommandations sur « la santé en prison » et dresse un bilan accablant de la prise en charge médicale des détenus qui « n'a toujours pas rejoint celle des autres citoyens ». « Le statut du détenu prime toujours sur celui du malade », regrette-t-elle. En effet, la liste des dysfonctionnements au sein de l'institution carcérale dressée par l'Académie est longue : carences graves de l'hygiène individuelle et collective ; absence de permanence médicale la nuit et le week-end ; transgression fréquente du secret médical ; difficulté d'accès aux diagnostics et aux soins spécialisés ; défaut de prévention et d'éducation à la santé ; insuffisance de suivi à la sortie, pourtant facteur de récurrence. Par ailleurs, insiste l'Académie, le suivi psychiatrique des détenus est « insuffisant ou nul » et les soins mentaux inadaptés, alors que 25 % des personnes détenues présenteraient des troubles mentaux. Sans compter, précise les académiciens, les délinquants sexuels, « de plus en plus nombreux ». L'Académie suggère donc la création d'un nouveau statut : celui de « médecin pénitentiaire », dont la place entre les représentants de l'ordre judiciaire et pénitentiaire et les hôpitaux de rattachement devrait être précisée. Elle propose également de réviser la formation des experts psychologiques et psychiatriques, « dont les avis sont déterminants pendant l'incarcération, lors du procès et sur la durée de l'enfermement ». Enfin, elle envisage la mise en place d'un tutorat, animé par des bénévoles en liaison avec les services médicaux- sociaux, qui commenceraient à intervenir avant la sortie du détenu et en assureraient le suivi.

Ils sont fous avec leur statut de médecine pénitentiaire!

Quand allons-nous réellement réagir ? Faute d'accord sur les moyens de la riposte, nous nous enlisons dans des discussions abyssales qui ne passionnent que nous. Cela me semble un peu stérile et je pense qu'il faut, là où c'est possible, là où il y a accord entre UCSA et SMPR, médiatiser sans complexe notre détermination à nous opposer concrètement aux dérives actuelles de l'auxiliarisation de la médecine à la gestion des établissements pénitentiaires.

Soyons clairs, où nous avalisons le projet de médecine pénitentiaire ou nous nous y opposons. Si c'est le cas, je reviens sur l'idée que nous n'avons qu'un seul devoir, celui de nous faire entendre par les médias pour faire pression sur le politique et qu'un seul moyen, celui de la systématisation radicale de l'avis médical d'incompatibilité au QD, assortie d'une demande systématique d'expertise avec avis tout aussi systématique aux magistrats et aux médias. C'est ce que nous voulons faire à X, qui a l'avantage de bénéficier d'une image symbolique de la prison dans l'opinion publique. Le projet est bien sûr de faire tâche d'huile et d'inciter les collègues à étendre le mouvement partout où cela est possible. Chacun fera selon ses convictions, il n'y a pas besoin de l'unanimité des uns et des autres pour démarrer le mouvement. Pourquoi ce ciblage sur le QD ? La question est plutôt pourquoi notre propre assourdissant silence sur la question. Nous nous plaignons des intrusions du pénitentiaire dans notre champ alors que nous cautionnons de fait ces pratiques punitives discrétionnaires intolérables au vu des droits de l'homme.

Il est impensable que les mises au QD continuent de se faire en dehors des règles du Droit et que nous entérinions ces pratiques par nos interventions pseudo médicales dans ces zones de non droit. Il est insupportable que la procédure de sanction disciplinaire se maintienne en l'état et que se soit l'humeur d'un surveillant et d'un sous directeur qui décident à sept heures du soir ces mises au QD sur des bases aussi floues qu'un rapport d'incident. L'enfermement au QD dans un lieu hautement suicidogène et pathogène est une sanction de sur privation de liberté qui va bien au de la de la privation de liberté. Ne sommes nous pas entraînés de cautionner ces pratiques en y allant sagement pour tenter d'y évaluer quoi quand un puni s'y révolte ? Loin du simplisme sur la politique de sécurité des prisons nous pensons qu'il faut procéder par étape et obtenir dans un premier temps que les procédures d'admission au QD soient profondément changées dans le respect du droit. Supprimer les QD n'est pas dans notre propos, mais soyons un peu opportunistes et saisissons nous de ce problème là pour nous faire entendre. Nous démontrerons ainsi que loin d'une position corporatiste nous nous engageons à défendre non seulement la qualité des soins mais également la qualité de l'articulation Santé Justice au service du détenu souffrant. Soyons décomplexés et défendons nos principes sur le terrain, là où nous pouvons le faire et où nous pouvons nous faire entendre. Je propose que cela soit discuté à L'AG de l'ASPMP où il serait peut être judicieux d'inviter les UCSA. Cela devient grave quand nous voyons les réponses de l'académie de médecine et du cabinet du ministre de la Santé. L'urgence est proclamée....

Si nous, psychiatres, ne réagissons pas à cette imposture d'une science exacte et prédictive, nous sommes à désespérer.

Un texte est en préparation. Je nous engage à nous mobiliser.

A la médecine pénitentiaire, je préfère la psychologie pénitentiaire. L'académie en question a-t-elle perdue ses lettres? On peut lui proposer de décliner générativement : le médecin toxique, le médecin alcoolique, le médecin sexuel etc. en fonction des variations saisonnières de ses interventions. "Le tyran ne doit pas son pouvoir, à sa force ou à son intelligence, mais à son idiotie, légitimée par l'élection" disait Etienne de la Boétie dans son "Discours sur la servitude volontaire". Cochon qui s'en dédit. Ps. don't worry les psychos ne font pas mieux que les médecins, ils découpent le saucisson aussi en fonction de leurs investissements. Cordialement et corps-oralement.

En effet, ce serait consternant que l'on revienne sur la politique de soins aux détenus instaurée par la loi du 18 janvier 1994. Elle a grandement contribué à ouvrir la prison vers le monde extérieur en permettant l'accès à des professionnels extérieurs au milieu pénitentiaire, par la même, des regards différents ont été portés sur les personnes détenues... Si la mission des professionnels de santé en milieu carcéral n'est pas évidente à conjuguer au quotidien, il est indéniable que leur présence peut atténuer les effets de la « ghettoisation ». La nécessaire proximité que nous avons avec les personnels pénitentiaires ne font pas de nous des auxiliaires de justice dociles si nous arrivons à garder « la bonne distance » pour assumer nos missions dans l'intérêt des détenus-patients

La loi de 94 avec le principe de la séparation des pouvoirs nous permettait de faire notre boulot de médecin en prison sans trop y perdre notre âme. Mais cela semble remis en question. L'attaque faite à notre indépendance professionnelle n'est bien sur que le pâle reflet des atteintes à la dignité humaine imposée à la majorité des détenus et le QD est paradigmatique de l'ambiguïté qui demeure face à notre exercice en milieu carcéral. Je pense qu'il ne nous appartient pas de décider à la place du politique des règles disciplinaires sensées contribuer à la sécurité des établissements. Suppression pure et simple du QD, peine alternative ? Je ne sais pas. Je crois que dans tout milieu il doit y avoir des instances de régulation et que les meilleures sont bien sûr celles de la qualité de l'institution et de l'intelligence des rapports humains qui y règnent. Mais ne rêvons pas, c'est loin d'être le cas. Ne nous leurrions pas, nous ne réglerons pas seuls ce problème. Cela ne nous empêche cependant pas d'avoir des prises de position sur le sujet. Je ne me prononce donc pas contre la suppression pure et simple des QD car je n'ai pas d'alternatives à proposer même si je suis convaincu que leur usage par l'AP est un facteur de sur-dangereosité et d'iatrogénicité des établissements pénitentiaires. Mais à coté du problème de l'existence même des QD, il y a celui de ce que nous y faisons en tant que psychiatres. Ce que je ressens c'est l'insupportable de l'arbitraire des modalités de la mise au quartier et l'impuissance à enrayer cette logique de destructivité institutionnelle. Comment nous nous en saisissons nous pour faire avancer les choses ? Les pouvoirs publics et l'opinion s'en moquent et la politique pénale en amont de l'incarcération ne cesse d'alimenter le climat d'insécurité de chaque professionnel en détention. Il faut donc être en mesure de déranger le système pour obtenir qu'il se réforme. Nous n'avons quasiment aucun moyen d'action pour y parvenir. Je ne vois que le poids de nos certificats et avis médicaux. Bien sur cela ne vole pas très haut mais il s'agit d'être pragmatiques et de se faire entendre. La dénonciation du principe et de l'abus du QD, n'est qu'un angle d'attaque limité, mais il peut nous permettre d'attirer l'attention de l'AP, de nos tutelles et des médias.

Les prises de position publiques de la Ministre de la Justice et la mise en cause des médecins, des fondamentaux de l'exercice et plus globalement du partenaire Santé, nous mettent en péril. Comme le disait mon collègue le Dr X, nous sommes tous des collègues de Rouen en puissance. Aujourd'hui le travail partenarial avec la DAP sur le terrain se complique. Sur fond d'accroissement ininterrompu de la population pénale (et les situations critiques que cela génère).

Le dialogue et le travail des acteurs de terrain que nous sommes avec la DHOS et la DGS a toujours été (et est) fructueux ; du reste, il se poursuit. Mais nous avons besoin d'une parole Santé forte.

Voici donc comme convenu quelques exemples qui ont illustré notre propos hier.

En fichiers joints :

- le discours de Mme Dati aux directeurs de prisons le 23 septembre ainsi que ses instructions en date du 17 septembre
- le courrier du directeur de prison au DISP à propos des commissions pluridisciplinaires d'affectation en détention (dont je ne trouve pas trace écrite ?)

En reproduction de mails ci-dessous :

- le point de vue d'un collègue sur les instructions de Mme Dati
- l'« épisode » du médecin expert : le mail était adressé au président de l'ordre des médecins avec copies ; j'y ai joint ma réponse.
- Un échange de mails que j'ai eu avec Mr X sur la pluridisciplinarité

Dans le projet de Loi pénitentiaire, l'article 727-10 évoqué qui pose problème : « *Aucune investigation corporelle interne sur un détenu ne peut être effectuée par le personnel pénitentiaire. Lorsqu'il est indispensable, pour des raisons de sécurité, de procéder à de telles investigations, celles-ci ne peuvent être réalisées que par un médecin* ». En l'occurrence un médecin extérieur requis et non le médecin de la prison.

Tu as raison je suis en colère mais ma colère est toujours raisonnée et jamais réactionnelle de principe. Il faut quand même bien comprendre plusieurs positions écrites de madame DATI :

- Réunion des chefs d'établissements pénitentiaires le 23 sept 2008 : « *Nous avons demandé que vous ayez les informations médicales...* », « *c'est l'objet de la loi du 25 février 2008 qui rend obligatoire le partage d'informations entre personnels pénitentiaires et professionnels de santé. Ces dispositions doivent être appliquées par les personnels médicaux de vos établissements* ». La ministre fait référence à l'article 8 de cette loi qui ne dit aucunement qu'il faille délivrer des *informations médicales*, (et le Cabinet santé avait parfaitement résisté sur ce point !), mais qui dit : « *...en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles pour la mise en œuvre de mesures de protection.* »
- Demande de placement d'office : « *Vous avez tous vécu cette expérience : le chef d'établissement demande un placement d'office.... Lorsque le médecin ne souhaite pas établir ce certificat...* » On peut en déduire que « *Le médecin* » est capricieux ; il ne prend pas ses décisions en fonction de critères cliniques et professionnels mais selon son bon vouloir. Inquiétant sur le jugement porté quand à la qualité et au sérieux du service public. Cela témoigne enfin de la confiance qu'il faut accorder à la compétence et au sérieux des praticiens hospitaliers.

Quant à la solution proposée : « *Vous avez une solution : consulter un autre médecin, extérieur à l'établissement. Il portera [obligatoirement et on l'y aidera...] un nouveau regard sur la situation du détenu [patient ?].*

Ce discours faisant lui-même suite à l'instruction ministérielle du 18 septembre dernier s'est depuis transformé en note d'application adressée par le DAP aux Directeurs inter-régionaux, Directrice de l'ENAP et Directeurs et chefs d'établissement pénitentiaire.

Pour ce qui est du projet de Loi pénitentiaire comment doit-on apprécier l'article 727-10 : « *Aucune investigation corporelle interne sur un détenu ne peut être effectuée par le personnel pénitentiaire. Lorsqu'il est indispensable, pour des raisons de sécurité, de procéder à de telles investigations, celles-ci ne peuvent être réalisées que par un méde-*

cin » A défaut de comprendre la nécessité des HO les praticiens hospitaliers pourront toujours faire les fouilles à corps « poussées » à moins qu'il ne s'agissent d'un corps spécialisé de médecins pénitentiaires (et non plus en milieu pénitentiaire), venu de « l'Extérieur ».

Bien au delà du simple exercice du soin en milieu pénitentiaire se pose la question du fondement du secret médical de la liberté d'exercice et des règles d'enfermement. Il est vrai que sous l'ancien régime les hôpitaux n'étaient que des lieux d'enfermement ordinaires avant d'être des lieux de soin.

Comment ne pas finir par réagir à toutes les interventions, discours qui débattent, exposent, expliquent la "PRISON". Cela fait deux ans que j'exerce en tant que PH à temps complet dans un SMPR et ce par vrai choix de travail en milieu pénitentiaire. J'ai écouté et lu avec beaucoup d'attention les différentes lois, décrets et réactions de chacun me disant que je n'avais aucune légitimité à prendre part à ces débats du fait de ma trop courte expérience. Mais voilà qu'aujourd'hui Madame Dati, Ministre de la Justice, Garde des Sceaux et magistrate de formation, remet en cause nos compétences individuelles. Vous avez sans doute écouté le débat "une justice pour punir ou réinsérer" entre Madame Maryse Lebranchu et Madame Rachida Dati. J'ai donc appris avec stupeur que Madame Dati a décidé que si le psychiatre qui intervient au SMPR ne faisait pas de demande d'HO pour un détenu pour lequel le directeur de l'établissement pénitentiaire avait estimé la nécessité d'une HO, ce dernier pourrait faire appel à un confrère extérieur pour effectuer cette hospitalisation. Que devons-nous comprendre ? Un directeur d'établissement pénitentiaire a suffisamment de compétence médicale pour remettre en doute le diagnostic d'un psychiatre ? Un psychiatre intervenant au quotidien dans un établissement pénitentiaire pourra donc être "court circuité" dans le cas où sa décision ne satisferait pas l'autorité pénitentiaire. Quelle belle leçon de déontologie !

Nous psychiatres intervenant en milieu pénitentiaire, un jour encensés car considérés comme les seuls à pouvoir "soigner" les plus dangereux et le jour suivant déçus car n'étant pas les bons petits soldats de la fonction publique, comment allons nous pouvoir prendre en charge les patients détenus ?

Nous voilà pris en otage entre justice et soins, cloués au pilori au nom d'un risque zéro dans une société avide de faits divers sanguinolents légiférant à l'événementiel.

Alors que faisons-nous ?

Allons nous décider de soigner sur ordre du juge, hospitaliser sur décision du directeur de prison ou bien reprendre en main notre métier avec un serment Hippocrate et un code de déontologie et enfin réellement exercer notre métier de PSYCHIATRE.

Il serait peut être temps que nous prenions une décision d'action commune pour arrêter les envolées législatives de ministres tout puissants.

Ne vous laissez pas impressionner par ce genre d'argument, qui peut tout autant s'inverser en un questionnement sur la légitimité de ceux qui ont un long temps de présence dans le Champ et qui donc (et font courir) le risque de représenter les intérêts de ceux qui ont un long temps de présence, c'est à dire en gros qui rationalisent les différentes formes d'usures, bien compréhensibles, qui les affectent. J'ai moi-même démissionné au bout de 5 ans, entre autres parce que je sentais poindre le spectre de la résignation pour survivre... Présence ne doit pas être confondue avec expérience. Permettez-moi néanmoins une réserve sur l'exemple que vous donnez. Quel que soit le contexte, il est fréquent qu'un des termes de la discussion implicite-explicite de l'indication d'une hospitalisation (HDT ++, ici inexistante, on pourrait en discuter) soit dans l'évaluation non dénuée de rapports de force des capacités contenantes de l'environnement du patient vs celles du lieu d'hospitalisation. A la limite, je trouve d'ailleurs qu'il peut être intéressant que notre situation concrète de monopole des soins, souvent probléma-

tique, puisse évoluer : en l'espèce tout le monde sait bien que le recours au généraliste de l'UCSA est une pseudo-triangulation. Je crois comprendre ce qui vous anime, la présentation Dati étant comme à l'habitude arrogante, mais finalement pourquoi ne pas demander à ce que ce soit de règle un psychiatre ne soignant pas en prison qui demande les HO ?

Et si tous les psychiatres de SMPR allaient exercer en psychiatrie générale pour accueillir les détenus dans les secteurs ? Bien sur le nombre ne joue pas en faveur. Mais des changements de pratique sont parfois initiés par un petit nombre pourvu qu'il ne soit pas trop isolé sur le territoire, qu'il puisse être relayé. Cela ferait plus de lieux que d'UHSA, avec moins de lits bien sur!. Mais est-ce une question de nombre de lits ou de pratiques ? Cela aurait de la gueule l'ASPMP hors les murs de la prison. Un vrai projet dans l'ambiance actuelle ? Quittez la prison avant qu'elle ne vous enferme dans des pratiques que vous ne pouvez plus tenir, pourrait être un mot d'ordre ... Avec humour et solidarité. Dr X sortante de prison depuis 8 ans.

Sans vouloir être alarmiste, j'ai le sentiment que le ministère de la justice a lancé « un ballon d'essai » concernant la possibilité de faire appel à un médecin extérieur pour rédiger un certificat de HO D398 ou HO à la sortie sans suivre l'avis du SMPR ou de tout médecin exerçant en milieu pénitentiaire (il n'est en effet pas fait référence aux HO dans la circulaire). Chez nous, au CD de X, l'Administration Pénitentiaire fait appel le WE à un médecin généraliste extérieur pour valider le placement au QD. La DDASS le dénonce régulièrement.

