



KAMO DE SOCAPSYLEG

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales
socapsyleg@orange.fr

2010

Année 5, Numéro 1

SOCAPSYLEG
*Société Caraïbienne de
Psychiatrie et de Psychologie Légales*



socapsyleg@orange.fr

Dans ce numéro :

Apprenez donc, Messieurs, combien vos lois sont odieuses par l'horreur invincible qu'inspirent ceux qui les font exécuter; honorez au contraire votre Code d'une loi analogue à votre Constitution, propre à fortifier les sentiments qu'elle a voulu inspirer aux Français, d'une loi qui a fait la gloire et la sûreté des peuples anciens, d'une loi que le despotisme a bien osé promulguer avant vous, et maintenir avec succès dans les pays voisins; d'une loi que les peuples esclaves adopteront, si, comme vous, ils sont appelés un jour à fonder leur Constitution; d'une loi enfin sollicitée par cette opinion saine de tous les hommes éclairés, qui ont su dérober leur raison à l'influence des préjugés anciens et à celle des circonstances du moment » (souligné par MD).
Adrien **DUPORT**, Discours sur la peine de mort, Assemblée nationale, 31 mai 1791.

1.	Sommaire	1
2.	Editorial.....	2
3.	Epines éthiques	3
4.	Audition Sénat	18
5.	ASPMP : loi récidive	27
6.	Note sur l'avis CAS Sénat loi récidive	30
7.	Réforme HSC : SPH - et IDEPP.....	32
8.	Communiqué USM - SPH - ANPEJ loi récidive	33
9.	Nuit sécuritaire communiqué	34
10.	1er parloir à Gradignan	35
11.	Pourquoi nous obéissons	37
12.	Criminocorpus	38
13.	Notes de lecture	40
14.	Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie criminelle	44
15.	Sites Internet	45
16.	Agenda	46
17.	Colloque criminologie	48
18.	Rapport OIP	49
19.	Socapsyleg et la bourse Zoumeroff	50
20.	Où trouver les anciens numéros de Kamo.....	51

Editorial

Normes et liberté

Le soin psychiatrique sous prescription politique



Cette dénomination de secteur (de psychiatrie en milieu pénitentiaire), utile pour intégrer la psychiatrie en milieu carcéral au dispositif général, ne soulève-t-elle pas certaines ambiguïtés ? ... Faut-il créer des hôpitaux psychiatriques judiciaires sur le mode italien ? ... Le public, enfin serait rassuré puisque ce serait la Justice qui prendrait pleinement en charge les fous délinquants et non plus des psychiatres dépourvus de tout sens de la responsabilité sociale ».

Dr Jacques LAURANS

Soigner et/ou Punir . Questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison.

Sous la direction de Odile Dormoy

L'Harmattan, 1995

Le Dr Jacques Laurans, chef du SMPR de Fresnes pendant de longues années nous a quitté le vendredi 5 février 2010 mais peut-on dire qu'il nous a vraiment quittés. Ceux qui l'ont connu, respecté, voire aimé, sont imprégnés de ce qu'il a su leur transmettre avec la compétence, l'expérience et l'humour qu'il partageait sans compter. Un humour et un amour de la vie inoubliables. Et que dire de ses analyses lucides quant à l'évolution de la psychiatrie en milieu pénitentiaire. Le passage en exergue de cet éditorial concentre la finesse de ses analyses et l'ensemble de son intervention lors de ces mémorables 6^{èmes} journées des Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malades difficiles à Sainte-Anne en 1994 garde toute son actualité en ces temps sécuritaires. Pour penser et repenser à son enseignement, cette intervention est d'une actualité toute pertinente. Merci à vous, Dr Jacques Laurans. Vraiment Merci, pour Tout et Tous.

On croyait donc le corps médical sous la coupe de l'industrie pharmaceutique. Grossière erreur. La tutelle n'est plus la multinationale pharmaceutique, mais la pensée unique politique avec une parfaite alliance de l'exécutif et du législatif aidé en cela par une administration préfectorale zélée.

De la circulaire de janvier règlementant les sorties d'essai avec une cohérence renversante (pour argumenter les modalités de sortie d'essai des HO, une décision du conseil d'Etat vient en appui mais concerne une HDT...) aux HO D398 refusée (la sécurisation/neutralisation serait meilleure en prison qu'à l'hôpital), et peu importe si l'ordinaire des personnes détenues se voit éventuellement amélioré par la cervelle du co-cellulaire, sans même avoir besoin de cantiner, en passant par les HO D398 facilitée peu avant la libération, sans indication médicale, pour permettre la neutralisation de présumés futurs délinquants. Pas de soucis financiers pour créer des centres de rétention de sûreté, les HP sont parfaits pour cela.

Vaguement « amoindrie », la loi pour amoindrir le risque de récidive n'a pu s'empêcher d'inscrire dans le marbre de la loi un traitement spécifique qu'il vaut mieux ne pas nommer étant déjà trop dénoncé comme mal nommé.

On conviendra que la thématique des futures 29^{èmes} Journées de la société de l'Information psychiatrique du mois d'octobre prochain est la bienvenue : « *Psychiatrie publique. Entre norme et liberté* ». (petite modification dans le titre de l'édito en pluralisant les normes...). Le cru 2010 devrait pouvoir être un fort moment d'expression associant professionnels et usagers pour lutter contre ces dérives liberticides et anti sanitaires, d'autant plus que les rapprochements syndicaux ne peuvent que se renforcer autour de ces combats qui doivent nous réunir sans la moindre hésitation. Michel DAVID.

LES EPINES ETHIQUES DANS LA PRATIQUE DE LA PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE EN 2009

Constats et proposition

Michel DAVID

Communication présentée aux 20^{èmes} Journées des SPMP et UMD des 14-15-16 octobre 2009 à Strasbourg

Résumé : Dans un moment où les pouvoirs publics incitent les professionnels de la psychiatrie en milieu pénitentiaire à s'interroger sur l'évolution de leur dispositif de soin, il est propice de balayer quelques questions éthiques actuelles.

Les prises de positions éthiques, ou leur absence, des professionnels de la psychiatrie sur plusieurs points seront tour à tour interrogées

Tenir sur ces principes éthiques et professionnels est non seulement un devoir éthique, un impératif catégorique au service de nos patients mais cet engagement vaut aussi pour les administrations pénitentiaires et judiciaires, sans oublier le rôle du pouvoir politique dans les orientations qui sont données. Tenir ces principes est l'indicateur de nos compétences professionnelles. Ne pas les tenir signerait notre insuffisance professionnelle et serait une marque d'irrespect envers nos patients et aussi l'Administration pénitentiaire et la Justice avec lesquelles nous travaillons et même l'ensemble de la société dans notre rôle incontournable dans la politique de santé publique.

Résister professionnellement et si possible conjointement, Santé et Justice, à des injonctions qui émanent de décisions politiciennes est un devoir éthique à partager de manière plus nécessaire que ce partage ne l'est pour certaines informations. Il conviendrait d'inventer un outil distancié, national, de réflexion éthique santé-justice où puissent s'élaborer sereinement ces problématiques, en-dehors du contexte carcéral, pour éviter les relations trop souvent confusionnantes qui se nouent entre personnels soignants et pénitentiaires, tout en rendant public les avis de cet **espace de réflexion éthique**. Evidemment, il serait souhaitable que cette lente sagesse réflexive puisse inspirer le décideur politique, sans illusion démesurée sur le pouvoir d'influence que cet outil pourrait avoir sur les passages à l'acte impulsifs, démagogiques, populistes des politiques et des médias et qui semblent être la norme des gouvernances et des modalités d'information contemporaines.

Il s'agirait en somme ni plus ni moins que de la traditionnelle obligation de moyens et non de résultats. Une autre forme d'Eternel Retour.

Mots-clés : Psychiatrie en milieu pénitentiaire – Ethique – Morale – Engagement – Responsabilité - Secret professionnel – Partage d'information – Suicide – Espace de réflexion éthique – Epines éthiques



*Partage des choses : ce qui est à notre portée, ce qui est hors de notre portée.
A notre portée le jugement, l'impulsion, le désir, l'aversion : en un mot tout ce qui est notre œuvre propre ;
hors de notre portée le corps, l'avoir, la réputation, le pouvoir : en un mot, tout ce qui n'est pas notre œuvre propre...
...Si tu estimes tien cela seul qui est tien, étranger, comme il l'est en effet, ce qui est étranger, personne jamais, ne te
contraindra, personne ne t'empêchera,
à personne tu ne feras de reproche, tu n'accuseras personne, jamais, non, jamais tu n'agiras contre ton gré,
d'ennemi tu n'en auras pas, personne ne te nuira, car rien de nuisible non plus ne t'affectera.
Epictète, Manuel.*

PROLEGOMENES

Faire la première communication de nos Journées est à la fois un honneur, et je remercie Françoise Huck et son équipe d'en avoir décidé ainsi, mais c'est aussi un plaisir égoïste. Egoïste, car il est ainsi parfois possible d'avoir la primeur de certains propos que d'autres intervenants auraient pu envisager d'émettre.

Mais quand le thème d'un congrès concerne l'Éthique, est-ce bien moral d'être égoïste ? Heureusement, si l'Éthique se distingue de la Morale, je ne me culpabiliserai par outre mesure de mon égoïsme. Mais pourquoi l'Éthique se distinguerait-elle de la Morale. Etant donné ce moment introductif, l'exercice de style oblige à quelques définitions car nous savons bien que la polysémie du signifiant peut entraîner des acceptions variables selon les uns et les autres. Exercice de style dont vous pardonneriez probablement la superficialité car ce domaine relève plus de la philosophie que de la psychiatrie.

Lalande dans son célèbre « *Vocabulaire technique et critique de la philosophie* » définit l'éthique comme la science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal. Il précise qu'historiquement, le mot Ethique a été appliqué à la Morale sous toutes ses formes, soit comme science, soit comme art de diriger la conduite. Il en résulterait que dans l'usage ordinaire, ce mot est employé tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, et le plus souvent avec le même vague que le mot morale (sans M). Il propose de préciser trois concepts :

La Morale comme l'ensemble de prescriptions admises à une époque et dans des sociétés déterminées, l'effort pour se conformer à ces prescriptions et l'exhortation à les suivre.

La science des faits ayant pour objet la conduite des hommes que Lalande nomme Ethologie.

La science qui prend pour objet les jugements d'appréciation sur les actes qualifiés bons ou mauvais (la définition initiale) et qu'il définit comme étant strictement l'Éthique.

Une deuxième définition est empruntée à Littré qui remarque que le mot éthique est un terme de philosophie et qu'elle est la science de la morale et enchaîne immédiatement avec une conception emprunté à Diderot, qui m'offrira l'opportunité d'une conclusion quelque peu « libertine », qu'il existe une Ethique politique qui a deux objets principaux : la culture de la nature intelligente et l'institution du peuple.

Il est également parfois écrit que l'Éthique serait essentiellement un engagement personnel d'un individu par rapport à la conduite qu'il doit tenir en fonction de certains faits. Lalande rappelle que les philosophes spéculatifs allemands kantien dont Schelling considère que « *la morale en général pose un commandement qui ne s'adresse qu'à l'individu et n'exige que l'absolue personnalité de l'individu tandis que l'Éthique pose un commandement qui suppose une société d'êtres moraux et qui assure la personnalité de tous les individus par ce qu'elle exige de chacun d'eux* ». En quelque sorte l'impératif catégorique kantien qui demande que la maxime de notre action soit érigée en loi universelle de la nature.

L'Éthique serait donc de retour. Si tel est le cas, elle avait donc disparu. Certes non, Catherine Paulet ne débutait-elle pas sa communication lors de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale en janvier 2007 par le titre suivant : « *Le devenir des malades mentaux en milieu pénitentiaire : un enjeu éthique* ». Il est peu probable que l'Éthique n'ait jamais disparu, peut-être s'est-elle seulement éclipsée, mais les questions sans fin qu'elle pose, ne serait-ce que dans ces définitions, sont elles compatibles avec l'utilitarisme pragmatique, « opératoire » qui paraît souvent exigé des professionnels de la psychiatrie en milieu pénitentiaire ? Vieux débats qui consisteraient à dire qu'en France on se complaît dans des débats théoriques, oiseux alors qu'il convient d'être opérationnel, fonctionnel.