En 2004, un patient libéré du CD de X a été placé en HO par décision du JAP alors que le SMPR et les experts mandatés par le JAP ont estimé que cette personne ne présentait pas une dangerosité d'ordre psychiatrique. Le JAP seul (avec l'avis des CIP et l'AP) a informé la préfecture de la dangerosité du patient qui a donc ordonné un placement en HO à sa libération par la simple notoriété publique.

Cet AM, lors de la commission « suicide » qui va désormais s'appeler « comportement à risque », le directeur adjoint nous a informé qu'il lui est possible de faire appel à un médecin extérieur pour « lancer » une HOD398 si le SMPR ne le fait pas. On a depuis quelques jours plusieurs signalements pénitentiaires et des pressions sur nous concernant des patients qui font des menaces de passage à l'acte sur des surveillants (« vous attendez quoi ?... vous faites quoi ? »)

Vigilance, les temps sont durs...quelle est finalement notre mission en prison ? Il faudrait que notre ministre de Tutelle réagisse sinon comme dit l'adage « qui ne dit mot consent »

Et vogue le navire et divague l'administration pénitentiaire !

Ils peuvent bien envoyer tous les experts qu'ils veulent, les médecins extérieurs pour valider leurs HO, il est peu probable qu'ils parviennent à faire garder nos patients plus longtemps que nous à l'hôpital psychiatrique.

Sauf à ce que les préfets refusent de lever les HO à la demande de nos confrères hospitaliers.

Mais je vous rappelle que dans certains départements, les préfets ont plutôt tendance à refuser de signer les arrêtés d'HO (cf. les journées SMPR de Lille).

Et puis soyons tranquille, à la première évasion d'un détenu à partir de l'hôpital psychiatrique, notre Garde des Sceaux donnera la consigne de refuser les HO même quand la demande émane du psychiatre de l'établissement...

Quant à avoir une attitude commune, je pense que celle préconisée par le guide de déontologie est assez claire et devrait faire l'unanimité...

Restons soignants !

Dogmes

1) Je me demande parfois si les pressions judiciaires (pénitentiaires) dont nous sommes l'objet en prison, et dans une certaine mesure notre manière d'y répondre, ne nous conduisent pas à un certain biais dans nos appréciations Santé-Justice quand même elles relèvent d'un contexte explicite transparent.

2) Après début de documentation, je ne suis pas sûr que le pronostic criminologique soit aussi improbable que ça, certain, personne n'y prétend (à l'instar de la psychiatrie: il y a de fortes chances qu'un persécuteur désigné soit en danger réel, mais de la coupe aux lèvres...).

3) Il faut se méfier de notre (?) back ground qui se méfie des mesures coercitives en tant qu'elles confortent un ordre injuste: concrètement ici et maintenant, les infiltrats trotskistes (retraités inclus) pour lesquels j'ai d'ailleurs beaucoup de sympathie, ils font penser aux pacifistes dont Clémenceau savait qu'ils feraient de très bons guerriers.

4) La notion de maladie est comme nous le savons problématique. Question récurrente de faire passer le trouble border-line sur l'axe 1. Histoire (politique +++) du destin nosographique de l'homosexualité. Selon le jeu de langage, avec des paramètres plus ou moins explicites, on pourra situer différemment les pédophilies et les viols quand ils sont le seul mode d'accès au désir sexuel.

5) La situation actuelle juridique des centres de sûreté semble confuse. Quant au positionnement déontologique-technique des collègues de différents statuts prêts à faire le job, je crois bien qu'on ne le connaît pas encore.

6) C'est sans doute, je l'avoue, une des raisons de ma curiosité pour les 6 candidats: j'aimerais me faire une idée par moi-même.

7) Ce d'autant que le style gouvernemental actuel (depuis plus de 6 ans en fait), très excitant, ne facilite pas la réflexion sereine.

Au total, et pour l'instant, je crois que c'est une bonne chose que l'ASPMP signe la pétition en assumant son style pétitionnaire.

Je souhaiterais avoir un avis du Conseil de l'Ordre concernant la situation suivante : il a été mis en place au Centre de Détention de X une Commission Pluridisciplinaire Unique dans le cadre de la labellisation du secteur arrivant pour la prise en charge des détenus arrivants au sein de l'établissement, où on nous demande de remplir un document.

Il semblerait après avis de mes collègues travaillant en milieu carcéral que cette commission émane du Ministère de la Justice et non d'une collaboration avec le Ministère de la Santé.

Dans le fonctionnement habituel, il existe au sein de l'établissement, une Commission de prévention du suicide appelée « prévention santé » réunissant l'équipe médicale avec les représentants de l'administration pénitentiaire. (Circulaire Santé-Justice)

Notre préoccupation principale est qu'à travers notre participation à cette Commission Pluridisciplinaire Unique, les soignants risqueraient d'être assimilés à des auxiliaires de justice entraînant ainsi une perte d'indépendance professionnelle et de trahison de l'espace de confidentialité en violant éventuellement directement ou indirectement le secret professionnel.

C'est pour cette raison que je vous saisi, afin d'avoir un avis éclairé et éthique quand à notre participation à cette dite Commission.

Au sujet de la confidentialité, de sa dimension pragmatique soulignée par X :

- Incompréhension culturelle, l'AP y voit un formalisme sans contenu (et je crois donc que ce n'est peut-être pas très politique de dire que les confidences sont souvent bien banales) parce qu'en fine elle projette sa méthode ancestrale totalitaire d'un savoir sur le prisonnier (nous, c'est avec lui) et de préférence à son insu. Le pragmatisme de l'AP est un énoncé du type " mais enfin Docteur, ils n'en sauront rien". Ce que je dis là relève de l'expérience tout autant que de l'analyse, je l'ai entendu dire.

- Il est parfaitement naturel qu'un prisonnier cherche à améliorer sa condition contre le règlement le cas échéant dans les limites où il est discutable (indiscutable selon l'AP, c'est inévitable on peut l'admettre, mais il faut alors accepter aussi philosophiquement son envers): portables, produits interdits, sexualité, par exemple. En outre, certains peuvent être dans une situation difficile: attaches affectives avec des complices recherchés, relations clandestines (maîtresse, enfants cachés ou à naître pas exceptionnels chez les ados), dénonciation, craintes sur d'autres affaires etc.. Pour la qualité-fluidité de la confiance, et sa fonction économique d'apaisement, il faut que les prisonniers sachent que le secret est garanti, non pas seulement qu'il le soit (au centre des arguments la plupart du temps) mais qu'ils puissent imaginer le plus possible qu'il l'est. Je crois que l'OIP pourrait -être contributive sur différents plans dans ces choses-là. Ne pas négliger le fait que le secret pénitentiaire est de qualité inégale (médiocre serait trop fort) quand il concerne l'intimité des prisonniers.

- A la demande de mon ami X je vais un peu dogmatiser : Il en va aussi d'une invitation autoréalisatrice à l'humanisation. Cela fait partie à mon sens de l'éthique de la loi de 1994. Que cette chose difficile, vécue sous pression, soit garantie, est une prise en considération d'importance. J'imagine volontiers que les religieux en prison se sont posé cette question en leur temps.

- Le retrait organisé par des actes fonctionnels que je préconise n'est peut-être pas possible au total politiquement. Je crois alors qu'on devrait parvenir à une Charte qui serait affichée dans les salles d'attente UCSA-SMPR (UHSA), qui évoque la question du secret sans passer sous silence les zones et les modalités de son caractère

relatif. Cela renforcerait par ailleurs notre position dans les conflits locaux avec l'AP car on pourrait s'y référer en tant qu'engagement officiel et collectif pris envers nos patients. J'ai bien entendu que beaucoup d'entre nous estime que l'éthique relève du fort de chacun de nous; c'est évident mais je pense qu'il faut le contextualiser.

Je crois qu'il faut réfléchir à une filière psy judiciaire (à partir du modèle de la loi de 1998 par exemple, je pense en particulier au médecin coordonnateur interlocuteur du magistrat), avec son statut, sa méthodologie, ses locaux : qui prenne en charge les demandes judiciaires pys en prison.

Bon, nous voilà tous dans de bien beaux draps...

Je ne pourrais pas être à Grenoble, bien que tout me soit grassement remboursé, je serai réellement au purgatoire le jeudi 2 : convocation à la préfecture pour être vertement grondé, il paraît que les médecins des UCSA (en particulier ceux de X) coûtent trop cher... à la société. Ils ne réfléchissent pas quant ils prescrivent des traitements psychotropes qui peuvent être avalés en trop grosse quantité et conduire ainsi des personnes en réanimation, Ha là là ce que coûte une garde de police... C'est finalement comme ça qu'on évalue le prix du maintien en vie des personnes en crises suicidaires : le coût médicamenteux avant le passage à l'acte, le coût de la réanimation après le passage à l'acte, le coût de la garde de police (très très chère...) les coûts des coups de fils et des enguelades entre les divers services et le prix de la trouille pour ses fesses de chacun des intervenants (des soignants aux pénitenciers) face aux décisions administratives d'une autorité préfectorale qui ne cherche qu'à gérer une pénurie de moyens en s'accommodant des règles de droit... Finalement le dilemme est assez étonnant, soit on traite des patients en crise suicidaire et on prend des risques économiques, soit on ne les traite pas: on les repère, on les surveille et on demande au soignants de les accompagner jusqu'au raptus ou au passage à l'acte...mortel évidemment, puisqu'il ne faut surtout pas arriver trop tôt après le geste, ainsi ça ne coûtera pas trop cher si ce n'est le prix d'une levée d'habilitation pour le praticien (pas de médicament, pas de réa, pas de garde de police, juste quelques papiers à signer et une lettre recommandée à envoyer et une statistique en plus...la personne, la famille ??). Comme le disais X, on nous demande déjà des résultats puisque les moyens ne nous sont plus accordés...

J'arrête là ma diatribe, mais c'est bien le reflet d'une actualité réelle au CP de X, où il est reproché d'avoir eu à garder trois personnes en réanimation à l'hôpital après des IMV et à partir du coût économique de ces soins et de leurs gardes on demande au médecin responsable de l'UCSA (moi en l'occurrence) si la décision médicale du mode d'administration des traitements tient compte de la gestion des risques économiques d'un mésusage, je me savais polyvalent mais je ne pensais pas être ni omniscient ni prévisionniste... quand à savoir si la personne qui questionne s'était intéressé auparavant à connaître la procédure déjà écrite du circuit du médicament avant de mettre en doute le sens des responsabilités professionnelles des praticiens prescripteurs...Je pense être là tout à fait perspicace...

Si vous rencontrez le contrôleur général des prisons le vendredi 3, vous pourrez éventuellement lui raconter cette histoire, (car je crains de ne pas pouvoir le faire moi même), non seulement il ne faut pas se tromper dans des disciplines ou matières qui ne sont pas les nôtres, mais en plus il vaut mieux ne pas trop bien prendre en charge les personnes détenues, ni dans le dépistage des états de crises suicidaires (il vaut mieux les oublier dans l'établissement de *liste de conduites dangereuses pour surveillances spéciales*) ni dans les conséquences économiques d'un geste suicidaire qui aurait du être prévenu (les médicaments sont, c'est bien connu, des objets létaux)...

Des actions

Si tous les médecins décidaient de faire systématiquement des certificats d'incompatibilité à chaque appel au QD et demandaient chaque fois des expertises aux magistrats, je crois qu'il y aurait là un grain de sable capable de gripper le système, et d'obliger les pouvoirs publics à reconsidérer la question des QD et du statut de la médecine en milieu pénitentiaire. C'est tout, ce n'est pas grand-chose, mais je ne vois actuellement pas d'autres moyens d'action. Nous n'attendons pas une prison idéale mais le respect des fondamentaux de la médecine en milieu carcéral.

Il me semble que l'heure est assez grave pour que l'on s'arrête (et le temps est pour moi dépasser des actions QD et autres). On s'arrête tous le plus tranquillement possible on ne gère que les urgences, on envoie tous les malades à l'hôpital, on médiatise (bien sûr) et on demande un moratoire en urgence pour aborder tous les aspects du travail qui sont en danger. Bien sûr ça va nous demander de l'énergie, de la cohérence, de mettre de côté les problèmes internes. Mais je pense que c'est le moment sinon on va continuer à s'agiter à s'envoyer des diatribes enflammées par email pour se défouler mais on continue à participer à tout ça tout en disant qu'on ne veut pas y participer.

Un des principes fondamentaux de la démocratie est le droit d'opinion, d'expression de réunion... et de grève !!!!! On a notre mot à dire et nous sommes une force car sans nous ils ne peuvent pas faire grand-chose (ce ne sont pas les quelques électrons libres qui sont parmi nous qui doivent nous inquiéter). Il me semble que l'une de nos missions est la protection des patients les plus vulnérables !!!!!

Je vous l'accorde, c'est le bordel !

Les collègues UCSA seront invités à l'AG du 1^{er} décembre.

La rencontre au cabinet Bachelot a été assez consternante : le confrère de Rouen (Dr X) n'est pas réintégré pour l'heure et nous sommes tous des Dr X en puissance selon le mot ad hoc de Y ; notre demande de recadrage significatif de la Justice (secret professionnel partagé, pluridisciplinarité, évaluation expertale, prévention de la récidive, médicalisation de l'emprisonnement) par la Santé (indépendance professionnelle, médecine décentrée et articulée, soin à la personne, last but not least amélioration des conditions de détention plutôt que médicalisation de celles-ci) aurait été entendue. Nous avons bien du mérite.

L'audition par la mission Couty (organisation et missions de la psychiatrie) a duré 30mn sans questions. Mais le représentant de la FHF tient pour acquis qu'aujourd'hui, c'est comme ça et pas autrement, les malades mentaux vont en prison. Nous avons bien du mérite.

Dans les commissions prévention du suicide (mineurs), la DAP veut toujours plus de médecins (dont pédopsychiatres) dans les prisons. Nous avons bien du mérite.

Pour le fun : ci-joint un courrier d'un directeur de prison à son DISP au sujet de la non participation des services de santé aux commissions pluridisciplinaires d'affectation en détention (na !). Il va de soi qu'il n'est pas question d'y participer sauf à vouloir changer de métier (quoique plagiste.....). Nous avons bien du mérite.

Bref, nous voilà bien ! Entre colère et moral à zéro.

Mon sentiment est qu'il faut tenir un cap, celui du soin à la personne malade ou en souffrance, dans notre champ de compétence et pas celui de l'autre.

Les modalités d'action à présent. Que demandons-nous et à qui ? Quels moyens ? Le glissement qui s'opère est-il insidieux ou pouvons-nous repérer une bascule ? Sur quoi cibler notre focus ? La politique pénale qui se traduit par toujours plus d'emprisonnement ? Le désengagement de la psychiatrie de service public qui s'accommode si bien de l'incarcération des malades mentaux (et bientôt des centres de rétention) ? La régression sociétale repliée sur ses peurs et racismes ordinaires ? Pas simple de répondre.

Qu'attendons-nous d'une déclaration systématique de non compatibilité avec le QD, l'isolement prolongé, l'encellulement à plusieurs ?

Devons-nous systématiser les HO pour les patients en souffrance psychiatrique aiguë ?

Ok ce serait le bordel dans les prisons et les hôpitaux de rattachement mais que pourrait-on en espérer comme réponse/changement/prise de conscience ?

Mais ok derechef pour mettre au point une stratégie conjointe UCSA – DSP/SMPR.

Je ne vois pas où tu veux nous amener sinon à la suppression du Q.D.

Mais:

1) Ton paragraphe sur les règles du Droit et sept heure du soir ouvre une ambiguïté.

2) Surtout, tu dis que la suppression du QD n'est pas dans notre propos. Puis-je me permettre de te demander de préciser ta pensée ?

Pour l'abolition du QD, X connaît ma position exprimée dès nos premières rencontres sur la prévention suicide en 2003.

Ok pour la suppression du QD. Attention à la prise à revers par une énième proposition d'implication psy dans le QD. En d'autres termes, il faut être archiclairs et déterminés pour partir dans cette direction - ça rejoindrait la tentative qu'avait faite l'OIP de l'attaquer comme traitement inhumain et dégradant qui n'avait pas été suivie par le Conseil d'Etat, faute d'une notion d'intentionnalité si ma mémoire est bonne. Question des alliances ?

Je pense mes bons amis que nous devons maintenant en finir avec les états d'âme et adopter des positions plus agressives et de rappel réglementaire. Le retrait de l'agrément comme je l'ai dit dans mon dernier mail ne peut être le résultat d'un billet d'humeur de qui que ce soit et il appartient à notre tutelle de nous défendre mieux au lieu d'être passive et soumise devant les excès de l'AP ; La suspension de l'accès à l'établissement par le directeur ne peut –être qu'une mesure de police transitoire lorsque la sécurité ou l'ordre public sont menacés à l'intérieur, ce qui ne saurait être le cas à Rouen. Que fait l'inspection ??? Il est urgent de faire monter les IGAS au créneau.

Les mesures gag annoncées n'ont même pas à ma connaissance éveillé l'intérêt du Conseil National de l'Ordre ni des médecins...

Nous allons tout droit à la médecine SODEXHO que je dénonce depuis quelques années avec possibilité par la Pénitentiaire de reprendre les contrats de la prestation médicale d'une année sur l'autre ou de changer unilatéralement le cahier des charges dans la passivité des Directeurs d'Hôpitaux ou des MISP. J'ai découvert que dans ma propre région on avait « envisagé » m'a-t-on dit par ce qu'il y avait estimé-on mauvaise articulation (!) entre les équipes AP et médicales à x) de changer l'Hôpital de rattachement sans même que le problème, qui est d'ailleurs traité régulièrement et en voie d'amélioration sur le terrain, ait été envisagé sur le plan institutionnel interne dans un véritable acting out.

Exigeons à Grenoble une rencontre au plus haut niveau. (Nous serons peut-être sauvés par un congé de maternité, on ne sait jamais...) Voilà pourquoi je pense aussi que vous ne devriez pas laisser tomber la proposition De Y de se réunir même à quelques uns à Lille

Sanction inacceptable pour notre confrère de Rouen, inacceptable et incompréhensible qui mériterait une réponse plus musclée de notre part. Il ne s'agit pas de démissionner et de quitter le navire quand il prend l'eau mais de reprendre la barre de nos missions. Qui d'autre a été sanctionné dans cette affaire ?