Mais peut-être l'Éthique revient-elle en force ? Les organisateurs de cette journée auraient-ils anticipé sur la bien-aimée loi HPST récemment votée dont on remarque que l'article 1 se termine par l'alinéa suivant : « **Ils (les établissements de santé) mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.** » (Art. L. 6111-1 CSP). Finie donc, l'accusation de débats de grammairiens, nous sommes sommés par la loi de mener une réflexion éthique dont on ne doute pas que nos gouvernants tiendront compte afin que la maxime de nos actions devienne une loi universelle. D'ailleurs, les

réformes hospitalières obligent à se poser des questions essentielles imposées par l'économie. Un article récent dans l'Information psychiatrique de Georges Jovelet intitulé « *L'ordre psychiatrique est-il scientifique, politique, moral ou éthique ?* », s'appuyant sur un ouvrage d'André Comte-Sponville, est un exemple parmi d'autres de cette absolue nécessité d'insistance de débat sur l'Éthique. Éthique le Retour ou Éternel Retour pour faire une allusion à l'impératif nietzschéen : « *Mène ta vie comme si tu pouvais souhaiter qu'elle se répète indéfiniment* ».

On peut aussi citer pour introduire notre sujet des extraits d'un article du monde du 4 septembre 2009 en préambule de la discussion sur la loi pénitentiaire à l'Assemblée nationale. **Jean-Marie Lecerf**, sénateur, rapporteur pour le Sénat remarque plusieurs points :

- Le nombre croissant de personnes atteintes de troubles mentaux
- La prison n'a aucun sens pour nombre d'entre eux
- Deux raisons à l'augmentation des malades mentaux incarcérés
 - L'altération du discernement permet la punissabilité
 - La réduction drastique du nombre des lits et de la durée des séjours hospitaliers.
- Peu d'acquittements pour irresponsabilité pénale pour protéger la société.
- L'altération du discernement entraîne au contraire un allongement de la peine.
- Si le taux est déjà élevé de suicides en hôpital psychiatrique, on imagine la fragilité de cette population en milieu carcéral.
- Une initiative commune à la justice et à la santé s'impose sur ce point, dans les meilleurs délais

Catherine Paulet, Chef de service du SMPR des Baumettes et Présidente de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP) sous un titre bien inspiré « *L'épicentre des souffrances* » considère que :

- *Les pouvoirs publics vont renforcer le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire, prenant acte d'une situation dont la communauté psychiatrique ne doit pas s'accommoder car elle a une large part de responsabilité dans le phénomène.*
- *La venue de soignants en prison a permis d'apporter des soins de qualité aux personnes en souffrance ou en demande.*
- *Le dispositif de soin est victime de son succès.*
 - *Il Légitime l'incarcération de personnes souffrant de pathologies mentales graves.*
 - *Il soulage la communauté psychiatrique et la société de la charge que constituent le suivi et l'accompagnement des patients difficiles à soigner.*
- *A cette théorie inclusive a répondu une pratique d'exclusion avec un surcroît de peine par réflexe de défense sociale face à la folie, porteuse d'incompréhensible et surtout de danger*

Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux privatifs de liberté considère que le fait d'envisager la prise en charge des maladies mentales en prison est en soi préoccupant.

QUELQUES EPINES ETHIQUES

Pourquoi des épines ? La réponse est reportée à la conclusion. Ces épines sont-elles des problèmes éthiques, notamment des jugements portés sur les actes considérés comme bons ou mauvais ? Il faudrait bien des pages pour lister et détailler toutes les épines éthiques que nous rencontrons. Quelques unes seulement seront exposées car l'exhaustivité est impossible.

L'avis des usagers

Dans la perspective de la préparation de la loi pénitentiaire, des Etats généraux de la condition pénitentiaire ont été organisés et clos le 14 novembre 2006. Puisqu'il semble que les Etats Généraux soient la solution à tous les problèmes, citons-en quelques extraits qui ont un rapport avec notre sujet. Toutefois, on peut se demander si les seuls Etats Généraux qui ont réellement compté dans notre pays sont ceux de 1789 et que depuis il s'agit de pâle répétition pour amuser la galerie. Préparant cette communication, je me demandais si cette remarque n'allait pas sembler quelque peu politiquement incorrecte, un tantinet gauchiste. J'eus l'heur de trouver un avis similaire récent émis par un magistrat, Christian Byk, dans la sérieuse et quelque peu austère revue Médecine et Droit dans un article intitulé « *L'apport des Etats-Généraux au débat bioéthique* ». Il voit dans les Etats généraux une recherche de légitimité par les pouvoirs publics aboutissant à un leurre médiatique pour dissimuler de nouveaux pouvoirs sur les corps : « *La banalisation du nom d'« États-Généraux » (également appliqué à l'organisation de débats, mis en place dans le même esprit mais sur des questions de nature et d'importance très différentes) montre qu'il s'agit là bien plus d'une « nouvelle » méthode de gouvernance des « questions politiquement sensibles » susceptible de rénover l'image ringarde et décriée des études d'impact et des sondages. Cela relève de la politique médiatique, du « politiquement correct » sans grande volonté de déstabiliser l'ordre des choses, bien au contraire.....* ».

Citons quand même l'avis des usagers. Le renforcement de certains soins psychiatriques en milieu pénitentiaire ne semble pas rencontrer un consensus large. Ainsi lors des Etats Généraux de la Condition Pénitentiaire de 2006, 60% des détenus jugèrent comme prioritaire le transfert systématique en milieu hospitalier spécialisé des détenus souffrant de graves troubles psychiatriques. 80% estiment qu'il est nécessaire de la mettre en œuvre. Cette action apparaît comme une priorité pour 7/10

familles, 8/10 travailleurs sociaux, 8/10 surveillants, 8/10 avocats, 8/10 personnels de santé, 8/10 intervenants extérieurs.