Quelle faute reproche t on à ce praticien ?

Faute de preuve d'une faute professionnelle grave avec atteinte à la sécurité de l'établissement, peut on tolérer que ce soit un médecin qui fasse seul les frais d'une politique sécuritaire qui a créé les conditions de ce drame ?

Non, il faut réaffirmer notre refus de cautionner ces pratiques totalitaires par un mouvement de protestation plus radical, refus de participer aux réunions de l'AP, journées de grève, systématisation des certificats d'incompatibilité au QD, au QI, demandes d'expertises pour chaque patient vu et que sais je encore?

Du suicide

Contre le meurtre ou suicide en prison: bientôt des interphones. Des interphones vont être peu à peu installés dans les cellules des établissements pénitentiaires pour tenter de prévenir les suicides ou les meurtres de codétenus, a annoncé mardi la garde des Sceaux Rachida Dati. "L'interphonie va être développée et généralisée dans pratiquement tous les établissements pénitentiaires", a assuré la ministre devant une formation réunissant la commission des finances et celle des lois de l'Assemblée nationale. Expliquant avoir découvert ce système la veille en inaugurant un bâtiment de la prison de Fleury-Mérogis (Essonne), Rachida Dati a souligné que ce moyen était "extrêmement important pour que le co-détenu puisse appeler en cas de difficulté".

En fait Rachida, elle est sympa, un petit côté scout... Sa découverte existe depuis la création de Fleury, ça doit faire près de 40 ans. Ca doit pouffer sec à l'AP !

Le suicide du mineur à Metz montre les limites de nos systèmes.

Faut-il incarcérer les mineurs de 16 ans ? Si c'est absolument indispensable, il est malgré tout évident que le risque que l'adolescent le vive difficilement est grand.

L'adolescence se prête volontiers à la mise en jeu du corps et à la prise de risque/provocation.

Ne croyons pas que la présence/intervention du médecin réduira significativement ce risque largement surdéterminé par le fait même de l'incarcération.

La réponse n'est pas davantage médicale que pénitentiaire ou éducative. C'est une alchimie complexe et liée.

Peut-être faut-il dans certains cas réinterroger le principe de l'encellulement individuel ?

De plus, la question de la gestion adéquate (ferme sans « copinage » ni autoritarisme) par les adultes des demandes (souvent dans la surenchère) nécessite un grand professionnalisme de la part des personnels pénitentiaires et est objectivement difficile.

Sur le thème de la pluridisciplinarité, je trouve qu'elle existe déjà du fait de la position certes décentrée mais articulée des soignants.

La particularité des informations (entendues, vues ou simplement comprises) que possède un médecin traitant au sujet d'un patient est qu'elles sont ainsi par nature à caractère médical et confidentiel. Donner des informations pour un médecin ne doit se faire qu'à très bon escient : au patient lui-même (relativement facile encore que...), à ses proches (avec son accord), à des tiers (par dérogation légale ou nécessité vitale).

L'efficacité thérapeutique est à ce prix. Elle tient à ce que les patients savent pouvoir se confier à nous, nous montrer leurs plaies et leurs bosses sans pudeur et sans honte, en toute confiance et confidentialité. Au demeurant, les confidences sont souvent d'une bien grande banalité.

La pluridisciplinarité pour moi, médecin traitant, comporte 2 aspects :

- Un aspect organisationnel qui ne devrait pas poser de problème : définir comment travailler ensemble et savoir qui fait quoi : accueil des arrivants de liberté, de transfert, gestion des signalements urgents ou non, ouverture des droits sociaux, organisation des relais à la sortie de prison (hébergement, revenus, soins si nécessaire), entretien des locaux, horaires de travail... Ces questions doivent se traiter en réunions de Comités divers dont le Comité Santé (tel que défini dans le guide méthodologique)
- Un aspect singulier c'est-à-dire centré sur l'usager, soit la personne détenue, plus délicat mais somme toute gérable : en règle générale l'information passe par la personne qui est au centre du dispositif (certificats médicaux de suivi notamment). Des informations à caractère non médical et non confidentiel peuvent être données pour faciliter le travail des autres professionnels, avec l'accord de la personne ou en tout état de cause en l'en informant. Du reste, il est très utile de connaître les dispositions de sortie pour les préparer. Evidemment, le risque pour soi ou pour autrui du fait des troubles psychiatriques fait partie des informations qui doivent circuler (au cas par cas et en commission santé terme que je préfère à prévention des suicides)...sauf que cela n'est nullement une science exacte !

La dimension d'évaluation expertale psychiatrique n'appartient pas à la démarche pluridisciplinaire, elle la ponctue.

Les directeurs de prison ont de grandes responsabilités. Les médecins aussi.

C'est peut-être surtout une question de confiance réciproque.

Lorsque je donne un avis (et non un certificat médical : on nous en demande à tort et à travers me semble t'il) sur le fait que tel détenu en détention a un risque suicidaire et qu'il vaudrait mieux « le doubler », j'ai, autant que faire se peut, évalué le risque auto et hétéroagressif et le directeur décide en conscience et en confiance. Nous pouvons nous tromper. Et du reste, malgré des repérages collégiaux de personnes à risque surveillées en tant que telles, nous avons eu à déplorer des suicides en nombre au CPM comme vous le savez.

Dans les locaux du SMPR, l'affectation en cellule est une décision médicale (puisqu'il s'agit d'une hospitalisation) qui tient compte des pathologies (souvent graves) et des profils des patients et des locaux. Là encore, c'est l'information (utile) et la confiance réciproques qui permettent le bon fonctionnement du service et des soins. Mais nous ne sommes pas à l'abri d'un problème.

Au fond, que serait pour vous une pluridisciplinarité digne de ce nom ?

Et quels types d'informations vous semblent nécessaires à connaître ?

Et voici une proposition de résolution déposée au Sénat sur la création d'une commission d'enquête sur les carences du dispositif français d'évaluation des risques suicidaires en prison. On continue sur la lancée (cf. ci-dessous, le texte présenté au sénat) :

PROPOSITION DE RÉOLUTION

*tendant à la création d'une **commission d'enquête sur les carences du dispositif français d'évaluation des risques suicidaires en prison,***

PRÉSENTÉE

Par Mmes Alima BOUMEDIENE-THIERY, Marie-Christine BLANDIN,
Dominique VOYNET, MM. Jacques MULLER et Jean DESESSARD,
Sénateurs

(Renvoyée à la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames, Messieurs,

Un détenu s'est pendu vendredi 17 octobre 2008 dans sa cellule de la maison d'arrêt d'Ensisheim (Haut-Rhin). Un autre détenu a mis fin à ses jours mercredi 22 octobre 2008 dans sa cellule de la maison d'arrêt de Loos.

Devant la recrudescence des suicides de détenus depuis le début de l'année, une réflexion doit être menée concernant l'évaluation du risque suicidaire dans les prisons françaises, et la prise en charge psychologique des détenus se trouvant dans cette situation.

Les chiffres sont édifiants : selon l'Observatoire international des prisons, on assiste à une augmentation brutale de 27 % des suicides décomptés au premier semestre 2008 par rapport à la même période de 2007 dans les prisons françaises.

La loi pénitentiaire, qui sera examinée en janvier 2009 par la Haute assemblée, ne fournit aucune garantie concernant la prévention des suicides en prison. Elle n'aborde pas la question centrale de la protection du droit à la vie des personnes privées de liberté ni ne prévoit de dispositifs spécifiques concernant la prise en charge des détenus présentant des risques suicidaires.

Pourtant, une réflexion doit être menée dans ce champ. Il incombe au Parlement de faire toute la lumière sur les dispositifs et grilles d'évaluation existant en matière de prévention du suicide en prison.

Le 16 octobre 2008, la France a été condamnée par la Cour européenne des droits de l'homme, pour n'avoir pas « protégé le droit à la vie » d'un détenu psychotique qui s'était pendu dans sa cellule en 2000.

La France est ainsi sommée de revoir son système d'évaluation et de prévention des suicides en prison, sous la surveillance étroite des institutions du Conseil de l'Europe.

Cette décision constitue une invitation à remettre en cause le système actuel de prévention des suicides en prison, au profit d'un système plus efficace, et mieux à même de répondre aux problèmes que connaissent aujourd'hui nos prisons.

Le phénomène spécifique des suicides des mineurs détenus doit également faire l'objet d'une attention particulière. Depuis décembre 2004, la Commission nationale consultative des droits de l'homme demande qu'« une étude comparative soit réalisée pour mesurer précisément les spécificités du phénomène de suicide des mineurs détenus ». Une telle étude n'a jamais été menée, ou si c'est le cas, n'a jamais été publiée. Pourtant, elle serait utile à mieux appréhender le phénomène du suicide de cette catégorie de personnes particulièrement vulnérables. De manière générale, une certaine opacité règne en matière de statistique relatifs au suicide en prison : les rapports annuels de la commission centrale de suivi des actes suicidaires en milieu carcéral ne sont à ce jour pas accessibles au public, ni aux parlementaires.

Ainsi, le Sénat s'honorerait de conduire lui-même une enquête parlementaire qui pourrait déboucher le cas échéant sur la formulation de recommandations à l'attention du Gouvernement, dans la perspective de la création, à l'initiative de Mme Rachida DATI, ministre de la Justice, garde des Sceaux, d'un groupe de travail chargé de mener une réflexion sur les conditions de travail des personnels pénitentiaires et les violences en détention.

Associant les parlementaires à une matière qui relève du pouvoir réglementaire, cette commission d'enquête permettrait de faire la lumière sur les outils nécessaires à une meilleure appréhension du suicide en prison et ferait la lumière sur les carences du dispositif existant. Partant, elle contribuerait à redéfinir un modèle de prise en charge des détenus présentant un risque suicidaire et contribuerait à éradiquer le suicide en prison.

Aussi, nous vous demandons, Mesdames, Messieurs, de bien vouloir adopter la proposition de résolution suivante.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Article unique

En application de l'article 11 du règlement du Sénat, et de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, il est créé une commission d'enquête de vingt et un membres chargée :

1° de déterminer les circonstances exactes ayant conduit au suicide de 91 détenus depuis le 1er janvier 2008 ;

2° d'évaluer la qualité des dispositifs existant en prison pour l'évaluation des risques suicidaires des détenus ;

3° d'évaluer les conséquences des conditions de travail des personnels pénitentiaires sur la prévention des suicides en prison ;

4° d'évaluer précisément les spécificités du phénomène de suicide des mineurs détenus ;

5° d'évaluer le dispositif existant concernant l'accès aux soins et le suivi psychologique des personnes fragiles.

- la question du suicide est à l'évidence un des chevaux de Troie de notre intégration au complexe judiciaire-pénitentiaire sur fond d'émotion et de bon sens près de chez nous, soit une des déclinaisons de la problématique de la "défense sociale". Intéressant à cet égard me paraît le dernier courriel de notre collègue X : sur des possibilités fonctionnelles de notre participation naturelle à la prévention du suicide qui préservent notre identité en rappelant qu'elle n'est pas engagée que sur ce plan là (problème de fond de notre situation de monopole des soins dont je pense d'ailleurs qu'elle devrait réenvisagée pour tout ou partie de l'impact des modalités d'applications des peines sur la Médecine en milieu pénitentiaire).

- question de sensibilité sans doute, de principe du traitement humain du criminel aussi, j'avoue avoir toujours été un peu plus que sceptique, agacé parfois, sur les préoccupations concernant le suicide en prison, alors que le QD avec sa sursuicidité connue (bien établie ? je ne connais pas la ou les études de référence; attention aux statistiques rumeurs qu'on trimballe comme le rappelle souvent Zagury sur celles de l'irresponsabilité pénale) est un tabou politique.

- sur l'éradication, et dans le même ordre d'idée statistique, j'avais été frappée par l'incise du rapport Terra concernant le Pays de Galles si ma mémoire est bonne qui apparaissait des populations sous main de Justice (les unes incarcérés, les autres non): il pourrait y avoir une sous-suicidité en prison, à mon avis par modification du champ de causalité (ce ne seraient pas les mêmes qui se suicident) mais là on part dans l'étude hyperfine où il faudrait aussi interroger le statut des conduites à risque. Comment trouver le tact politique de ce genre de mise en perspective ?

- grosse question de la rapidité de l'intervention pénitentiaire dans les situations de suicide. Question de moyens, de procédures et de mentalité. Exemple du CD de Salon de Provence où les moyens humains affectés aux miradors sont depuis des années préférés aux effectifs pénitentiaires au QI/QD (enquête personnelle par recoupements auprès de différentes sources pénitentiaires: à certaines heures, 10 à 30 minutes avant l'ouverture d'une cellule QI/QD). Dans le même ordre d'idée, faut-il toujours en

moyenne 20 minutes pour l'ouverture de la porte d'une cellule la nuit en SMPR ? L'autopsie des suicides parvient-elle bien à documenter cette dimension ?

« Eradiquer le suicide en prison... », ce n'est pas demain la veille tant les facteurs de passage à l'acte sont complexes mais bon... toutes les initiatives sont bonnes.

Une expérience : Le week-end dernier à l'établissement pour mineur, le sous directeur de l'établissement a refusé que l'infirmière délivre les traitements à une jeune tels qu'il était prescrit car il estimait que c'était trop risqué (risque d'IMV). L'intrusion dans le soin est permanente malgré les bonnes relations que nous entretenons avec les directeurs de l'AP. Les communiqués et circulaires de Me La Garde des Sceaux n'y sont pas pour rien!

Bien d'accord avec la façon de X d'élever le débat. Je soutiens auprès de tous les partenaires (c'est un Je de modestie, évidemment pour ne pas dire que c'est ce qu'il faut faire etc.) qu'on ne peut que prendre le risque de l'autre d'une façon générale quand on échange dans la Parole autrement que dans le Discours et donc qu'on laisse l'autre en disposer sans maîtriser les deux termes de la communication, vouloir éradiquer le suicide relève d'une violence bien plus grande que celle que nous vivons dans le risque et conduit à nier l'autre, à n'assurer au mieux et temporairement que sa survie et non sa vie. On ne peut pas empêcher les détenus de vivre pour les empêcher de mourir et je ne les attacherai pas sur leur lit. Ce qui est dramatique c'est la conception défensive perverse à la quelle tout nous conduit actuellement: quand on veut une administration "irréprochable" on ne peut que renvoyer "la faute" sur autrui, détestable façon d'être et en tout cas incompatible avec une attitude thérapeutique. Avoir le désir que l'autre vive est autrement plus exigeant que d'appliquer un protocole antisuicide pour se mettre à l'abri des poursuites.

De l'expertise

La ministre de la justice, Rachida Dati, a demandé vendredi la mise en place d'une grille d'évaluation de la dangerosité des détenus pour donner une base scientifique aux experts psychiatres. Lors d'un colloque intitulé "Neutraliser les grands criminels" organisé vendredi à l'Assemblée nationale, la ministre de la justice s'est engagée à améliorer plusieurs domaines dans ce secteur dont l'évaluation de la dangerosité. "Je souhaite la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire en vue de l'élaboration d'une grille d'évaluation à la française", a déclaré la ministre de la santé. Elle souhaite s'appuyer sur les conclusions du rapport 2006 du député UMP Jean-Paul Garraud (Gironde) qui avait plaidé pour l'élaboration "d'outils d'évaluation de la dangerosité criminologique pouvant être utilisés au soutien d'un examen clinique". "Il faut que nos experts psychiatres puissent répondre à leur mission médico-légale sur une base scientifique", a déclaré la ministre de la justice. Rachida Dati a indiqué qu'il fallait aussi améliorer l'offre de soins aux personnes condamnées, qu'elles soient en prison ou libres. "Un suivi adapté et efficace doit leur être proposé lorsqu'elles sont astreintes à une obligation de soins", a dit la ministre. Elle a rappelé que le gouvernement avait revalorisé les missions des médecins coordonnateurs et des experts psychiatres et que les procureurs de la République et les juges de l'application des peines avaient été mobilisés pour sensibiliser plus de médecins sur la mission de coordonnateur. Plusieurs cours d'appel ont mis à l'ordre du jour de leur conférence régionale sur les aménagements de peine cette question du recrutement de médecins coordonnateurs.

Bientôt elle dira aux chirurgiens comment il faut opérer....

Seulement pour la castration et si les chirurgiens n'ont pas clairement marqué les limites de leur exercice.... Le minimum serait que les psy aient une position claire et ferme.

Monsieur le Président de l'Ordre Départemental des Médecins,
Cher confrère,

Je me permets de porter à votre attention les éléments suivants afin de solliciter un avis ordinal.

Le mercredi X octobre dernier, le docteur Y effectuant une mission expertale au Centre de Détention de Z a insisté auprès des personnels soignants de l'UCSA afin que le dossier médical du patient lui soit remis. Cet expert a voulu photocopier l'intégralité du dossier du patient, acceptant cependant de remettre, de mauvais gré, à l'infirmière chargée des soins psychiatriques, la partie « dossier psy » qui lui était demandée. C'est là, qu'en entrant dans le secrétariat de l'UCSA, j'ai constaté que cet expert photocopiait, sans l'en avoir préalablement informé et sans en avoir fait la demande auprès du médecin traitant, le dossier médical confidentiel du patient. J'ai alors prié le docteur Y de bien vouloir me remettre ce dossier, ce qu'il a refusé de faire, tout comme il a soustrait le dossier lorsque d'un geste, j'ai tenté manuellement de le récupérer. J'ai alors eu une véritable altercation avec cet expert, au cours de laquelle j'ai tenté de lui expliquer qu'il était en faute sur le plan légal, qu'il n'avait pas à se procurer de la sorte les éléments du dossier et à les photocopier, qu'il ne respectait ni les règles déontologiques de notre profession, ni les principes de base de l'entretien expertal. Je lui ai également rappelé que je lui avais précédemment demandé de ne plus avoir ce type de pratique, et qu'en récidivant de la sorte il méprisait de fait, la confraternité la plus élémentaire et mes exigences de Chef de Service, pénalement responsable en terme de secret professionnel. Monsieur Y s'est par ailleurs montré sourd à mon argumentaire relatif à l'importance d'une différenciation bien marquée, en milieu carcéral, entre dynamique de soin et logique judiciaire, raison pour laquelle j'exigeais que les expertises judiciaires se déroulent, comme dans beaucoup d'établissements pénitentiaires, en dehors du service médical.

A plusieurs reprises, j'ai prié cet expert de bien vouloir quitter les locaux de soin de l'UCSA, ce qui n'a pas été sans mal, mais fut accepté, compte-tenu du soutien que les soignants présents au service médical ce jour-là m'apportèrent. Alertant la Direction de l'établissement pénitentiaire et qualifiant probablement mon attitude de « entrave au bon déroulement de la justice » (ce qui fut énoncé par la directrice-adjointe à posteriori), Mr Y est revenu peu après à l'UCSA, accompagné du Directeur de la prison, de l'Attachée de Direction, du responsable de la sécurité et d'un surveillant pénitentiaire. L'expertise fut alors imposée par la Direction de la prison, au sein de l'UCSA, au motif que les locaux du service médical appartenaient à l'Administration Pénitentiaire et que le Directeur décidait, seul, de leur attribution !

Je me permets donc, Monsieur le Président, de saisir l'Ordre des Médecins, aux fins de :

- instruire l'épisode relatif aux pratiques professionnelles de cet expert afin que toutes les mesures, disciplinaires ou de rappel des textes réglementaires, soient prises au niveau départemental,
- rappeler le cadre légal et les règles de bonnes pratiques relatives aux informations pouvant être échangées entre la Justice et la Santé, entre le médecin traitant et l'expert, notamment au regard du dossier médical. Il semblerait ainsi que certaines missions confiées aux experts comportent une ligne précisant : « se faire communiquer le dossier médical de l'intéressé ». Cette formulation est-elle légale ?

- émettre des recommandations, avancer des propositions ou affirmer des positions Ordinales, quand à cette question plus générale des expertises se déroulant au sein des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires. Dans ce sens, une réflexion doit avoir lieu au niveau National de l'Ordre, me semble t'il, mais sachez que les professionnels consultés en groupe de travail national autour de Me PETON-KLEIN de la DHOS, ont souhaité que les UCSA restent un lieu de soin exclusif, et que les expertises ne s'y déroulent pas ou plus,

- rappeler ou préciser le statut des locaux des UCSA : rattachés aux dispositifs publics hospitaliers, l'organisation de l'activité médicale appartient bien aux dispositifs sanitaires. Cependant, toutes les tentatives négociées ayant échoué, un Directeur d'Etablissement Pénitentiaire peut-il, au final, imposer la réalisation d'un acte expertal de nature judiciaire au sein d'une UCSA ?

Ces mêmes questions vont être adressées aux Tutelles Sanitaires et aux organisations professionnelles des soignants intervenant en milieu pénitentiaire afin que des arbitrages, somme toute assez simples, puissent avoir lieu dans les meilleurs délais.

Touchant aux repères déontologiques, à l'éthique de notre profession, à l'espace de confidentialité que nous devons à nos patients et qui fonde la relation de Soins, cette question qui n'est pas nouvelle, me semblait devoir être à nouveau portée devant l'Ordre des Médecins.

Docteur Psychiatre, Praticien Hospitalier
Chef de Service

Cher collègue et ami,

L'épisode que tu relates est grave, contrevenant à des règles déontologiques essentielles.

L'exercice de la médecine et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire nécessite comme ailleurs mais plus qu'ailleurs, une grande rigueur.

Un expert ne peut méconnaître les règles déontologiques de la profession, la nécessaire distinction entre la position thérapeutique et la position expertale, la nécessité d'un accord explicite (et écrit) du patient (dûment informé) pour la consultation de son dossier médical, le caractère purement formel de l'expression « se faire communiquer le dossier médical de l'intéressé » (une saisie judiciaire est en revanche toujours possible et même souhaitable le cas échéant, car alors toutes les pièces sont saisies et non soumises à l'arbitraire du tri des informations).

De plus, des informations relatives aux soins en cours peuvent être toujours délivrées au patient à sa demande (attestations et certificats médicaux).

Un directeur pénitentiaire ne peut faire fi des logiques de partenariat mises en place par la loi de 1994. Les UCSA sont clairement identifiées comme le lieu où se déroulent les soins, espace de confidentialité et d'intimité, sous responsabilité médicale. L'intrusion des expertises dans cet espace est inappropriée, propice à la confusion des genres, quand il est si simple de prévoir au niveau des parloirs avocats un box équipé d'une table d'examen.

De plus, la qualité d'UCSA l'est par nature et non par attribution.

Cette situation n'est pas isolée, alimentée par des malentendus et méconnaissances des champs réciproques d'exercice, qu'il convient de lever.

A cet égard, l'Ordre des Médecins a toujours soin de rappeler les règles d'exercice.

Et le dialogue Santé – Justice est suffisamment ancien et solide pour que ces points de crispation inutile puissent être dépassés.

En ma qualité de responsable, je serai attentive à l'évolution de cette situation exemplaire.

L'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire est difficile (pénibilité des conditions de travail, lourdes responsabilités, morbidité et précarité de la population, impact de la surpopulation pénale etc...), je ne voudrais pas que le découragement gagne les médecins parmi les plus motivés.

Monsieur le Président du conseil départemental de l'Ordre,

Merci encore pour votre appel téléphonique et votre soutien.

-Pour l'aspect local relatif au comportement « anti-déontologique » du Dr Y, je vais donc donner suite en déposant une plainte Ordinale.

-Pour l'aspect général (qui me tient plus à cœur, vous l'avez compris), je vous ré-adresse donc copie du courrier de, . Une grande majorité des médecins psychiatres ou des somaticiens travaillant au sein des SMPR et des UCSA, souhaite que les services médicaux des prisons soient des lieux de soin exclusifs et que les expertises ne s'y déroulent pas ou plus. Nos collègues experts, auxiliaires de justice, doivent disposer de locaux adaptés mis à disposition par l'administration pénitentiaire, en dehors des UCSA ou SMPR. Les dispositifs hospitaliers déployés au sein des prisons doivent rester identifiés strictement (même du point de vue architectural) comme lieux de la confidentialité et du soin. S'il y a là enjeu éthique et déontologique, j'y vois surtout, en tant que praticien, un enjeu thérapeutique et d'accès au soin pour les personnes détenues.

-Merci donc de porter cette question dès demain devant les instances Ordinales Nationales.

-Les responsables des Tutelles Sanitaires Départementales (Me A), Régionales (Me B), Nationales (Me C) connaissent cette ancienne préoccupation des médecins exerçant en milieu pénitentiaire. Un texte de cadrage simple et clair permettrait de dépasser définitivement la question.

De l'analogie entre nos pratiques contemporaines sécuritaires et les pratiques totalitaires

Pour ma part, je ne souhaite pas participer aux stratégies d'élimination qui sont à l'œuvre dans les dispositifs de rétention de sûreté et ce ne sont ni les structures des Pays Bas (loi de 1928) ni de l'Allemagne (loi de 1933) qui me feront changer d'idée. De même que je ne souhaite pas assurer le contrôle des classes dangereuses par l'utilisation de la pensée actuarielle.

La psychiatrie est certes plurielle mais je vous invite à lire « L'industrie de la punition (prison et politique pénale en occident) » de Nils Christie, criminologue norvégien, aux éditions Autrement.

Il y a un passage tout à fait intéressant sur la production d'indifférence morale dans les sociétés modernes et singulièrement à propos de l'holocauste. Les médecins y jouaient bien entendu un rôle essentiel. Sur les quais de débarquement, il y avait toujours des médecins, un signe de tête à gauche, extermination immédiate, à droite, une sorte de vie dans le camp de travaux forcés. Il était important de ne pas céder sur un point : il fallait que la décision soit une décision médicale. Sans médecins sur le quai cela aurait été une tuerie. Excessif ? Les pensées sont impensables jusqu'à ce qu'elles soient formulées.

Lorsque je suis intervenu au colloque de X, un type qui ne te ressemble pas du tout, ce genre de mec froid à la pensée froide qui relève d'un diagnostic d'inspection, a dit que j'étais un Mengele contemporain. Remous dans la salle pourtant trotskiste à souhait qui m'éreintera par la suite (pas toute), tandis que l'inspiration de l'instant me faisait me boucher les oreilles.

Il est pourtant vrai qu'il y a un fond anthropophage dans certaines expressions de la pulsion épistémophilique, mais si on commence en Société à interpellier l'autre sur son inconscient... Quoique X avec un os pénien en travers du nez, ce serait une idée à refiler

à Siné. J'ai été régulièrement étonné que la verrue Guantanamo ne fasse pas l'objet d'une protestation internationale plus soutenue, style manif festive hebdo devant des symboles US. Signe négatif d'époque. On verra si ça ferme à partir de janvier 2009. Les violeurs et pédophiles assez graves pour avoir pris 15 ans au moins et n'ayant rien pu manifester d'un retour sur leurs actes, sont-ils les juifs ou des damnés de la terre désespérés dans le monde contemporain. Faut peut-être en effet y aller mollo. J'ai du mal à me départir de l'idée qu'un truc se joue en miroir autour de la rétention de sûreté.

Il semble y avoir un fort souhait chez les soignants en prison de retomber sur leurs pieds de la philosophie de la loi de 1994, celle d'y dispenser des soins de même quantité-qualité, et ce sur tous les plans, qu'en milieu ordinaire (lequel me dira-t-on). Encore une fois, je vois mal comment nous y prendre sans d'une part repousser de manière fonctionnelle les "demandes" d'intégration, d'autre part appeler à la création de corps soignants spécifiques pour certaines commandes judiciaires-pénitentiaires. Il faut approfondir sur différents plans les conséquences de notre situation de monopole des soins.

Quant au QD, notre Guantanamo en ces heures où l'outrance est permise, je crois qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire, et puisqu'on nous tend la perche en remettant de la sauce sur la prévention suicide. Depuis le temps, ... j'ai pas mal pensé à la question au plan pratique: je vois mal comment faire l'économie d'un QD remanié évidemment dans son standing et sa sécurité pénitentiaire réelle pour les prisonniers, en tant que mesure immédiate (max 24heures ?) disons d'ordre public, et alors il faudrait peut-être accepter qu'un avis psychiatrique soit donné (par nous ?), non pas sur je ne sais quel compatibilité, mais sur l'existence d'un trouble processuel caractérisé (dans mon expérience: délire de préjudice +++). A creuser dans tous les coins...

Grèves ou autres, médiatisations bien sûr, sont sans doute les vecteurs vraisemblables d'une vraie mise à plat. On pourrait y vérifier également notre unité et notre détermination. Cela n'échappe à personne qu'il y aurait là un virage politique dans la nature et le style de l'ASPMP.

L'horreur vient-elle de l'innocence des victimes ou de la barbarie des auteurs ?

Une boutade transversale: notre problème est qu'on préférerait quand un flic était un flic, un maton un maton, un juge un juge, un médecin un médecin, qu'on a renoncé à l'abolition de toutes ces catégories que nous promettait le paradis sur terre, qu'on s'est requinqué dans une survie en demandant qu'un flic soit autre chose qu'un flic etc... mais qu'on veut qu'un médecin reste un médecin. Socialement ça n'est possible que si on soigne la définition des catégories et les articulations. Cela fait belle lurette que les médecins ne sont pas que des médecins (du colloque singulier). Encore une fois, les experts en Cour d'Assises n'hésitent pas à se prononcer sur la dangerosité. Certains parviennent à signer la pétition (et ses attendus) contre les centres de sûreté. Je crois que la question, et sous mes réserves, n'est pas tant de la participation des médecins à l'entreprise que la question de l'entreprise elle-même, soit une question philo-socio-juridico-politique. Les participants seront des médecins (et autres statuts) guru-scientifiques, ne pouvant guère dans les cas très difficiles dont ils s'occuperont qu'orthogreffer, l'Autre, ce en fin de compte probablement toutes méthodes confondues, les modalités de surveillances de sorties s'en ressentiront à mesure que cela apparaîtra clairement ("Allo Docteur" ...), et je ne serai pas étonné qu'on assiste en fin de compte aux trajectoires des H.O. avec allers, retours, évaluation clinique qu'un patient ne supporterait pas que le H.O. ne soit pas maintenu, surveillance à vie quoi. Les guéris écriront des livres, et on en écrira d'autres pour savoir s'ils réalisaient là le stade suprême de la perversion. Raison de plus de se démarquer de cette bizarrerie qui ne l'est pas

tant que ça: les soins en prison ne doivent rien à voir avec ça, sur différents plans notre situation de monopole ne le permet pas; s'il le faut, que d'autres, identifiés sinon spécialisés, le fassent. L'émotion, c'est aussi cette réhabilitation de milliards de damnés par l'élection américaine, tu as dû sentir ça par chez toi.

De la rétention de sûreté

LA RETENTION DE SURETE EN PLACE EN NOVEMBRE

La garde des Sceaux a annoncé la mise en place "dès le mois prochain" du dispositif sur la rétention de sûreté suite à la parution d'un décret actuellement en cours d'examen au Conseil d'Etat. Pour 2009, la ministre de la justice a indiqué que six personnes auraient le profil pour entrer dans ce dispositif. Ces personnes, dont la surveillance judiciaire arrive à son terme, ont été jugées très dangereuses par des experts et ont refusé tout suivi ou n'en ont tiré aucun profit. La ministre a précisé que le premier centre socio-médico-judiciaire de sûreté, situé à Fresnes (Val-de-Marne), était "déjà opérationnel". Rachida Dati a rappelé qu'elle présenterait prochainement son projet de loi pénitentiaire qui fait suite aux recommandations du rapport Lamanda sur la prévention de la récidive. Il renforce notamment la surveillance pouvant s'exercer sur les personnes libérées qui ne peuvent pas être placées en rétention de sûreté dès leur libération. Le secrétaire d'Etat chargé des relations avec le Parlement, Roger Karoutchi, a indiqué vendredi que le projet de loi pénitentiaire serait examiné au Parlement au premier trimestre 2009.

Discours de la Garde des Sceaux sur l'ouverture centre socio-médico-judiciaire de Fresnes le 06 novembre 2008.

Lors de la discussion du projet de loi sur la rétention de sûreté à l'Assemblée nationale et au Sénat, j'avais annoncé que le centre socio-médico-judiciaire de Fresnes ouvrirait avant la fin de l'année. Nous y sommes. L'engagement a été tenu.

La loi du 25 février 2008 pose un principe clair : les condamnés toujours dangereux en fin de peine ne seront pas remis en liberté.

La rétention de sûreté comble une grave lacune de notre droit. Une lacune qui a peut-être coûté la vie à quelques victimes.

Ce dispositif était nécessaire. Il a été introduit dans le respect de nos principes fondamentaux. Il a été validé par le Conseil constitutionnel.

Avant cette loi, les magistrats et le personnel pénitentiaire constataient que des personnes particulièrement dangereuses étaient remises en liberté. Elles étaient au mieux surveillées pendant quelques mois après leur sortie. Puis elles étaient laissées sans aucun contrôle, soumises à des pulsions sexuelles ou meurtrières non canalisées.

Le monde médical ne disposait pas plus du cadre juridique qui permettait de neutraliser ces personnes une fois qu'elles avaient fini leur peine. Les troubles graves de la personnalité repérés ne sont pas reconnus comme des troubles mentaux. Ils ne pouvaient donc pas être pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique d'office.

C'est un sujet complexe. Mais les Français avaient parfaitement compris qu'après la peine, il manquait quelque chose pour ces personnes là. La rétention de sûreté répond à une attente très forte des Français : il n'était plus supportable d'attendre un nouveau passage à l'acte pour agir contre les criminels particulièrement dangereux.

Pendant trop longtemps, nous avons déploré le sort des victimes, exprimé de la compassion pour leurs proches sans agir efficacement.

La seule réponse était d'attendre un nouveau crime pour écarter le coupable de la société par une condamnation à perpétuité. Il fallait attendre que l'irréparable soit commis.

Depuis 1998, des mesures avaient été prises : le suivi socio judiciaire, les traitements anti-hormonaux, l'injonction de soins, la surveillance judiciaire...

Ces mesures n'étaient pas suffisantes.

Car depuis 10 ans, de nouveaux crimes atroces ont été commis. Bien souvent, les auteurs avaient déjà été condamnés à de lourdes peines. Ils étaient identifiés comme des personnes extrêmement dangereuses. On savait qu'ils allaient recommencer. On savait que les mesures nécessaires n'avaient pas été prises.

Avec la rétention de sûreté, le Gouvernement a choisi d'agir pour ne plus subir. C'était une question de responsabilité politique et un devoir moral vis-à-vis des Français.

Aujourd'hui, notre responsabilité, c'est d'assurer avec ce dispositif une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire des personnes dangereuses qu'on ne peut pas laisser libres. Il faut aussi que celles qui ont déjà été libérées soient suivies plus étroitement.

Pour cela, nous ouvrons le premier centre de rétention à Fresnes et nous renforçons notre dispositif grâce au projet de loi que j'ai présenté hier matin en Conseil des ministres.

Le centre socio-médico-judiciaire de Fresnes est la pièce maîtresse de la rétention de sûreté.

Je veux tout d'abord saluer tous les personnels de l'administration pénitentiaire et le personnel médical qui ont œuvré ensemble pour faire aboutir ce projet. Les délais étaient courts. Je tiens à féliciter chaleureusement tous ceux qui ont permis de tenir les délais.

Je veux aussi remercier le docteur Bodon-Bruzel, psychiatre, qui a accepté de mettre au service de cette structure son équipe avec toute son expérience. Elle intervient déjà au sein du service médico-psychologique régional de Fresnes et a travaillé en unités pour malades difficiles. C'est un précieux atout.

Toute la philosophie des centres de rétention de sûreté c'est la lutte contre la récidive et la réinsertion. Il s'agit de deux objectifs complémentaires :

Une personne qui a des troubles du comportement identifiée doit être prise en charge pour éviter que ces troubles n'engendrent un nouveau passage à l'acte.