D'une manière générale, bien que la version de 2004 du guide méthodologique des soins aux personnes détenues ait donné une large place aux avancées de la loi Kouchner, les personnes détenues ne sont pas considérées comme fiables ou responsables (bien que dans la quasi absolue majorité des cas, elles sont reconnues pénalement responsables). Il est bien souvent difficile de faire admettre que les informations sur leur santé doivent transiter par elles. D'où la nécessité de rappels « officiels » comme celui de l'Audition publique relative à la prise en charge de la psychopathie (p. 51) : « *Les informations médicales, notamment à destination des magistrats, doivent passer par la personne détenue elle-même (remise de certificats médicaux par exemple)* ».

L'histoire des origines : une faute de jeunesse ?

A-t-on fauté en créant le Secteur de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (SPMP) en 1986 ? Certes au préalable, la lutte de quelques pionniers pour donner des soins aux personnes détenues semblaient parfaitement légitimes. Pourquoi exclure les prisonniers des soins ? Une raison souvent avancée dans cette période préhistorique était que la pathologie psychiatrique était uniquement due à la prison dont les aspects délétères étaient responsables des manifestations psychopathologiques. Evidemment, argument peu recevable dans son intégralité. On ne voit pas pour quelles miraculeuses raisons, la population pénale serait vaccinée contre les maladies mentales pouvant survenir hors déclenchements carcéraux. Juste cause donc de s'engager à soigner en prison et pourquoi pas spécifier un secteur de psychiatrie spécifique dont la création obligeait à donner aux soignants les moyens nécessaires pour leur mission, d'autant plus qu'au fil du temps s'affirmait l'idée qu'il fallait, équité républicaine oblige, pouvoir prodiguer les mêmes prestations qu'en milieu ouvert. Evidemment cette création impliquait une nuance de taille, alors que les secteurs de psychiatrie se définissaient par rapport à une population d'âge et un secteur géopopulationnel, le SPMP se définissait uniquement par une topologie très circonscrite aux prisons, institutions dont l'absence de banalité n'échappe à personne. Le SPMP, Dasein institutionnel naissant, ce tout inachevé allait avoir de beaux jours devant lui pour tendre vers un achèvement total pour ne pas oser dire totalitaire.

De l'hospitalisation de jour aux UHSA puis aux cellules d'hébergement et horresco referens les centres médico-socio-judiciaires

Si les SMPR et les DSP se doivent d'avoir une activité essentiellement ambulatoire, ceux-là pouvaient avoir une forme d'hospitalisation, première étape vers un renforcement confirmé des soins en milieu pénitentiaire. Pris entre ces soins « librement consentis » en SMPR et les HO D398, il fallait pour aligner l'offre de soins aux personnes détenues comme dans le milieu libre permettre toutes les modalités d'hospitalisation (HDT, HL).

Même, si comme on le verra plus loin, peut-être peut-on observer un infléchissement dans le perfectionnement d'une filière ségrégative mais qui reste teintée d'ambivalence puisque la tendance serait à l'extension du dispositif « cellules d'hébergement/hospitalisation de jour » dans tous les établissements pénitentiaires suffisamment importants.

Finalement le ségrégatif l'emporte pour l'instant avec la chimère horrifique du centre socio-médico-judiciaire de sûreté, petit dernier intégré dans les établissements concernés par les missions de service public dès l'article 1^{er} de la loi HPST (article L. 6112-1 CSP). Nul doute, que de la même manière que les psychiatres pionniers entrèrent en prison, les psychiatres contemporains trouveront des arguments humanitaires similaires pour y exercer et que dans 20 ans, leur intervention ne posera pas plus de problèmes éthiques que la nôtre actuellement en milieu pénitentiaire.

Remarquons l'aide apportée par certains préfets pour confirmer les soins en prison en refusant les HO D398. Nos réactions professionnelles semblent avoir été assez pusillanimes sur ce point.

Du rôle du dispositif dans l'augmentation des malades mentaux en prison

Difficile d'affirmer que l'augmentation alléguée des malades mentaux en prison serait due au développement des SPMP. Evidemment, l'offre suscitant la demande, on a tout lieu d'être tenté d'utiliser les moyens en place. Pour donner un exemple, lors d'une commission annuelle pour les mineurs, le service présentait le protocole mis en place pour les mineurs à leur incarcération. Le substitut du procureur en charge des mineurs se montra très satisfait et déclara qu'il était ainsi rassuré quant au sort des mineurs qu'il pouvait donc incarcérer sans trop d'états d'âme. J'ai ruminé pendant un an cette remarque afin de pouvoir dire à la dite commission la colère que cette remarque avait levé au sein de l'équipe.

Toutefois, le sénateur Jean-Marie Lecerf se pose la question si le fait de créer les UHSA n'indiquerait pas que l'on engage un cercle vicieux plutôt que vertueux (Discussion autour de l'amendement n°125 de la loi pénitentiaire au printemps 2009).

Du partage d'information et la communication

S'il est bien un sujet qui nous irrite, c'est celui concernant le secret professionnel. Anne Henry développera ce thème lors de nos journées. Les débats se situent à plusieurs niveaux.

Au niveau judiciaire, parfois lors de l'instruction mais surtout lors de l'application de peines, les pressions sur les soignants pour livrer des informations sont récurrentes. Les uns et les autres, nous sommes confrontés à des « incitations » plus ou moins importantes selon les lieux pour préciser le type de soins délivrés notamment par les JAP. Les simples certificats de suivi sans

précision ne satisfont souvent pas les magistrats qui veulent savoir si les soins sont bien en relation avec ce qui les préoccupe : les violences sexuelles, la « dangerosité » etc. L'extension de l'injonction de soin « encourue » conduit à d'inouïes démarches kafkaïennes et courtelinesques dans lesquelles usagers et professionnels se perdent.

Au niveau pénitentiaire, la participation aux commissions conduit à bien des hésitations. Certes, on peut se tenir aux recommandations du guide méthodologique de 2004 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, notamment relativement à la prévention du suicide : « *La prévention du suicide ne peut se concevoir sans une coordination pluridisciplinaire, en amont de la crise suicidaire, pendant celle-ci ou après une tentative de suicide d'une personne détenue. Elle est fondée sur l'analyse en commun de la situation et sur la coordination des actions et des projets entrepris par chaque service concernant chaque personne repérée comme présentant un risque suicidaire. Elle s'effectue dans le respect des règles déontologiques de chacun des acteurs, notamment au travers de réunions de la **commission pluridisciplinaire** mise en place dans nombre d'établissements pénitentiaires* » (II-2.4.4.1.2, p.60).

Commission de prévention du suicide qui risque de se transformer en commission pluridisciplinaire unique (CPU) où l'on compte bien sur le psychiatre pour prévenir les situations dangereuses. On sait que la loi de rétention de sûreté du 25 février 2008 a précisé une nouvelle dérogation au secret professionnel : « *Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires* ».

Au cours du débat du printemps 2009 sur la loi pénitentiaire, les sénateurs, à l'initiative d'ailleurs du député centriste et médecin Nicolas About, avaient introduit un nouvel article (20 bis) ainsi rédigé : « *Un acte dénué de lien avec les soins, la préservation de la santé du détenu ou les expertises médicales ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral* ». Bien qu'ambigu dans son allusion aux expertises, cet article insistait sur la fonction soignante en prison. Les députés ont supprimé cet article dont le gouvernement ne voulait pas non plus. La crainte essentielle étant que les médecins refusent de participer aux commissions pluridisciplinaires uniques. L'argumentation suivante étant avancée : « *Un acte dénué de lien avec les soins, la préservation de la santé du détenu ou les expertises médicales ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral* » avec notamment l'argumentation suivante : « *L'article 20 bis du projet de loi a pour effet de limiter le rôle des médecins et des personnels soignants dans tout acte « dénué de lien » avec les soins ou la préservation de la santé du détenu ou les expertises. Une interprétation restrictive de cette disposition pourrait conduire à la remise en cause d'actes actuellement effectués par le personnel soignant, notamment ... la participation des médecins à la commission pluridisciplinaire unique qui donne son avis sur de nombreux aspects de la prise en charge des personnes détenues (travail, activité, affectation en cellule, etc.). La participation des médecins et du personnel soignant à cette instance centrale dans la régulation de la détention est particulièrement importante* ».

Surprise ! Lors de la commission paritaire mixte, sur la demande du groupe socialiste, l'article est rétabli dans une formulation très claire, supprimant même l'ambiguïté en relation avec les expertises : « *Ne peuvent être demandés aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ni un acte dénué de lien avec les soins ou avec la préservation de la santé des personnes détenues, ni une expertise médicale* ».

Pourtant, une députée socialiste avait déposé un amendement, vite retiré après réactions des associations de professionnels et de son groupe politique, qui poursuivait le délitement du secret professionnel : « Les médecins amenés à suivre un détenu peuvent, s'ils jugent que cela va dans l'intérêt de leur patient et peut servir à améliorer ses conditions de détention, partager avec le personnel pénitentiaire les données médicales nécessaires. Le personnel pénitentiaire s'engage par serment à garder ces données confidentielles. Ce secret médical partagé n'autorise aucunement le personnel pénitentiaire à accéder à l'ensemble du dossier médical » (art. 22 bis).

Il n'est pas question, pour ma part, de tenir une position d'étanchéité absolue entre les services hospitaliers et le personnel pénitentiaire. Ce n'est d'ailleurs pas ce qui se passe dans le SMPR où je travaille où chacun respecte l'autre dans sa mission et où les échanges minimums pour tous : usagers et professionnels sont respectés. Qu'est-ce qu'un échange minimum ? Sur quelles bases repose-t-il ? L'obligation de porter assistance à une personne en péril ou à empêcher un crime ou délit contre l'intégrité corporelle à autrui (art. 223-6) semble être une obligation juridique et morale plutôt consensuelle et qui permet de résoudre la majorité des questions sérieuses relevant de la compétence médicale et qui se posent aux soignants. Il n'est pas non plus question de limiter nos règles collectives à un décalogue mais la multiplication des lois, des dérogations multiples au secret professionnel, ne peut que conduire à la confusion, à leur impossible connaissance par nous tous et à l'oubli des obligations juridiques les plus structurantes. Pour l'anecdote, rappelons cette extraordinaire définition de la récidive légale qui rend difficile l'intégration de la loi.

Définition de la récidive. Circulaire DACG n°2007-10 du 13 août 2007

Il n'y a nouvelle récidive légale ... que lorsqu'une personne commet une infraction qui constitue le deuxième terme d'une récidive dont le premier terme constituait le second terme d'une précédente récidive, ou, plus précisément, dont le premier terme est une condamnation prononcée pour une infraction qui constituait le second terme d'une précédente récidive, à condition que ce précédent état de récidive ait été relevé par la juridiction de jugement.

compris » n'est pas anodine. Que comprenons-nous vraiment de ceux qui se confient à nous. N'allons-nous pas comprendre parfois de travers ? Forcés ensuite de se prononcer à une commission, ne risquons-nous pas de prononcer des propos

aventureux, à partir desquels des décisions engageantes pour le sujet peuvent être prises et s'avérer cruciales pour son devenir (cf. La CAP) ?

L'exigence de certains d'entre nous à limiter les propos à échanger avec des tiers au sujet des patients, ne s'appuierait donc pas que sur un légalisme excessif pour certains, mais sur la simple reconnaissance de nos limites à la connaissance d'autrui. Il n'est qu'à voir les contradictions trop souvent présentes dans les rapports d'expertise, aux conséquences non négligeables sur le destin de l'intéressé, pour s'imposer une règle éthique de prudence dans les échanges d'information. Et que cela veut-il dire quand on demande aux médecins de donner leur avis sur la vie quotidienne des détenus : travail, activité, affectation en cellule. Que veut dire cette ingérence médicale, sans l'avis des intéressés, dans leur vie quotidienne ? Il s'agit d'un abus de pouvoir médical.

Les préoccupations qui se manifestent fortement actuellement par exemple autour de la question du suicide conduisent à penser que la réunionniste salvatrice et préventive va résoudre bien des problèmes (elle simplifierait en apparence surtout le partage des responsabilités). Pourtant un petit paragraphe du guide méthodologique donne bien des clés à ce problème de la souffrance psychique et physique en prison : « *La prévention du suicide en milieu carcéral passe d'abord par une logique globale de mise à niveau de l'environnement et des conditions de détention de la personne détenue. Il s'agit de favoriser le maintien de la santé mentale de celle-ci* » (II-2.4.4.1, p 57).