Et réduire ces troubles c'est aussi lui permettre de se réinsérer dans la société.

Autrement dit, l'objectif de ce centre c'est de réduire la dangerosité de ceux qu'il accueillera pour leur permettre de sortir sous surveillance et de se réinsérer dans la société.

Fresnes est un centre expérimental. C'est une association unique de la Justice et de la Santé.

Nous avons un nouveau dispositif à inventer ensemble et à faire vivre.

C'est une occasion unique qui nous est donnée. Je fais confiance aux personnels du centre. Ils sauront donner à la prise en charge conjointe des personnes retenues toute sa dimension. .

Le centre de rétention de sûreté est l'occasion de mettre tous les savoirs faire en commun. La Santé et la Justice en assurent l'encadrement. Mais tout le secteur socio-éducatif y sera également associé.

La prise en charge des criminels dangereux se fera dans le cadre d'un programme pluridisciplinaire.

Il y aura une dimension médicale très forte avec des soins renforcés, un traitement antihormonal (avec consentement de l'intéressé), une psychothérapie individuelle ou de groupe.

Il y aura également une dimension sociale très importante à travers la reconstruction du lien social par le travail et la formation.

Nous essaierons d'y développer la criminologie appliquée. C'est-à-dire une approche nouvelle pour utiliser nos connaissances sur les facteurs du passage à l'acte criminel au profit d'une réduction des risques de récidive.

L'objectif final, c'est de faire évoluer les personnes retenues pour qu'elles puissent un jour retrouver leur liberté sans représenter un risque non maîtrisé pour notre société. Le risque zéro n'existe évidemment pas. Mais ce centre vise à mettre toutes les chances du côté de la réinsertion en ayant traité les causes de la criminalité.

Pour y parvenir, nous avons mis en place un réseau partenarial unique :

- avec le ministère de la santé : le centre hospitalier spécialisé Paul Giraud de Villejuif sera l'établissement ressource. Ses personnels interviendront dans le centre ;
- avec le ministère de l'éducation nationale et l'enseignement supérieur : pour l'enseignement et la formation ;
- avec les entreprises : pour fournir une activité professionnelle aux personnes retenues (télétravail) ;
- avec les travailleurs sociaux, y compris des collectivités locales : notamment pour préparer un projet de sortie.

Les intervenants seront multiples : des médecins, des infirmières, des éducateurs spécialisés, des psychologues, des ergothérapeutes, des personnels pénitentiaires...

Le centre de Fresnes disposera de 10 studios, de 3 salles de thérapies collectives et d'une médiathèque avec dix ordinateurs.

Les travaux ont été financés par le ministère de la justice et celui de la santé. Ils représentent un montant de 850 000 €

Vous le voyez, les centres médico-socio-judiciaires ne sont pas des prisons. Ce sont des structures entièrement nouvelles qui reposent sur une philosophie nouvelle.

Leur efficacité et leur succès dépendra en grande partie de l'action de tous les intervenants. C'est une lourde responsabilité. C'est aussi un grand défi : celui d'œuvrer à la construction

d'un monde plus sûr.

Hier matin, j'ai présenté en Conseil des ministres un projet de loi qui complète le dispositif de surveillance de sûreté.

Il reprend les préconisations que le Premier président de la Cour de cassation, Monsieur Vincent Lamanda, a remises au Président de la République.

Le projet de loi renforce la surveillance des personnes qui ne pourront pas être placées en rétention de sûreté dès leur fin de peine.

Le placement dès la fin de peine ne peut s'appliquer qu'aux criminels qui ont été condamnés après l'entrée en vigueur de la loi du 25 février 2008. C'est la position exprimée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 23 février 2008.

Cela ne veut pas dire que les criminels condamnés pour des faits commis avant la loi seront remis en liberté sans contrôle.

Ils relèvent d'un dispositif spécifique : la surveillance renforcée.

Actuellement 77 condamnés dangereux sont placés sous surveillance judiciaire depuis leur libération.

Grâce à la loi du 25 février 2008, ils pourront être surveillés aussi longtemps que leur risque de récidive le justifie. C'est le mécanisme de la surveillance de sûreté. Les criminels dangereux sont soumis à des obligations très strictes : obligation de soins, placement sous bracelet électronique...

En cas de manquements à ces obligations, la surveillance est révoquée et la personne est placée en rétention de sûreté. Les textes d'applications ont été publiés hier matin au Journal Officiel. Ils permettent dès maintenant sous surveillance de sûreté les personnes qui en relèvent.

Ils sont six actuellement surveillés depuis leur libération pour lesquels une décision doit être prise pour 2009. Deux d'entre eux pourraient continuer à être surveillés dans le cadre de ce nouveau dispositif de surveillance de sûreté.

S'ils ne respectent pas les obligations de la surveillance de sûreté, ils pourront être placés à Fresnes.

Le projet de loi complète la surveillance de sûreté avec deux dispositions plus spécifiques :

- Les obligations imposées à la personne placée sous surveillance de sûreté pourront être modifiées en cours de mesure. Les obligations pourront être allégées ou renforcées en fonction de la situation. La mesure sera plus adaptable suivant l'évolution de la personne.
- Les personnes qui ont été incarcérées suite à la révocation de leur surveillance judiciaire, pourront être directement placées sous surveillance de sûreté dès la fin de leur peine.

Avec ce projet de loi, notre dispositif gagne en cohérence et en efficacité.

** *

Mesdames et Messieurs,

Le centre de Fresnes est le symbole d'une nouvelle justice : une justice qui protège, une justice qui sanctionne, une justice au service des Français.

C'est aussi le symbole d'un engagement fort : celui de la lutte contre les criminels les plus dangereux et du refus de la fatalité.

Nous ne pourrons jamais empêcher la survenue de nouveaux crimes. Ce serait illusoire de le penser.

Mais ce qui est certain, c'est que nous mettons tout en œuvre pour empêcher que de nouveaux drames ne surviennent et qu'il y ait de nouvelles victimes.

C'est une question d'honneur et de responsabilité.

C'était un engagement. Nous l'avons tenu ensemble.

Je vous remercie.

De la concertation avec les professionnels

Pour l'audition au sénat le 13 novembre sur le projet de loi pénitentiaire, j'ai eu Mme X au tél. Nous n'avons que 45mn en tout (présentation et questions). Soit 10mn pour présenter les aspects somatiques, 10mn pour les aspects psychiatriques et le reste pour répondre aux questions. Sachant que je vais adresser le topo que nous avons fait pour le COR et sachant que nous pourrons remettre une contribution écrite. Ne soyons donc pas trop nombreux et en tout état de cause, seules 2 personnes devront présenter leurs observations, les autres pouvant ensuite répondre aux questions.

D'un Observatoire des pratiques

Ne devrait-on pas collecter et centraliser au niveau de l'APSEP ce type d'incidents vécus sur le terrain pour alimenter notre argumentaire auprès des tutelles?

Non seulement nous devons collecter les " incidents " au niveau des SMPR mais aussi au niveau des UCSA. Nous avons les mêmes problèmes. Il faut de plus en plus rapprocher les soignants des UCSA et des SMPR confrontés à d'identiques difficultés.

La " CPU " de X est un exemple d'opposition à avoir et le piège que représente une commission unique où même si nous participons pour un thème (prévention du suicide) , il y a un risque que nous soyons assimilés à une participation à tous les thèmes par les personnes détenues.

Pour la prévention du suicide, il est possible de travailler avec la pénitencière sans participer aux réunions et même avec une traçabilité écrite (signalement écrit, soit-transmis etc.), éventuellement à "protocoler" avec l'AP.

Outre l'aspect " perte d'indépendance professionnelle et trahison de l'espace de confidentialité " avec les patients, il y a une perte de temps considérable à participer à ces réunions sécuritaires et alibi.

Une proposition supplémentaire : Peut-on installer un interphone entre les SMPR, les UCSA et le bureau de la ministre de la Justice pour l'informer de l'état de crise des soignants ?

Je crois que l'idée d'un observatoire est bonne.

Son premier mérite serait du côté du moral des troupes qui se sentiraient ainsi moins isolées, impuissantes etc... avec risques de passages à l'acte (npc avec poser un acte comme nous le savons). Cela nous a énormément manqué à X à plusieurs reprises. Mais l'implicite politique est de taille, c'est la sortie du consensus obligé. Il me semble que son complément, comme je crois l'avoir entendu évoquer lors d'une réunion serait que l'ASPMP se transforme en syndicat. J'imagine que cela ne serait pas sans conséquences:

- un syndicat a des tendances explicites, donc une éventuelle pluralité de positions devrait être clarifiée, certaines ne pouvant ou ne souhaitant trouver leur place au sein du syndicat.
- la question des détachements ministériels en particulier, et de l'ensemble de la notion de représentativité de la profession se poserait différemment.

L'idée d'un syndicat sous-tend une action politique plus engagée, intéressante dans ce sens. Le problème est que cela crée un syndicat de plus à un moment où les syndicats de psychiatres cherchent enfin à s'unifier car l'éparpillement de nos forces, s'il satisfait le narcissisme des positions, ne nous rend pas très fort pour nous faire entendre.

Nous risquons en plus d'être un petit syndicat, à moins de nous unifier avec les somaticiens et pourquoi pas d'ailleurs ? Et il est par ailleurs difficile aussi d'être entendu par les syndicats de psychiatres qui ont tout fait pour marginaliser les soins en milieu pénitentiaire et créer les filières ségréguatives. Quant à l'observatoire, il s'agit d'une fonction et non d'une structure, recensant les difficultés (et les réussites d'ailleurs) à la fois psy et soma et tentant dans un premier temps de faire le lien entre nous puis d'utiliser ensuite ces infos pour l'action politique de l'association ou du syndicat....

Il me semble que tu es assez d'accord sur le lien possible observatoire-syndicat mais que tu ne le trouves pas opportun. La distinction structure-fonction a ses lettres de noblesse, mais il me paraît difficile de découpler ces deux dimensions. Je crois comprendre qu'en pratique, et si je te caricature, tu préconiserais un bureau des plaintes (et des joies aussi, proposes-tu) qui en restituerait quelque chose à la profession plutôt, et en caricaturant aussi, qu'un forum happening interactif public régulé par un webmaster. Formes intermédiaires ? La division de la profession psychiatrique est un réel problème. L'argument du narcissisme des petites différences doit toujours être pesé contextuellement car par son universalité il risque d'être un élément d'une rhétorique "ad hoc". L'union pour quoi et autour de quoi, et selon quelles possibilités ?

Je relisais ce matin cursivement le rapport Terra. Il pointe que dans le Livre blanc de la psychiatrie (janvier 2003) il y a 14 lignes (sur 234 pages) consacrées à la psychiatrie en milieu pénitentiaire, et pas un mot sur le DSP hors SMPR. J'ai cru comprendre qu'il nous était reproché par nos interventions de valider le transfert de la maladie mentale vers les prisons, et en particulier de contribuer à appauvrir la psychiatrie publique extra-muros, véritable cercle vicieux ainsi présenté sur lequel je n'ai jamais eu le sentiment qu'on voulait se pencher de plus près. Comment dépasser cette accusation qui n'est pas fausse autrement qu'en alignant une somme de "et si" "et si" pour parvenir à mettre Paris en bouteille ?



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

octobre 2008

Le directeur de la maison d'arrêt de

DIRECTION
DE L'ADMINISTRATION PÉNITENTIAIRE

A

DIRECTION REGIONALE
DES SERVICES PÉNITENTIAIRES

Monsieur Le Directeur Interrégional des
services pénitentiaires

MAISON D'ARRÊT DE

Copie pour information :

- Monsieur le Docteur
- Monsieur le Docteur

OBJET : Non participation des services médicaux aux commissions pluridisciplinaires

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance les difficultés récurrentes que nous rencontrons pour faire participer les services médicaux de l'établissement (UCSA et SMPR) aux commissions pluridisciplinaires d'affectation de l'établissement.

A ce jour, ces deux services participent uniquement à la commission prévention suicide qui étudie de manière hebdomadaire les détenus placés en surveillance spéciale et présentant un risque suicidaire.

octobre 2008, ils n'ont pas participé à la commission pluridisciplinaire d'affectation du bâtiment B et les avis parfois transmis par écrit n'ont pas été mis à la disposition des membres de la commission. Ainsi, certains détenus ayant « contractualisé » un parcours d'exécution de la peine n'ont pu être étudiés, retardant ainsi l'analyse globale de leur situation et de leur préparation à la sortie.

octobre 2008, l'UCSA était représentée à la commission prévention suicide, le SMPR avait fait passer ses avis écrits, en revanche ni l'un ni l'autre n'était présent à la commission pluridisciplinaire d'affectation, et les avis écrits n'ont pas été communiqués. Cette situation préjudicie à la cohérence du déroulement de l'exécution de la peine de chaque détenu arrivant et au bon fonctionnement de l'établissement.

Je ne manquerai de vous tenir régulièrement informé de ce dossier et reste à votre disposition pour tout élément d'information complémentaire.

Le Directeur,

LES HO JUDICIAIRES SONT-ELLES OFFICIAISES SANS DEBAT ?

ACTUALITES DES HOSPITALISATIONS D'OFFICE « JUDICIAIRES »

La loi de rétention de sûreté et d'irresponsabilité pénale a réformé les modalités d'hospitalisation d'office (HO) des personnes ayant bénéficié d'une ordonnance d'irresponsabilité pénale après mise en examen pour une infraction. Ces HO seront appelées « HO judiciaires » dans la suite de ce texte.

Deux occurrences récentes survenues en Guadeloupe ont révélé des interprétations différentes des textes. Une circulaire serait en court de rédaction pour préciser les modalités d'application de ces nouvelles dispositions. En attendant sa parution, un débat sur internet a permis de constater les divergences d'interprétation de ces nouvelles données².

Dans ces temps où une évolution des idées vers le souhait de voir les HO évoluées d'une procédure administrative, pilotée par le préfet, à une procédure judiciaire, il est intéressant de proposer une analyse de la situation en cours, évidemment purement conjoncturelle, dans le feu de l'action incertaine, témoignage d'une réflexion qui suit le cours des événements.

1. Les HO judiciaires avant la loi de rétention de sûreté (Loi n°2008-174 du 25 février 2008)

Les personnes ayant bénéficié d'un non lieu judiciaire en application de l'alinéa 1 de l'article 122-1 du Code pénal (CP), suite à l'abolition de leur discernement, relevaient de l'article L 3213-7 du Code de la santé publique (CSP), ancienne rédaction : « *Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un non-lieu, d'une décision de relaxe ou d'acquiescement en application des dispositions de l'article 122-1 du Code pénal « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public », elle avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5³. L'avis médical mentionné à l'article L. 3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade⁴.* ».

Sur le plan pratique, cette disposition posait de nombreux problèmes. L'ordonnance de non lieu suivie de l'ordonnance de mise en liberté mettait souvent les nerfs des greffes des établissements pénitentiaires à rude épreuve quand les sujets étaient incarcérés (ce qui n'était obligatoire bien qu'il s'agissait du cas le plus fréquent). La préfecture devait réquisitionner au plus vite un médecin pour obtenir l'avis médical sur l'état actuel du malade. Si des expertises proposaient l'hospitalisation, elles pouvaient remonter à plusieurs mois. Quant aux médecins ou aux psychiatres de l'établissement pénitentiaire, on n'imagine difficilement pour quelles raisons, ils se décideraient à donner un avis favorable à une HO alors qu'ils n'en avaient pas demandé précédemment en application de l'article D 398 du Code de procédure pénale (CPP).

On note également qu'il pouvait y avoir divergence d'avis entre les experts et le médecin de l'avis actuel. D'éventuels soins prodigués en prison⁵ ayant pu amener la symptomatologie initiale et permettre une adaptation carcérale correcte, voire un retour sur le réel commis par le

² Les avis exprimés lors du débat internet relèvent de correspondances entre divers protagonistes et n'ont pas été rédigés en entrevoyant une diffusion large. Ils ne seront cités qu'en précisant le métier de leur auteur mais sans préciser leur identité. Il s'agit avant tout d'exposer des arguments. Toutefois, les documents en ma possession sont rédigés par des professionnels de qualité ayant à cœur de faire avancer de manière constructive le débat sur cette thématique complexe et très, spécialisée.

³ La commission citée est la **commission départementale des hospitalisations psychiatriques** (CDHP).

⁴ Souligné par moi.

⁵ Contrairement aux conclusions de l'Académie nationale de médecine du 21 octobre 2008, des soins psychiatriques sont prodigués en prison, et qui par extraordinaire, arrivent même à être efficaces....

patient. Evidemment, les principes « précautionneux », l'angoisse sécuritaire et l'absence encore pour l'instant de soins ambulatoires contraints, conduisaient le plus souvent le médecin requis à proposer l'HO. Pour le détail se posaient aussi des problèmes très concrets comme les modalités de transport du sujet de la prison à l'hôpital.

Ces difficultés pratiques ont conduit à des situations complexes et « acrobatiques », souvent conflictuelles entre les divers protagonistes, où finalement la personne pouvait être « déposée » devant la porte de la prison pour éviter une détention arbitraire. Advienne alors que pourra !

Toutefois, la procédure suivait un cheminement administratif habituel : une fois le médecin ayant rédigé un certificat proposant l'HO, le préfet prenait l'arrêté d'HO, certificat des 24 h etc. Seule la levée de l'HO différait d'une HO non judiciaire avec la nécessité de l'avis conforme de deux experts psychiatres (article L 3213-8 CSP).

2. Les HO judiciaires avec la loi de rétention de sûreté (Loi n°2008-174 du 25 février 2008)

Que disent les textes ?

Depuis la loi de rétention de sûreté, l'HO est régie par l'article 706-135 du CPP et les habituels articles du CSP, (L.3123-1 et L.3213-7)⁶ même si quelques toilettes y ont été apportées.

Dès qu'une juridiction a prononcé un arrêt ou un jugement d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner l'hospitalisation d'office s'il est établi qu'une expertise psychiatrique figurant au dossier de procédure (la date de réalisation de l'expertise n'est pas précisée) indique la nécessité d'une HO selon la terminologie classique. Le régime de l'hospitalisation est celui prévu à l'article 3213-1 du CSP, « dont le 2^{ème} alinéa est applicable ».