A ce propos, un amendement (n°556) défendu par le député Dominique Raimbourg, sans qu'il fasse référence au suicide, semblait très intéressant au regard de la prévention du suicide : « *Le détenu peut saisir par tout moyen le président du tribunal de grande instance statuant sur requête, afin qu'il désigne un mandataire ad hoc, chargé de veiller sur tout ou partie de ses biens. La personne ainsi mandatée tient ses pouvoirs du détenu et lui rend compte de ses diligences ; ce dernier peut demander au juge de le révoquer* » et argumenté de la manière suivante : « *Il convient de prévoir, pour le détenu qui ne peut plus veiller sur ses biens et qui, souvent, ne sait à qui confier ce qu'il possède, une solution à son problème afin que la peine de privation de liberté prononcée n'entraîne pas une perte de ses biens ; dans la mesure où l'intervention d'un professionnel n'est pas nécessaire, la nomination d'une personne qualifiée, appartenant éventuellement à une association constitue une solution acceptable. Pour ne pas alourdir la procédure, le rôle du juge se borne à une nomination de la personne et le cas échéant à sa révocation ; le détenu n'est pas dépossédé de ses droits, ni infantilisé, bien au contraire* ».

Rejeté pour raisons financières (article 40 de la constitution), cette proposition aurait été bien utile pour limiter le choc carcéral, notamment pour les détenus primaires complètement désorientés au début de l'incarcération et démunis face à toute action pour gérer des situations ordinaires de la vie courante. Les mesures du type pyjamas en papier semblent plus simples à trouver et pourtant tellement ambiguës. Dommage aussi que l'argumentation n'ait pas évoqué la prévention du suicide dans l'intérêt de cette mesure. Ne parlons pas ou plutôt parlons-en du codétenu aidant anti suicide. L'Etat n'ayant pas les moyens convenables d'assurer des vies décentes en détention ose confier la lutte anti-suicide à un codétenu qui devra ensuite compter sur l'aide d'un autre détenu de 2^{ème} niveau pour le débriefer après le suicide réussi du codétenu dont il avait la charge....

Que dire de cette émotion bienpensante face à la sursuicidalité en prison :

- Conditions carcérales épouvantables (cf. le film projeté en dernière journée de ces journées : « dormir en prison »).
- Rupture avec l'environnement social et affectif
- Histoires de vie souvent traumatiques avant l'infraction
- Culpabilité possible, quoiqu'on en dise, par rapport à un acte hautement répréhensible
- Honte liée à l'incarcération même pour des faits « mineurs »
- Arcanes judiciaires
- Enfin perspective de décennies de prison.....

Cette lutte incessante autour du respect du secret professionnel conduit certains auteurs à considérer que le secret professionnel ne serait plus la clé de voûte du respect de l'éthique médicale en prison. Le patient peut avoir accès à son dossier et en transmettre les éléments à sa guise. Ce qui serait la clé de voûte de l'exercice médical éthique en milieu pénitentiaire serait d'affirmer que **la médecine auprès du patient détenu n'aurait qu'une seule fonction : le soigner**. Toute autre fonction ferait sortir le patient du champ de la médecine de soin pour entrer dans celui du champ judiciaire ou de la médecine légale.

*Du psychiatre et du psychologue cliniciens et thérapeutes
aux mêmes devenus criminologues*

L'allusion au suicide fait le lien avec une autre incohérence de notre société. D'un côté l'urgence face au suicide, de l'autre des propositions comme celle (n°19) du récent rapport d'information de juillet 2009 de l'Assemblée Nationale relative à la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice : « *Modifier l'article 717-1 du code pénal, afin que les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire ou pour une infraction pour laquelle le suivi sociojudiciaire est encouru accèdent **prioritairement** (souligné par moi) aux soins en détention, notamment psychiatriques, lorsqu'elles les sollicitent (mesure législative)* ». Les députés peuvent certes visiter les prisons, mais un stage d'immersion dans les SMPR leur permettrait peut-être de percevoir l'incongruité de cette recommandation.

Cette proposition a déjà été formulée par la commission d'analyse de la récidive en juin 2007 : « *...Il serait pertinent de prévoir que les condamnés qui purgent une peine de SSJ assortie de l'injonction de soins soient reçus **en priorité** (souligné dans le texte original) par le personnel soignant de l'établissement. Cette priorisation n'est pas pratiquée par beaucoup de soignants qui estiment ne pas devoir être lié par le diagnostic de dangerosité posée par la juridiction. Ce traitement prioritaire permettrait ainsi d'assurer la cohérence des textes avec la réalité du terrain : vous devez suivre des soins pour espérer obtenir des réductions de peines et on fait en sorte que vous accédiez prioritairement aux soins lorsque vous les sollicitez. De manière plus*

ambitieuse, cette priorité pourrait s'étendre aux condamnés purgeant une peine pour laquelle le SSJ est encouru » (p.69).

Ainsi, il serait plus judicieux de traiter en priorité les rares demandes et les plus fréquentes non demandes de soins à partir d'une qualification pénale plutôt que les états anxieux, dépressifs ou dissociatifs se manifestant par les comportements suicidaires, automutilateurs, avaleurs, hétéroagressifs etc.

En fait, en plagiant une ancienne publicité : « *Elles veulent tout...* » (En l'occurrence, « elles » sont les autorités administratives, politiques, médiatiques et l'opinion publique), on pourrait croire qu'il faut tout faire en priorité, selon le point de vue des uns et des autres.

On peut certes désirer pour autrui en aliénant ses choix. Pour l'heure, nous occupons le terrain, et le connaissons bien, et l'indépendance, les choix médicaux et l'engagement de notre responsabilité nous appartiennent encore. Mais pour combien de temps ?

Le problème de l'injonction de soin, et notamment de l'injonction de soin encourue, nous place insidieusement dans une position de « criminologue ». On sait que le débat sur la criminologie, porté avec vivacité entre autre personne, par Pierre-Victor Tournier, est d'un intérêt indéniable. Nous devons y participer afin de préciser notre place et notre rôle. L'avis de non contre indication que nous pouvons parfois rendre lors d'injonction de soins encourue nous place insidieusement dans une position expertale qui nous est interdite par le code de déontologie médicale (et si l'article 20 bis de la loi pénitentiaire est définitivement retenu, cette position est confortée).

L'expertise psychiatrique elle-même peut évoluer. Face aux débats bien connus sur les distinguos entre dangersités psychiatriques, criminologiques, sociales, pénitentiaires, auxquelles, j'avais méchamment ajouté dans un écrit humoristique, la dangerosité politique, trois niveaux d'expertise psychiatrique ont été dégagés lors de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique pénale :

Niveau 1 : Identification d'une pathologie psychiatrique. Etat du discernement

Niveau 2 : Lecture psychodynamique du passage à l'acte

Niveau 3 : Analyse psychocriminologique du passage à l'acte

La question des « groupes » criminologiques ? Thérapeutiques ? réunissant les auteurs de violence sexuelle, avec les risques de confusion des rôles des uns et des autres (SMPR/DSP et SPIP) est loin d'être résolue. Notre place dans les CPU peut également conduire à ce glissement.

Des soins obligés en prison ; Du soin non confidentiel

« La santé des détenus est un problème constant qui a fait des progrès considérables. Nous sommes arrivés avec des difficultés inouïes à mettre fin à ce que l'on a appelé « la médecine pénitentiaire », qui était une médecine de sous-hommes. Nous fûmes confrontés à des réactions corporatistes intenses. En 1983, nous avons rattaché les établissements pénitentiaires à l'inspection de l'administration de l'assistance publique. Le regard de cette inspection fut enfin posé sur la médecine carcérale et, de ce jour, tout fut rendu possible, avec des progrès successifs qui n'ont jamais cessé, car l'on a compris qu'il ne pouvait exister une médecine pratiquée pour tous et une médecine carcérale et un traitement carcéral des maladies. Il existe des maladies pénitentiaires, mais c'est autre chose. Devant la maladie, tout être humain doit être également traité. »

Rapport Assemblée Nationale, 2000, Robert Badinter, p.209

Les soins non contraints sont un principe auquel les soignants en milieu pénitentiaire tiennent tout particulièrement : refus de la double peine et obligation du consentement. Ce point nous semble évident. Pourtant, nous devons souvent le défendre auprès de nos collègues, comme si les personnes non détenues continuaient à être sinon des sous-hommes au moins des sous-citoyens, sous prétexte qu'ils auraient pu transgresser les lois. Rappel de la médecine de sous-hommes, d'avant 1994, comme le disait Robert Badinter en 2000 à l'Assemblée Nationale.

Le chantage aux remises de peine si des soins sont entrepris, est non seulement absurde sur bien des points que le temps ici ne permet pas de développer, mais continue toujours insidieusement, à invalider une démarche de soins au profit d'une utilisation des soignants à des fins de contrôle sécuritaire des personnes délinquantes.

La critique de ces évolutions ne sont pas seulement émises par les soignants en milieu pénitentiaire mais ont été « officiellement » et scientifiquement énoncées lors de l'Audition publique sur le Prise en charge de la psychopathie en 2006. Mais peu importe. Ces lourdes organisations n'ont que peu d'effet sur les décisions politiques gouvernées par l'opinion publique et calées sur les échéances électorales.

La loi a prévu que des remises de peine supplémentaires pourraient être accordées aux condamnés acceptant de *suivre une thérapie visant à limiter les risques de récidive*. Aucune disposition ne vient préciser le cadre dans lequel un médecin peut en détention *estimer qu'un traitement est nécessaire*.

Les experts entendus se sont montrés réservés à l'égard de ces dispositions qui pourraient remettre en cause la notion de droit à l'accès libre au soin (et donc son corollaire la liberté de s'en abstenir) en milieu fermé. Ils ont rappelé que la prévention de la récidive ne pouvait être l'objectif premier du traitement.

Audition publique. Prise en charge de la psychopathie, 2006, p.48

A côté du soin obligé, se trouve le soin sous le regard étroit de l'administration pénitentiaire. Cet aspect est lié aussi au secret professionnel et à la confidentialité. Il est une disposition des soins en milieu pénitentiaire qui ne peut être contournée : les mouvements des personnes détenues étant sous le contrôle pénitentiaire, les consultations ne peuvent être ignorées. C'est en soi un problème mais dont on ne voit pas comment il peut être résolu. Le problème peut devenir intenable lorsque pour des motifs sécuritaires, l'administration pénitentiaire peut exiger la présence d'un surveillant au sein d'un groupe thérapeutique. Cela vient de survenir récemment. Nos messageries ont alors connu un moment de surchauffe. Cela peut conduire à l'arrêt de ces groupes pour lesquels nous sommes tellement sollicités. Inutile de s'étendre sur ce point dont on comprend bien qu'il est incompatible avec un soin.

Enfin dernière version d'un soin obligé posant un dilemme éthique aux soignants : le problème de la rétention de sûreté. Les réserves émises par le conseil constitutionnel sur la rétention de sûreté conduisent à ne pas pouvoir imposer la rétention de sûreté à un condamné ayant purgé sa peine et qui n'a pas pu bénéficier de soins pendant sa détention. Nous devons maintenant informer nos patients (loi Kouchner) qu'ils ont le choix entre ne pas bénéficier des remises supplémentaires de peine par manque de soins mais être libérés sans condition en fin de peine où être retenus peut-être sans limite dans les CSMJ à leur « libération » s'ils ont bénéficié de soins. Scandaleux et aberrant.