L'article L.3313-1 « principes » des HO n'a pas subi de modification avec la loi de rétention de sûreté. En revanche, quelques modifications ont été apportées à l'article L.3213-7 CSP. On remarque déjà, à la suite de Gérard Rossinelli qui est probablement le premier psychiatre à avoir relevé cet aspect, que les classements sans suite en application de l'article 122-1, sont également concernés par ces mesures d'HO judiciaires. Une nuance importante est donnée in fine du premier alinéa de l'article, notamment que l'avis médical mentionné à l'article L.3213-1 doit porter sur l'état actuel du malade. La référence de nouveau apportée à l'article L.3213-1 CSP semble confirmer l'importance de suivre la remarque notée *in limine* de l'article 706-135 du CPP : « Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L.3213-7 CSP... »

On pourrait déduire de ces textes que suite à l'ordonnance d'hospitalisation d'office émise par le magistrat, le préfet est dans l'obligation (il est lié par la décision judiciaire) de requérir un médecin pour obtenir un avis actuel puis suivant en cela les articles L.3123-1 et 7, si l'avis du médecin est favorable à l'HO, le préfet prend son arrêté d'HO, confirmé ou infirmé ensuite par le certificat des 24 h (d'où l'allusion au 2^{ème} alinéa de l'article L 3123-1 du CSP à l'article 706-135 du CPP).

Que disent les travaux pratiques ?

Deux HO judiciaires récentes en Guadeloupe ont mis à l'épreuve pratique des lectures divergentes des textes selon les protagonistes.

Dans le premier cas, suite à une ordonnance d'irresponsabilité pénale puis d'hospitalisation d'office pour un détenu, incarcéré depuis près de deux ans, stabilisé sur le plan psychiatrique (les psychiatres du SMPR n'avaient pas eu besoin de demander une HO D 398 et le patient ne posait aucun problème d'adaptation carcérale et se montrait très compliant au traitement), la préfecture à la réception de l'ordonnance d'HO a voulu demander l'avis médical portant sur l'état actuel du malade, tel que stipulé à l'article L.3213-7 d'autant plus que les expertises psychiatriques dataient de plus de 18 mois... Il s'en est suivi une discussion musclée entre le Parquet et la Préfecture, celui-là considérant que celle-ci était liée par sa décision et devait l'appliquer im-

⁶ Les articles sont cités *in extenso* en fin d'article.

médiatement, sans avis médical actuel, les expertises suffisants et faisant explicitement référence « au 2^{ème} alinéa de l'article L3213-1 » cité à l'article 706-135 CPP. Rappelons que le 2^{ème} alinéa indique simplement l'obligation de transmission du certificat de 24 h à la préfecture. La Préfecture a suivi finalement cette interprétation. Pour le détail, la soirée avançant, le SMPR, qui avait suivi la partie de ping-pong judicario-administrative, pour éviter que le patient se trouve reflué de l'hôpital car n'arrivant pas avec un arrêt d'HO préfectoral mais une ordonnance judiciaire, a prévenu l'administrateur de garde de l'hôpital afin d'expliquer la démarche en l'état. Dans ce cas, le certificat de 24 h a confirmé l'HO et le préfet a lors pris son arrêté.

On peut considérer dans ce cas que l'ordonnance d'HO a agi provisoirement comme l'arrêté d'un maire et a été transformé en HO préfectoral après confirmation par le certificat des 24h.

Dans le 2^{ème} cas, la situation a été plus complexe car le médecin de l'hôpital (un autre hôpital) a considéré que le patient reçu n'est pas en HO puisqu'il n'y a pas d'arrêté préfectoral.

Que disent les débats entre professionnels ?

Les questions principales qui font débat sont les suivantes et s'expriment dans les discussions reproduites ci-dessous (en faisant les aménagements de formes nécessaires et en anonymisant autant que possible) :

- L'HO reste-t-il judiciaire en permanence ? Si non, à quel moment passe-t-il du registre judiciaire au registre administratif ?
- Quid de l'avis actuel du médecin ?
- Quelle gestion administrative au niveau de l'établissement hospitalier ?
- Que faire en cas de non confirmation médicale de l'HO ?

PSYCHIATRE HOSPITALIER, EXPERT JUDICIAIRE, DOCTEUR EN DROIT (CITE X DANS LA SUITE)

« Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique. Alors que l'article 3213-1 du CSP affirme que c'est le préfet qui prononce... J'ai l'impression qu'après décision du magistrat, le préfet a une compétence liée, sauf à ce qu'un certificat immédiat du médecin du service, conclue à une sortie ... A mon avis ça ne sera pas fréquent.

Et le même :

« La question est intéressante sur le pan théorique. Nous connaissons la jalousie avec laquelle Justice et Administration se disputent le droit d'interpréter les lois, mais nous pourrions faire connaître notre avis et faire savoir les points sur lesquels nous avons besoin d'un éclairage certain

Comme souvent depuis ces dernières années la loi du 25 février n'a pas tout pris en compte et des ajustements seront sans doute nécessaires

Il est dommage que l'article 706-135 n'ait pas visé le 3213-2. Tout eut été plus simple.

Article D47-29

Créé par [Décret n°2008-361 du 16 avril 2008 - art. 2](#)

Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement décide, conformément à l'article [706-135](#), me paraît donner à la Justice une compétence indéniable.

En revanche, afin que ce dernier procède sans délai à l'hospitalisation, après, le cas échéant, les formalités de levée d'érou, semble préciser que c'est le préfet qui "procède", d'où ma position que le préfet a une compétence liée. Il serait donc plus logique d'assimiler la décision du juge à celle du maire et d'appliquer le 3213-2 du CSP. Dans tous les cas le psychiatre de l'hôpital doit donner un avis très important dans les 24h.

Enfin, il nous faut plaider pour que la décision du 706-135 ne soit prise qu'au vu d'une expertise récente (15 jours me paraissent le délai maximum).

Je sou mets cet avis à vos réflexions et réitère la nécessité de faire connaître notre position à la Chancellerie et à l'Intérieur ».

PSYCHIATRE, EXPERT JUDICIAIRE, RESPONSABLE SYNDICAL NATIONAL

« La conclusion, c'est que la rédaction des textes est mauvaise en laissant demeurer des ambiguïtés. Mais n'est-ce pas l'article L3213-7 qui les lève en citant explicitement l'avis médical de l'article L 3213-1 qui doit porter non plus sur l'état lors de l'expertise mais sur l'état actuel ? »

PSYCHIATRE. CHEF DE SMPR

« Pour ma part, je partage l'analyse de X et de ... qui parlent de compétence liée du préfet, la décision étant clairement judiciaire, sur la base d'expertise psychiatrique. Et voilà ce que répond un magistrat de mes amis, ancien président de cour d'assises » (Texte ci-dessous).

MAGISTRAT. ANCIEN PRESIDENT DE COUR D'ASSISES

« Question bien intéressante, et que j'avais imaginé en lisant (au moins 3 fois) lorsque j'avais découvert que la juridiction pouvait décider une hospitalisation d'office, sans que personne ne réagisse à l'époque à la sortie de la loi : on était tous obnubilés par la première partie.

J'ai l'impression que l'on a voulu donner une réponse pragmatique à une question complexe : comment faire quand on va décider un non-lieu avec incarcération et que l'on peut imaginer nécessaire d'hospitaliser : on "pré-juge", on prévient le préfet, qui prend un HO : je l'ai vu faire jadis.

J'ai été confronté au même problème aux assises : un accusé détenu risque de faire l'objet d'un acquittement, alors que l'on peut le penser dangereux pour lui-même ou autrui : comment faire ?? On peut certes faire la procédure "pour le cas où". Je m'y suis refusé, pensant que ce serait au parquet de voir, si acquittement, avec le préfet (en sachant que la personne sortait de prison par l'acquittement).

Je pense que la loi a voulu répondre à ce problème.

Mais cette explication montre que rien n'a été réfléchi : on peut imaginer comme dans certains pays, donner compétence au judiciaire pour décider une HO, et l'enlever à l'autorité administrative. Mais alors il faut réfléchir et ne pas avoir des lois qui répondent à un problème sans en voir la portée.

Je serai d'accord avec (ceux) qui veulent "plaider" une interprétation de la loi...!!!)

Il me semble que ce texte a introduit un cas où le judiciaire dit à l'administratif : vous devez hospitaliser" (ordonne), mais selon la procédure du code de la santé (prononce et ensuite, faites votre suivi administratif et médical d'une HO)

Le principe d'interprétation de la loi pénale est "l'interprétation stricte", et "dans l'intérêt de l'accusé" (on oublie souvent cela). Là, on ne doit pas enlever ni ajouter à la loi : le préfet est lié : dans ce cas pénal et avec l'expertise, telle que visée dans 706-135 CPP : il doit dire HO et ensuite il recouvre tous ses "droits administratifs" ⁷. C'est l'intérêt de l'accusé (??) d'échapper au judiciaire quand la loi ne donne pas à ce judiciaire d'autre pouvoir que "l'entrée", puis de se retrouver dans le droit commun de l'HO.

⁷ Souligné par moi

La rédaction de 706-135 reprend, d'ailleurs, je crois, la définition des cas d'HO.

Quant à l'utilisation de L. 3213-2, je ne crois pas contrairement à X qu'il aurait du être visé dans la loi : il serait en contradiction avec les pouvoirs donnés à la juridiction, puisque visant un danger éminent et les pouvoirs au maire ou commissaire...

Article L3213-2 En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

J'en avais parlé à un psychiatre hospitalier et expert de ..., quand on étudiait la loi : il me disait que les droits et libertés pouvaient dans cette matière être aussi bien sauvegardés par le préfet que par les juges ; il pensait enfin que le préfet pouvait être plus réactif et plus rapide que les juges⁸.

Pourquoi pas ? Sur le fond du problème à qui vaut-il mieux laisser décider le HO ? Je suis perplexe, et je ne suis pas certain que le judiciaire ferait mieux : la seule question est où protège-t-on le moins mal les libertés ??

Voilà, voilà : cela fait cogiter. Bon courage ».

MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE INTERROGEANT LES SERVICES JURIDIQUES DU MINISTERE DE LA SANTE

«Pour compléter le message de ma collègue... chargée des hospitalisations sous contrainte, je vous transfère quelques échanges sur le sujet...

J'ai transmis une même demande à la DGS, bureau de la santé mentale.

Le vrai problème est que la sortie des nouveaux textes en avril concernant les modifications de procédure pénale pour les détenus entraîne des conséquences sur les procédures d'hospitalisation sous contrainte, HO en particulier et HDT.

Nous avons été confronté à deux problèmes coup sur coup et à chaque fois , on "bricole " en fonction de nos interprétations.

Pour éviter ce genre de choses, il serait souhaitable que votre service envoie à l'ensemble des DDASS, des procédures claires. Qui fait quoi, à quel moment, avec quel document , certificat médical (contenu - quel médecin -un ou deux ???), des modèles d'arrêtés préfectoraux revus et corrigés en fonction des textes législatifs.

Les juges décident des non lieux et "ordonnent " des HO immédiates ...

Merci de nous dire ce que vous en pensez et d'aider l'ensemble des services DDASS à avoir une harmonisation des procédures. »

⁸ Souligné par moi.

**PREMIERE REPONSE DES SERVICES JURIDIQUES
DU MINISTERE DE LA SANTE**

« Il ressort des divers courriels que vous m'avez transférés que le débat porte sur l'articulation de l'article 706-135 du CPP et de l'article L 3213-1 du CSP.

Au cas d'espèce, il semble (dans la mesure où les faits auraient mérité une présentation plus claire et détaillée et en l'absence de communication des décisions de justice) qu'une juridiction a prononcé des jugements d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental assortis d'ordonnances d'HO sur le fondement de l'article 706-135 du CPP (cf.. deuxième paragraphe du courriel de M. David du 11/09/08).

Dans ce cas précis, les textes sont clairs.

1°) S'agit-il d'une "HO judiciaire" ?

Oui car le législateur a prévu un texte spécifique (l'article 706-135 CPP) qui accorde au seul juge judiciaire le pouvoir de prendre une ordonnance d'hospitalisation d'office (qui est bien évidemment une décision de justice) dans le cas précis où il a jugé que l'intéressé est pénalement irresponsable pour cause de trouble mental.

2°) L'ordonnance d'HO judiciaire s'impose-t-elle au préfet du département et dans quelles conditions ?

L'ordonnance s'impose au préfet dans les conditions prévues à l'article 706-135 du CPP : "Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1 du même code (c.a.d CSP), dont le deuxième alinéa est applicable".

Il ressort implicitement et nécessairement de ces dispositions que l'alinéa 1 de l'article L. 3213- 1 du CSP n'est pas applicable, ce qui signifie que le préfet ne doit pas prendre d'arrêté d'HO. Ceci est logique car dans l'hypothèse envisagée, c'est le juge judiciaire qui prend la décision d'HO et non le préfet.

Ainsi, le psychiatre de l'établissement doit transmettre au préfet (ainsi qu'à la CDHP) le certificat médical dans les délais mentionnés à l'alinéa 2 de l'article L. 3213-1 du CSP sans attendre qu'émane de cette même autorité administrative un arrêté qui, s'il était pris, serait entaché d'illégalité pour incompétence de l'auteur de l'acte (portant atteinte à la séparation des pouvoirs).

Cette réponse a fait l'objet d'une concertation avec la DGS (bureau MC4). »

**DEMANDE JUDICIEUSE DE PRECISIONS COMPLEMENTAIRES DU
MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE INTERROGEANT LES
SERVICES JURIDIQUES DU MINISTERE DE LA SANTE**

« Oui, d'accord et merci pour cette réponse.

Pour être complet et aller jusqu'au bout de la procédure.

Le certificat médical établi par un psychiatre dans les 24H est envoyé au préfet.

Qu'en fait-on? Le préfet doit il alors prendre la relève et prendre un arrêté d'HO au regard de l'ordonnance judiciaire?

Si le psychiatre fait un certificat médical d'HO non justifié médicalement, que fait on ?

Qui décide de la sortie du "patient ex détenu " de l'établissement de santé ?

Le risque si c'est le juge, est que dans le contexte actuel on se retrouve avec des secteurs d'HO très vite engorgés.

Excusez nous pour notre insistance. »

**DEUXIEME REPOSE DES SERVICES JURIDIQUES
DU MINISTERE DE LA SANTE**

1. Le préfet doit-il prendre un arrêté d'HO au regard de l'ordonnance judiciaire ?

Je ne puis que confirmer la teneur du 2° de mon courriel du 17/10 : "Le préfet ne doit pas prendre d'arrêté d'HO".

2. Le certificat médical, établi par le psychiatre de l'établissement dans les 24 heures suivant l'admission, certifie que le patient ne relève pas d'une mesure d'HO.

En d'autres termes, le psychiatre de l'établissement estime que l'ordonnance d'HO rendue très récemment par le juge judiciaire (cf. art. 706-135 du CPP : le préfet est "*immédiatement avisé de cette décision*") n'est pas justifiée.

Il y a donc une contradiction directe entre une décision judiciaire et une décision médicale.

Or, dans le cas d'une HO judiciaire, le préfet ne peut mettre fin à l'HO que sur le fondement de l'article L. 3213-8 du CSP (l'article 706-135 du CPP rendant cet article applicable) et dans les conditions prévues par cet article (décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement).

Le préfet (destinataire du certificat établi par le psychiatre, cf. al. 2 de l'article L. 3213-1 du CSP), ne peut donc, à ce stade, mettre fin à l'HO mais doit immédiatement avertir le Parquet qui actionnera le juge de la liberté et de la détention, lequel a compétence pour ordonner la mise en détention provisoire d'une personne⁹ (art. 137-1 du CPP)

J'ajoute, pour terminer sur ce point, que le cas que vous soulevez me paraît plutôt relever d'une hypothèse d'école.

En effet, on a du mal à imaginer que les troubles mentaux (une expertise psychiatrique ayant établi que ces troubles "*compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public*", selon les termes de l'art. 706-135 du CPP) qui ont justifié l'HO judiciaire (décision prise par une instance collégiale : chambre de juridiction ou juridiction de jugement) puissent disparaître dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation de l'intéressé.

3. Qui décide de la sortie du patient "ex-détenu" de l'établissement de santé ?

Je comprends que vous faites référence à une personne qui a été condamnée pénalement et qui, par la suite, a été jugée inapte à l'exécution de la peine pour cause de trouble mental.

Ce cas entre dans le champ d'application de l'article D. 398 du CPP qui dispose que les détenus atteints de trouble mentaux ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire : "*Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé*" (al. 2 du même article).

Ce cas d'HO est distinct de l'HO judiciaire qui est notamment régie par les l'article 706-135 du CPP et l'article L. 3213-8 du CSP.

⁹ Souligné par moi.

Ces articles ne trouvent donc pas à s'appliquer en cas d'HO concernant des détenus atteints de troubles mentaux.

Cependant, s'agissant de la sortie du patient "ex-détenu", le préfet peut faire application des dispositions applicables aux personnes qui ne relèvent pas de l'HO judiciaire (art. L. 3213-4, al. 3 : "le représentant de l'Etat peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre" ou sur proposition de la CDHP) mais il ne peut pour autant laisser sortir l'intéressé car celui-ci fait toujours l'objet d'une condamnation.

Le préfet doit alors aviser immédiatement le Parquet de la levée d'HO pour que soit organisé sans délais le transfert de la personne vers un établissement pénitentiaire.

Cette réponse a fait l'objet d'une concertation avec la DGS (bureau MC4) ».

3. Commentaires

- On remarque des avis divergents. Pour les uns (magistrat), la procédure administrative doit reprendre ses droits après le temps initial judiciaire ; pour les services juridiques du ministère de la santé, le préfet ne doit pas prendre un arrêté d'HO et entérine de ce fait deux procédures distinctes d'HO : une administrative (les situations habituelles) et une judiciaire (suite à un non lieu 122-1). En outre, l'ordonnance d'HO, comme les arrêtés préfectoraux, doivent être inscrits dans le registre colligeant les informations des hospitalisations sous contraintes et régi par l'article L. 3212-11 CSP, s'alignant ainsi sur les documents administratifs. La première ordonnance d'office en Guadeloupe appuyait son argumentation sur le fait que l'HO devait se faire en application du deuxième alinéa de l'article L.3213-1 du CSP (tel que signalé dans l'article 706-135 CPP). Quelle lecture donnée à ce passage. Mon interprétation est que l'HO, judiciaire dans un premier temps, après avis médical actuel, doit être infirmée ou confirmée, comme toute HO par le certificat de 24 h. Mon interprétation considère aussi que l'HO doit devenir administrative, mais à quel moment : avant le certificat de 24 h, juste après l'avis médical sur l'état actuel ou après le certificat de 24 h. Les lectures des divers arguments en ma possession restent divergentes.
- En revanche, la réponse du ministère de la santé est très surprenante en ce qui concerne la non confirmation de l'HO pour une personne à l'encontre de laquelle un non lieu judiciaire a été prononcé. On ne comprend pas comment, elle pourrait être placée en détention provisoire. L'affaire est classée. Le non lieu est prononcé. Si aucune nouvelle charge n'est prononcée contre elle (hormis les méchantes mesures de sûreté qu'elle n'aurait pas respectées et envers lesquelles elle serait lucide, dotée d'une responsabilité qui lui permettrait d'accéder à la sanction pénale : deux ans de prison maximum en application de l'article 706-139 CPP) : « *L'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental met fin à la détention provisoire ou au contrôle judiciaire* » (article 706-126 CPP).
- Incompréhension sur l'avis médical actuel attestant de l'état mental de la personne. La longueur de la procédure judiciaire semble oubliée ou l'inefficacité de psychiatres plutôt reconnue : l'état du justiciable au début de l'instruction ou deux après, même traité, semble être le même !
- Ces situations permettent d'alimenter la réflexion sur le statut des HSC : administratives ou judiciaires. Les partisans du judiciaire considèrent que les magistrats sont mieux placés pour être les garants des libertés individuelles alors que le Préfet serait plutôt du côté de l'intérêt public et garant de son bon ordre. Dans le cas présent, la Préfecture, par l'intermédiaire de la DRASS et

du MIS, a été attentive au respect d'une procédure garantissant le justiciable et l'opportunité médicale et administrative de l'HO. Un autre cas concomitant a montré la même attention. Un patient hospitalisé suite à un 122-1 commet au sein de l'hôpital une infraction similaire à celle pour laquelle il avait bénéficié d'un non lieu et pour laquelle une plainte est déposée. A l'occasion d'une permission de sortie accordée pour assister à l'audience en relation avec cette nouvelle infraction, il ne réintègre pas l'hôpital mais est incarcéré sans que l'HO ait été levée (et nécessitant la double expertise concordante comme prévu). Quelques jours après, la DRASS se rend compte du problème et ordonne le raccompagnement avec escorte de gendarmerie du patient à l'hôpital. Il semblerait que les magistrats n'aient pas apprécié ce retour à l'hôpital : le mandat de dépôt prévalant sur la mesure d'HO.

Evidemment, l'Administration pénitentiaire a approuvé ce retour à l'hôpital ainsi que le psychiatre du SMPR qui à l'occasion des multiples précédentes incarcérations de ce patient désespérait de le voir condamner en comparution immédiate ou s'empressait de signaler la nécessité d'une expertise si par bonheur la condamnation n'était pas encore prononcée (d'autant plus que le patient mettait une mauvaise foi épouvantable à ne pas bénéficier de l'effet symbolique « déforçant du nom-du-père » de la sanction pénale).

4. Morale de l'histoire

- Le cafouillage est notable. Le politique dans sa vision grandiose de l'organisation de la société ferait bien de se montrer un peu plus rigoureux dans la rédaction de ses textes, afin d'offrir une meilleure lisibilité aux justiciables et aux professionnels en charge de les appliquer.
- A moins, ainsi qu'on peut en saisir le sens politique entre les lignes : le principal est de neutraliser de la manière la plus efficace possible le présumé dangereux (n'oublions pas que dans de nombreux cas, le patient a été dangereux psychiatriquement au moment des faits et peut ne plus l'être des mois après, ou alors il faut désespérer de la psychiatrie et ne plus avoir recours à nous).
- Que faut-il préférer : les hospitalisations sous contraintes (HSC) judiciaires ou administratives ? Sur le plan théorique, je pencherais pour les premières, mais les cas présents ont montré la vigilance des services préfectoraux et du médecin inspecteur et des inspecteurs. Les services judiciaires auront-ils les moyens de traiter ces situations (« infirmeront-ils » ou « confirmeront-ils » ces HO et en cas d'erreur, le Président de la République aura beaucoup de travail !). En d'autres lieux, les situations peuvent être bien différentes. On se souvient qu'aux journées des SPMP à Lille en 2007, il a été fait état du refus de certaines préfectures d'ordonner les HO D.398 à partir des établissements pénitentiaires et demandés par les psychiatres des SMPR. Situations bien « cocasses » lorsque l'on voit la Garde des Sceaux recommander le recours à des médecins extérieurs aux prisons pour solliciter des HO. Heureusement que ce n'est pas à Lille ou à Dijon que les drames sont survenus. Comprenez qui pourra !

Dans l'immédiat, on attend la « circulaire limpide » qui donnera la conduite à tenir aux petites mains que nous sommes.

CODE DE PROCEDURE PENALE

Article 706-135

Créé par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 3](#)

Sans préjudice de l'application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'hospitalisation d'office de la personne dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du même code s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision. Le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les hospitalisations ordonnées en application de l'article L. 3213-1 du même code, dont le deuxième alinéa est applicable. L'article L. 3213-8 du même code est également applicable.

Article D47-29

Créé par [Décret n°2008-361 du 16 avril 2008 - art. 2](#)

Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement décide, conformément à l'article [706-135](#), de l'hospitalisation d'office de la personne dans un établissement mentionné à l'article [L. 3222-1](#) du code de la santé publique, elle prend à cette fin une ordonnance motivée aussitôt après avoir rendu le jugement ou l'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette ordonnance est signée par le président de la juridiction et le greffier. Lorsque l'arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental est rendu par la cour d'assises, cette ordonnance est prise par la cour sans l'assistance du jury. Une copie de cette ordonnance est immédiatement adressée par le procureur de la République ou le procureur général au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, afin que ce dernier procède sans délai à l'hospitalisation, après, le cas échéant, les formalités de levée d'écrou.

Cette ordonnance est inscrite dans le registre prévu par le dernier alinéa de l'article [L. 3213-1](#) du code de la santé publique.

Copie de l'expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure et établissant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, est également immédiatement adressée par le procureur de la République ou le procureur général au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, pour être jointe au dossier médical de la personne.

Article D47-30

Créé par [Décret n°2008-361 du 16 avril 2008 - art. 2](#)

Lorsque la personne à l'égard de laquelle ont été prononcées une ou plusieurs des mesures prévues par l'article [706-136](#) fait l'objet d'une hospitalisation d'office, prononcée soit en application des dispositions de l'article [L. 3213-1](#) du code de la santé publique, soit en application des dispositions de l'article [706-135](#) du présent code, le procureur de la République adresse au directeur de l'établissement dans lequel la personne est hospitalisée un document faisant état de ces interdictions.

Lorsque l'état de la personne lui permet d'en comprendre la teneur, le directeur lui notifie ce document contre récépissé qui est alors retourné au procureur de la République.

Ce document fait notamment état des dispositions du dernier alinéa de l'article [706-137](#) et des articles [706-138](#) et [706-139](#) du présent code.

Le directeur de l'établissement rappelle ou notifie au plus tard selon les mêmes modalités cette

décision à la personne lorsqu'il est mis fin à l'hospitalisation d'office et il en informe le procureur de la République.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article L3213-1

Modifié par [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 19 JORF 5 mars 2002](#)

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département et à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés ainsi que ceux qui sont pris en application des articles L. 3213-2, L. 3213-4 à L. 3213-7 et les sorties effectuées en application de l'article L. 3211-11 sont inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article L. 3212-11, dont toutes les dispositions sont applicables aux personnes hospitalisées d'office.

Article L3213-7

Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 5](#)

Lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne qui a bénéficié d'un classement sans suite motivé par les dispositions de l'article [122-1](#) du code pénal, d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, elles avisent immédiatement le représentant de l'Etat dans le département, qui prend sans délai toute mesure utile, ainsi que la commission mentionnée à l'article L. 3222-5. L'avis médical mentionné à l'article [L. 3213-1](#) doit porter sur l'état actuel du malade.

A toutes fins utiles, le procureur de la République informe le représentant de l'Etat dans le département de ses réquisitions ainsi que des dates d'audience et des décisions rendues.

Article L3213-8

Il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L. 3213-7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le procureur de la République, après avis de la direction des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel est situé l'établissement.

Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour autrui.

SOCAPSYLEG
avec le soutien du Centre Hospitalier de Montéran
Lauréat de la Bourse Philippe ZOOMMEROFF

Dans le précédent Kamo, nous vous informions que l'Association Française de Criminologie organisait tous les deux ans une bourse dite Bourse Philippe Zoummeroff qui soutient les initiatives en faveur de la réinsertion des détenus. Socapsyleg en association avec le Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR de Baie-Mahault) du centre hospitalier de Montéran (CHM) en Guadeloupe a déposé un projet en ce sens et a le plaisir de vous annoncer être co-lauréat de la bourse Zoummeroff. La remise de la bourse se fera au siège de l'Administration pénitentiaire, rue du renard à Paris le vendredi 28 novembre. Après la remise de la Bourse, Philippe Zoummeroff sera décoré d'une médaille de l'Administration pénitentiaire en présence du Directeur de l'Administration pénitentiaire, Claude d'Harcourt.

Les porteurs du projet remercient chaleureusement tous ceux qui les ont soutenus, notamment Francis Farant, directeur du CHM, Françoise Mounsamy, directrice du SPIP de la Guadeloupe, Gwénola Hadet-Jan, juge d'application des peines au TGI de Pointe-à-Pitre et surtout Jean-Jacques Jérémie, président du Conseil Régional, de l'Education et de l'Environnement (CCEE) de la Guadeloupe. Dans un prochain numéro, le détail du projet vous sera présenté.

IL Y A 100 ANS
DANS LES ARCHIVES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE
Contestation de la validité d'un mariage
Consultable sur le site de Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr

Autres temps, autres mœurs, dit-on. En est-on certain ? L'affaire centenaire ci-dessous ne vous rappelle-t-elle rien de plutôt récent ? Machisme éternel ! Il a beau jeu « Le monde de la galanterie »....

« L ' Erreur sur la personne. — Devant la première Chambre du Tribunal civil, M. Guillemain attaquait la validité de son mariage avec Madame Liabaster, parce que celle-ci l'avait induit en erreur sur son âge et lui avait caché son passé. »

« Cette manœuvre, avait plaidé Maître Duhil, constitue le dol et la fraude viciant le consentement de l'autre conjoint. » M. Guillemain vient de perdre son procès. « Attendu, dit notamment le jugement, que Guillemain a épousé la dame Liabaster à la mairie du 17ème arrondissement de Paris, le 11 juillet 1904 ;

« Qu'il a été produit pour la célébration du mariage un acte de naissance établissant que la dame Liabaster était née le 4 juillet 1858 alors qu'en réalité sa naissance remontait à 1848; que, d'autre part, il n'est pas contesté que la dame Liabaster a vécu, antérieurement à son mariage, dans le monde de la galanterie ;

« Attendu que Guillemain demande au Tribunal de prononcer la nullité du mariage ; que son action est fondée sur l'erreur dans la personne civile et morale de la dame Liabaster qui aurait vicié son consentement; qu'il prétend que s'il avait connu l'âge réel et le passé fâcheux de cette dernière, il ne l'aurait pas épousée ;

« ... Attendu que la dame Liabaster ne s'est pas fait agréer en se présentant comme membre d'une famille qui n'est pas la sienne et ne s'est pas attribué des conditions d'origine et de filiation qui appartiennent à une autre ;

« Que des modifications dans son acte de naissance n'ont en rien affecté son identité;

« Attendu qu'en ayant égard aux principes ci-dessus énoncés, il n'échet de s'arrêter au moyen de nullité tiré de l'ignorance dans laquelle Guillemain se serait trouvé des antécédents de la dame Liabaster. . . »

LE POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE DE GUADELOUPE RECRUTE

Le concours pour deux postes de psychologues cliniciens (2 ETP) devrait être prochainement publié au Journal officiel. Les psychologues intéressés sont invités à surveiller attentivement le JO. Dans l'attente, ils peuvent consulter le profil de poste ci-dessous et me contacter pour tout renseignement complémentaire.

Le Pole de Psychiatrie Légale dispose aussi de deux agréments d'internes de spécialité (psychiatrie générale et pédopsychiatrie). Les profils de postes vous sont également communiqués ci-dessous. Merci à ceux qui ont de la chance d'avoir des internes autour d'eux de leur faire connaître ces annonces. MD.

République Française
Département de la Guadeloupe



CENTRE HOSPITALIER de MONTERAN
97120 SAINT-CLAUDE

CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE

PROFIL DE POSTE DE PSYCHOLOGUE CLINICIEN

ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe - Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).
- Renseignements sur les activités cliniques du poste : Dr Michel DAVID – Responsable de pôle – Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – Michel.DAVID@ch-monteran.fr

LA FONCTION DE PSYCHOLOGUE HOSPITALIER

(selon le répertoire des métiers)

DEFINITION

Concevoir, élaborer et mettre en œuvres des actions préventives et curatives à travers une démarche prenant en compte la vie psychique des individus et des groupes, et ce afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

ACTIVITES PRINCIPALES

- Prise en charge individuelle ou collective des patients et de leur entourage
- Construction, mise en œuvre des dispositifs d'intervention à visée préventive ou curative
- Recueil et analyse des besoins et/ou des demandes d'interventions
- Conduite d'entretiens individuels ou collectifs (groupe de parole, soutien psychologique)
- Psychothérapie
- Intervention auprès d'équipe pluridisciplinaires (formation, soutien, groupes de paroles)
- Bilans psychologiques (recueil d'information, entretien, travail de synthèse, restitution...)
- Recherche en psychologie enseignement, formation (publication, travaux personnels, travaux collectifs...)
- Etude et analyse des besoins en interventions psychologique
- Encadrement et tutorat des stagiaires

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES

- Equipes pluridisciplinaires et médicales pour les projets de soins
- Services sociaux, éducatifs, judiciaires juridiques (COTOREP, CDES, tribunal, université...) pour le travail de liaison
- Groupes de pairs (analyses de pratiques, collègues de psychologue)
- Réseaux de villes et associations (CMP, CMPP, psychiatres et psychologues libéraux..) pour suivi des patients

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Contribuer au diagnostic sur le fonctionnement psychique d'un patient
- Organiser et animer les groupes
- Ajuster la thérapeutique en fonction du patient et de son environnement familial

- Rédiger les notes cliniques ou des rapports d'activités
- Adapter sa pratique professionnelle aux situations rencontrées
- Observer, écouter et analyser la situation, le discours des personnes
- Formaliser et transmettre son savoir professionnel

LA FONCTION DE PSYCHOLOGUE CLINICIEN AU POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE

SPECIALITE

Psychologue clinicien

POSITION DU PSYCHOLOGUE DANS LA STRUCTURE

Intervention sur les sites suivants :

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (maisons d'arrêt hommes et femmes ; centre de détention homme ; quartier mineur ; centre de semi-liberté)
- Espace d'accompagnement psycho-légal à Baie-Mahault (EAPL) : consultation extrapénitentiaire en milieu ouvert

COMPETENCES COMPLEMENTAIRES SOUHAITEES

- Connaissances en psychologie légale.
- Expérience fortement souhaitée en milieu carcéral ou dans la prise en charge des personnes sous main de justice et des auteurs de violence sexuelle ou non sexuelle.
- Intérêt pour les projets de recherche et les activités de communication et de publication.

CARACTERISTIQUES DES FONCTIONS

Le psychologue clinicien en milieu carcéral réalise différentes missions en recourant à des moyens et en vue de finalités.

MISSIONS	MOYENS	FINALITES
Connaissance spécifique de la personne incarcérée	Examens psychologiques approfondis Comptes-rendus Rencontres avec partenaires extérieurs	Participation avec apport spécifique au projet individuel : élaboration, conduite, évaluation
Transmission de cette connaissance psychologique du patient	Réunions de synthèse (interne ou inter institutionnelles) Rencontres individuelles	Participation avec apport spécifique au projet individuel : élaboration, conduite, évaluation
Participation à l'orientation (projet d'accompagnement global : soin, insertion)	Entretiens individuels Réunions d'objectifs ou de projets pluridisciplinaires Echanges professionnels liés à des situations cliniques	Permettre le meilleur choix possible d'accompagnement pour le patient
Soutien psychologique, psychothérapie en direction du patient	Entretiens individuels Groupes d'expression : groupe de parole, atelier jeu de rôle	Mieux être psychique du patient Traitement de la souffrance psychique
Soutien psychologique en direction de la famille et de l'entourage	Entretiens individuels (en face à face ou téléphoniques)	Diminuer la souffrance Mieux-être familial Aider au processus thérapeutique du patient incarcéré
Soutien à l'équipe	Réunions Rencontres individuelles	Permettre d'être plus « contenant » et efficace dans les interactions avec les patients et leurs familles
Rôle institutionnel	Réunions institutionnelles de projets, de fonctionnement... Rencontres individuelles Rédaction de projets Evaluation d'activité	Participer au projet des établissements (CHM, CP..) Développement qualitatif des prises en charges
Formation de stagiaires (Psychologues,...)	Accueil de stagiaires Evaluation	Enrichissement de l'institution par l'apport de stagiaire
Evaluation qualitative des pratiques	Avec les pairs, groupes de réflexion, d'élaboration et de supervision Contrôle et supervision individuelle	Meilleure qualité de la prestation psychologique Veiller au respect de la déontologie
Recherche	Impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche	Amélioration des prestations spécifiques et de la qualité du service rendu
Développement des connaissances	Lectures d'ouvrages spécialisées	Qualité optimale du service rendu

	Colloques, congrès, séminaires Groupes de travail entre psychologues Stages de formation Travail sur soi (analyse individuelle, supervision)	Développement du travail en réseau (échanges de connaissances scientifiques.. Communication sur notre pratique
Transmission des connaissances	Participer à la formation de professionnels (abord psychologique de la personne incarcérée, des dépendances) Soutien expert aux professionnels concernés par le problème (infirmiers, personnel de surveillance...) Travail inter institutionnel	Meilleure qualité du travail des professionnels, des partenaires
Prévention	Collaborer à des actions préventives sélectionnées Développer et proposer des pédagogies adaptées au contexte socio- culturel	Meilleure évaluation des actions

OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA STRUCTURE

Participation à l'évolution et au développement du service :

- Développement des prises en charges psychothérapeutiques
- Implication dans la dynamique institutionnelle
- Capacité à s'insérer dans un travail en partenariat, notamment avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation et l'administration pénitentiaire, tout en prenant en compte la complexité contextuelle de ces situations et les obligations liées au secret professionnel
- Développement de la consultation extrapénitentiaire (EAPL)

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Intégration dans une équipe composée de :

- 4 psychiatres (3 ETP, 0.5 ETP)
- 3 ETP psychologues (2 ETP en recrutement)
- 1 ETP cadre supérieur de santé
- 1 ETP cadre de santé
- 10 infirmiers
- 1 ETP psychomotricien
- 1 ETP travailleur social
- 2 ETP secrétaires médicales

Equipe appelée à se développer en fonction de l'ouverture des projets (Appartements thérapeutiques post-carcéraux et Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée/UHSA)

LE SMPR DE MARSEILLE RECRUTE

Un poste de psychiatre praticien contractuel à temps plein est disponible au SMPR de Marseille à partir du 1^{er} novembre 2008.

Contact: Dr Catherine Paulet: 00 33 (0)4 91 40 88 63 – catherine.paulet@free.fr

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

TOTAL CONFINEMENT

Madness and reason in the maximum security prison

Lorna A. RHODES

University of California, 2004

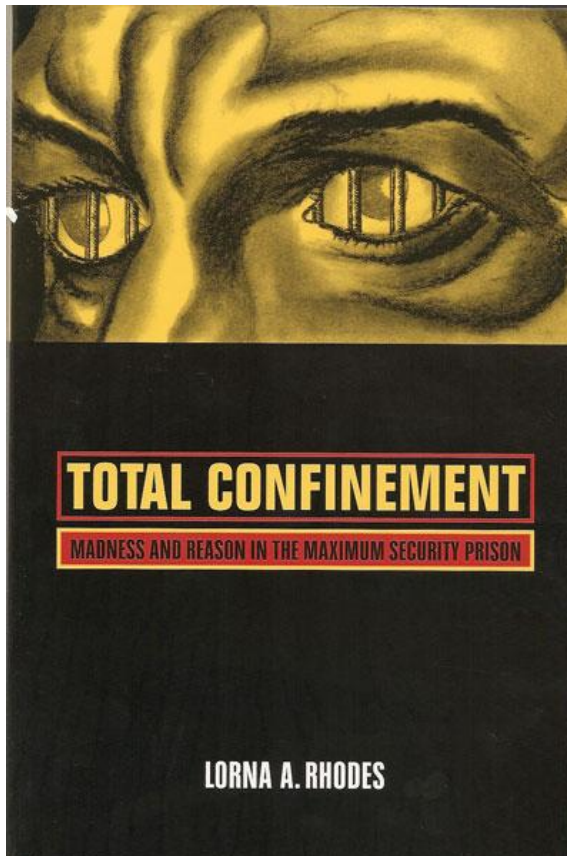
Lorna RHODES est venue il y a quelques mois en France pour évoquer son travail. Ayant eu l'occasion de soirées du des prisons, j'ai capacité de l'être rosité à défaut de

Une traduction la bienvenue l'absurdité du mais en même des idées à cer-

Ci-dessous, une personnelle du

Dans cet excellent Rhodes nous emprisons de sécurité ditions internes pour punir et pour déchirant, parfois gnanges frappants de la prison, il diennes et les pra-prison et porte u prison. Plus qu'un

une réflexion finement théorisée sur ce que l'incarcération révèle de nous-mêmes et de la société. Cet ouvrage est indispensable pour aborder les raisons de notre dépendance aux prisons afin de résoudre les éternels problèmes du crime et de l'injustice aux Etats-Unis.



de ce livre en français serait comme témoignage de comportement humain temps, il pourrait donner tains....

traduction approximative 4^{ème} de couverture.

travail de première main, Lorna mène dans le monde caché des maximale, explorant les contra-d'un système mandaté, à la fois soigner. Son exposé souvent poignant s'appuie sur les témoignages des détenus et des professionnels décrit les occupations quotidiennes derrière les murs de la regard sévère sur l'industrie de la exposé, Total Confinement est

AGENDA

Le groupe multiprofessionnel des prisons se réunit régulièrement le premier mardi de chaque mois de 19 h à 22 h 30 pour réfléchir et échanger sur la situation carcérale. Lieu de réunion : Maison des sciences de l'homme, 52-54 Bd Raspail, 75006 Paris. Renseignements : Antoine Lazarus, GMP, 18, rue de la Poste, 94250 Gentilly. Tél. : 01 48 38 76 84 - lazarus@smbh.univ-paris13.fr. Calendrier : Mardis 4 novembre et 2 décembre.

La parole captive, la détention politique en France, Exposition du 29 mars au 10 décembre 2008, Musée de l'histoire vivante, 31, Boulevard Théophile Sueur 93100 Montreuil, Tél. : 01 48 70 61 62, Fax : 01 48 55 16 34 mushistviv@wanadoo.fr Heures d'ouverture : mercredi / jeudi / vendredi : de 14h à 17h samedi / dimanche : 14h à 18h. Tarifs des expositions : 2 euros ; Gratuit : étudiants, enseignants, chômeurs, groupes scolaires, enfants de moins de 13 ans.

DIU de Psychiatrie criminelle et médico-légale, Faculté de médecine d'Angers, Responsable de la formation : Professeur JL Senon, Renseignements : Faculté de médecine d'Angers, Nathalie MENAR, Département de formation Médicale Continue, rue Haute de Reculée, 49045 Angers, Tél. : 02 41 73 59 44, nathalie.menar@univ-angers.fr

DU « Droit de l'expertise médico-légale », Université Paris 8 – Formation permanente, Objectifs de la formation : « 1) Enseigner dans un langage accessible aux différentes professions concernées les données techniques et juridiques nécessaires à la pratique de l'expertise médico-judiciaire ; 2) Dispenser une formation de niveau universitaire, théorique et pratique, répondant aux besoins des experts médecins dans le cadre de la loi du 11 février 2004 ; 3) Délivrer un diplôme interuniversitaire ouvrant droit à une qualification et à un droit au titre autorisé par le Conseil national de l'Ordre des médecins conformément à la loi du 26 janvier 1984 », Renseignements : 0 820 20 51 00, info-sfp@univ-paris8.fr, www.fp.univ-paris8.fr.

Université de Franche-Comté, section de sociologie et d'anthropologie, master sociologie, *spécialité* criminologie, Année 2008-2009. La spécialité *CRIMINOLOGIE* qui s'ouvre à la prochaine rentrée universitaire (septembre 2008) dans le cadre du Master SHS, mention Sociologie à l'université de Franche-Comté se veut résolument *transdisciplinaire*. Elle réunit autour de « l'objet » *crime* des enseignants-chercheurs et des professionnels spécialisés sur les questions de normes, de déviance et de criminalité venant d'horizons divers - *juristes, historiens, médecins, psychologues, sociologues, anthropologues...* mais aussi *magistrats, avocats, policiers, ou travailleurs sociaux spécialisés*. Contact : E. SANSEIGNE, Secrétariat de Sociologie : esther.sanseigne@univ-fcomte.fr Tel : 03 81 66 53 39, J-M. BESSETTE, Responsable Master Crim. jean-michel.bessette@univ-fcomte.fr Tel : 03 81 58 36 83.

La psychologie d'expertise. Enseignement spécifique sur la psychologie d'expertise s'intégrant dans le DU de réparation juridique du dommage corporel de la Faculté de médecine Paris-Descartes. Renseignements : Compagnie des Experts Psychologues près les Cours d'appel de la Région Parisienne : cepcarp@teaser.fr.

Journées Internationales d'études « Troubles mentaux et défense sociale ». Salle des congrès, Faculté de Médecine, pôle recherche, CHRU de Lille, 13 et 14 novembre 2008. Renseignements : Secrétariat du CRISAVS Tél : 03.20.44.44.35 – 6, rue du Professeur Laguesse - CHRU Fax : Unité de Soins Normalisée (USN B) 03.20.44.44.36 - 59037 Lille Cedex – France. o-arafah@chru-lille.fr

Les aménagements de peine, les associations et l'AREPI GRENOBLE-VARCES. 19 novembre 2008. Débat organisé en préambule aux journées nationales des prisons, avec Maître Jean-Yves Balestas, président de l'AREPI ancien bâtonnier du barreau de Grenoble Maison d'accueil de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces 19h - 20h30. Contact : Jean-Paul Ravet, vice-président de l'ANVP, administrateur de l'AREPI. jp.ravet@free.fr

Journées Nationales de l'ARTAAS « De l'intime au social. A propos des abus sexuels ». 21 et 22 Novembre, Centre Hospitalier de Niort. Renseignements et inscriptions : Secrétariat de l'ARTAAS – Isabelle FACHE – 26, rue Yves Toudic – 75010 Paris – 06 10 04 69 83. Contact : taags@free.fr et www.artaas.org

« Santé Justice : La place du médecin coordonnateur », Lille. Lundi 24 novembre 2008. Journée organisée par l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (ARTAAS) et le Centre de Ressources Interrégional (Nord – Pas-de-Calais – Picardie) pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle (CRISAVS). Contact : Olivier Vanderstukken, référent régional ARTAAS, secrétaire aux régions ARTAAS, coordinateur du CRISAVS Nord Pas de Calais - Picardie. Tél. 03 20 44 44 35, Fax 03 20 44 44 36, oliviervanderstukken@yahoo.fr et contact@artaas.org.

Meurtre d'enfant, enfant meurtrier : approches pluridisciplinaires, Colloque international, 27-29 novembre 2008, université Rennes 2. Renseignements : Eglantine Geslin : 02 99 14 19 63 – ICSHcolloqueME2008@univ-rennes2.fr.

Enfermement et droits de l'homme, aujourd'hui, en France, Conditions d'exécution des décisions administratives et judiciaires de privation de liberté, Journée d'études à l'occasion de 60^{ème} anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme. Mardi 9 décembre. 9h-17h. Paris, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 14^{ème} (Métro Glacière), Amphithéâtre Pierre Deniker. Renseignements : "Déviations & Social-démocratie en Europe", c/o M. Pierre V. Tournier - 43, rue Guy Môquet 75017 PARIS, Tél. Fax Rép. 01 42 63 45 04. pierre-victor.tournier@wanadoo.fr

Psychiatrie et Justice. Journée d'études. Mardi 9 décembre 2008. Nouveau Siècle. Place Mendès France, 59000 Lille. Entrée libre mais inscription obligatoire sur le site : www.epsm-agglomeration-lilloise.fr, rubrique Agenda. Contact et renseignements complémentaires : contact@epsm-agglomeration-lilloise.fr

Loi de protection des majeurs. Formation organisée par l'Ecole Nationale de la Magistrature à Paris sous deux sessions le 26, 27, 28 janvier 2009 et le 3, 4 et 5 juin 2009. 15 places sont ouvertes à des Psychiatres. Renseignements auprès de Thierry.Fossier@justice.fr. Cette formation d'excellent niveau est recommandée par Carol Jonas.

Justice et espaces publics en Occident de l'Antiquité à nos jours. Colloque le 7 et 8 mai 2009 à Montréal. Date limite pour soumettre une proposition : 15 septembre 2008. Renseignements : <http://colloquejustice2009.cieq.ca>.

Cinquième Congrès International Francophone sur l'Aggression sexuelle (CIFAS). Université du Québec, Montréal, 11, 12 et 13 mai 2009. Le congrès international francophone sur l'agression sexuelle est un événement qui a lieu aux deux ans, alternativement au Canada et en Europe. Instauré en 2001, ce congrès résulte de la volonté de rassembler régulièrement des chercheurs et des intervenants de la communauté scientifique internationale francophone œu-

vrant dans le domaine de l'agression sexuelle face à cette problématique qui nous préoccupe tous et désirant avant tout trouver des solutions qui permettront de réduire le nombre de victimes. 5 thèmes : Thème 1 - Questions et modèles théoriques ; Thème 2 – Recherches ; Thème 3 - Pratiques cliniques ; Thème 4 - Victimes et agresseurs sexuels, vulnérabilités et besoins particuliers ; Thème 5 - Diversités sociales, culturelles et géographiques.

Renseignements : Secrétariat du congrès : cifas@ssss.gouv.qc.ca. Institut Philippe-Pinel de Montréal. Danielle Marois - Téléphone : 514-648-8461 poste 558 - Télécopieur : 514-881-3706 et Martine Côté - Téléphone : 514-328-7800 poste 231. Date limite de proposition de communication : 22 octobre 2008.

5ème Colloque International de Psycho-Criminologie en Langue Française. Organisé par l'Université Blaise Pascal, Laboratoire de psychologie sociale et cognitive (LAPSCO, UMR CNRS 6024), CLERMONT-FERRAND. 2-3 juillet 2009. **Contact :** fanny.ferkampt@etudiant.univ-bpclermont.fr

INFORMATION SUR UN SITE CONSACRE A LA DETENTION ET A LA RETENTION

Audrey Kiefer informe de l'existence de son site qui peut intéresser les lecteurs de Kamo. Ils y trouveront des informations intéressantes sur la détention et la rétention. Ci-dessous, présentation du site par son auteure.

« Je me permets de vous écrire pour vous informer de l'existence d'un site d'informations, un blog, le mien. <http://detentions.wordpress.com/> Ce site est plus un espace d'informations que d'opinions et d'analyses. Il traite de la détention (de la prison et du prisonnier) et de la rétention (du "centre"/camp et de l'étranger). Il parfois difficile de distinguer les deux. Les étrangers "retenus", si rare soit leur parole, déclarent ressentir une sensation de carcéral. La violence de la situation, la privation de liberté et de certains droits mais aussi la configuration des lieux et la présence des policiers... tout ceci réduit la distinction que l'on souhaite établir entre l'administratif et le judiciaire.

Si en principe, les prisons et les camps sont bien des espaces spécifiques, où se déploient des stratégies de pouvoir différentes... en situation, les choses ne sont pas si aisément et si clairement délimitées.

Je souhaite donc dans mon site transmettre des données, des informations... il sera question de détention, de rétention, de migration...

Je ne prétends bien sûr pas à la neutralité, à l'objectivité... Cet espace est clairement militant, non pas au travers de mes opinions (plutôt absentes), mais dans le choix de l'information transmise bien évidemment...

Deux outils peuvent être particulièrement utiles sur mon site :

- ma veille - <http://feeds.feedburner.com/akfr-veille>

A partir d'une sélection de sites et de mon google reader, quotidiennement j'informe sur des articles de journaux, des rapports, des événements... sur ce qu'il me semble important de savoir.

- mes cartes (sur googlemap)

<http://maps.google.com/maps/ms?ie=UTF8&hl=fr&msa=0&msid=101905323454763168821.0004558af57e7f2d699c7&ll=45.91748,4.097642&spn=8.101133,12.699508&source=embed>

En projet, la carte des "centres" de rétention et en cours celle des établissements pénitentiaires...

Si vous trouvez cet espace intéressant, n'hésitez pas à transmettre l'adresse et/ou à utiliser son contenu. Et n'hésitez pas à me contacter pour toute information, toute question...

Pour me connaître un peu mieux, je vous renvoie une fois encore à mon site :

<http://detentions.wordpress.com/a-propos/>. Audrey Kiefer »

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

ARPEINTER 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 XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). <http://arpeniter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS : www.artaas.org/

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

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

Ban public : www.prison.eu.org

Bibliothèque Philippe Zoumeroff : www.collection-privee.org

Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS), Poitou, Charentes, Limousin : www.criavs.org

CESDIP, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales : www.cesdip.org

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

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

Claris : www.claris.org/ et blog : <http://blog.claris.org>. Claris est un groupe de réflexion né en 2001 dont l'objectif est de clarifier le débat public sur la sécurité.

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

Commission nationale consultative des droits de l'homme : www.cncdh.fr

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

Détentions et rétentions carcérales : <http://detentions.wordpress.com/>

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

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

Le site des Surveillants : <http://www.surveillants.net/>

Logos : www.logos66.com

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

Observatoire International des prisons : www.oip.org

Observatoire régional de la santé en Guadeloupe : www.orsag.org.

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)

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

En attendant que Socapsyleg dispose de son site, vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous. Vous pouvez également les demander en écrivant à socapsyleg@orange.fr. (et les recevoir gratuitement évidemment). Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

ARTAAS : www.artaas.org

Ban public : www.prison.eu.org

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

Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication
Michel DAVID
Psychiatre des Hôpitaux – Chef de service
Responsable du Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe
Médecin coordonnateur
Réfèrent régional Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle
Président de Socapsyleg

Rédacteurs :
Sophia BOUDINE Psychologue
Franciane CONVERTY - Psychologue clinicienne
Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe
Réfèrente régionale Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle
Secrétaire de Socapsyleg

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

Objet de Socapsyleg

Association scientifique ayant pour but principal de promouvoir, tant dans la zone Caraïbes qu'en France et à l'étranger, la recherche, la documentation et la formation des professionnels concernés dans le domaine de la psychiatrie légale, de la psychologie légale, et de la psychocriminologie. Elle peut également participer par des actions pédagogiques et thérapeutiques à la prévention et au traitement des comportements délictueux présentant une composante psychopathologique.

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations
(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).



Maison médicale du Centre Hospitalier de Montéran