L'exception psychiatrique

Nous nous efforçons, en vain d'ailleurs, de ne pas contribuer à la création d'une filière ségrégative de soins alors que par « essence », la personne souffrant de troubles psychiatriques graves est en soi « **maléficiaire** », pour reprendre un néologisme créé par Catherine Paulet à propos de l'article 122-1 alinéa 2, en étant plus lourdement condamnée du fait de ses troubles et pour des raisons sécuritaires. Elles ne pourront par la suite bénéficier, si leur état mental s'aggrave rendant difficile l'adaptation carcérale, de la possibilité d'une suspension de peine pour troubles psychiatriques, contrairement aux maladies somatiques. L'HO D398 n'est pas la réponse à ces situations chroniques et les UHSA ne devraient pas l'être. Récemment, dans le service, nous avons été confrontés à une situation, finalement ordinaire pour de nombreux SMPR, mais pour laquelle nous avons voulu agir dans le sens de la suspension de peine. Un patient souffrant d'une grave schizophrénie habitué aux allers et retours fréquents errance/prison et dont l'état mental n'était absolument pas amélioré après une HO D398 nous a conduit à faire valoir l'article D382 du CCP auprès du juge d'application des peines par l'intermédiaire du directeur de la prison pour lancer la question de la suspension de peine pour trouble mental grave : « *Les médecins intervenant dans les structures visées aux articles D. 368, D. 371 et D. 372 délivrent au détenu, à sa demande, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil.*

Ils lui fournissent les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la sécurité sociale, et notamment de ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ils délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé.

En tout état de cause, si ces médecins estiment que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ils en avisent par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente.

Un double des attestations et avis délivrés en application des alinéas 3 et 4 du présent article est remis au détenu, à sa demande ».

Encore une autre situation clinique qui peut nous poser des cas de conscience. Récemment aux journées du SPH/SPIP à Arcachon, je présentais une communication sur « Schizophrénie et détention ». J'y citais le cas d'un patient d'une quarantaine d'années dont la schizophrénie était impressionnante. Pour ce patient multirécidiviste pour des délits utilitaires de subsistance, les signalements aux magistrats pour expertises (plusieurs art. 122-1), les HO D398 répétées, un travail soutenu auprès du secteur de psychiatrie nous a fortement mobilisés. Au retour d'Arcachon, lors de notre synthèse une infirmière nous apprend qu'il vient d'être retrouvé à son domicile en état de décomposition avancée. Si nous nous n'étions pas autant battus pour qu'il ne reste pas en prison, peut-être y aurait-il survécu.....

Evidemment, ces questions débordent largement strictement la psychiatrie en milieu pénitentiaire mais nous y sommes fortement impliqués.

Le sadisme « thérapeutique » en action

Si en soi, le chantage, dans le sens commun du terme mais non dans le sens pénal, aux remises et aux aménagements de peine contre des soins consentis avec un enthousiasme communicatif représente déjà un comportement moralement discutable, les contraintes à la mal nommée castration chimique, voire à la castration physique, dans lesquelles vont être emportés à la fois patients et professionnels sont hautement inquiétantes (cf. les numéros précédents de Kamo présentant les communiqués de l'ARTAAS et de Socapsyleg relativement aux castrations chimiques et physiques).

Les épines éthiques hospitalières

Une façon de dire que les administrations hospitalières n'aident guère les soins en milieu pénitentiaire. Elles peuvent considérer ces services excentrés comme peu intégrés à la vie hospitalière, dont on ne cherche guère à comprendre le fonctionnement atypique du fait de leur implantation en milieu pénitentiaire et qui complique à l'envi les démarches de toutes sortes.

Oserai-je dire qu'il s'agit d'une forme de partage de représentations négatives sur les patients détenus avec l'opinion publique, « racailles » à oublier, pour lesquels il est peu convenable de consacrer des sous tellement manquants par ailleurs. Le peu d'attention à la qualité des recrutements en professionnels aguerris à opérer est un symptôme parmi d'autres de la collaboration des administrations hospitalières aux préjugés les plus archaïques de l'opinion publique soutenus par les politiques conservatrices.

PREMIERS EFFETS DU COMBAT ETHIQUE

Il ne suffit pas de constater ces épines éthiques, il convient d'envisager les actions à mener pour faire évoluer les idées. Quelle praxis ?

L'action associative (ASPMP) s'efforce de travailler sur tous ces points. A la fois par le biais des communiqués mais aussi par la participation à des groupes de travail, notamment ceux organisés par la DHOS et plus particulièrement le séminaire de mars 2009 autour des huit thèmes suivants, sous la direction du Dr Péton-Klein, et qui donne beaucoup de travail, et me semble-t-il d'épuisement voire de souffrances, à la présidente de l'ASPMP :

Atelier 1 : Organisation du dispositif de soins psychiatriques ambulatoires des personnes détenues

Atelier 2 : Hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique

Atelier 3 : Fonctionnement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées

Atelier 4 : Continuité des soins à la sortie

Atelier 5 : Coordination des soins en santé mentale

Atelier 6 : Spécialisation des établissements pénitentiaires

Atelier 7 : Compétences et formations des professionnels

Atelier 8 : Promouvoir la demande de soins

Nous devons beaucoup à Catherine Paulet pour cet engagement souvent décourageant.

Il est difficile de présager ce que donneront ces travaux, tellement les enjeux sont divers et importants. Enjeux politiques, économiques, sanitaires, parfois très dépendants d'un contexte de démographie sanitaire et de motivation des divers professionnels à travailler en milieu pénitentiaire. Problèmes de motivation pour ceux qui veulent intégrer cette pratique mais aussi de motivation pour ceux qui peuvent considérer que certaines évolutions peuvent devenir incompatibles avec leur éthique personnelle.

Quelques pistes :

- L'abolition du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, obsession personnelle, pour une réintégration des soins aux personnes détenues dans le giron du secteur de psychiatrie générale : peu probable.
- Toutefois, le programme UHSA connaît quelques fissures. Le maintien de la possibilité d'hospitalisation de proximité a été évoqué lors du séminaire d'avril 2009.
- Des possibilités d'hospitalisations en HDT ou HL en EPSM ont même été évoquées.
- L'utilité d'USIP, sorte de mini UMD est avancée. Les travaux en cours de la commission sénatoriale Lecerf et Pascal l'évoquent comme ce le fût dans le débat sur la loi pénitentiaire. Ce sujet a été largement débattu dans les journées SPH/SIP.
- Les soignants des UCSA et des SMPR/DSP se plaignent assez souvent d'être un peu oubliés de leurs administrations hospitalières ou des ARH. Le projet de loi pénitentiaire présenté début septembre introduit deux modifications à la loi HPST récemment votée (et qui d'ailleurs avait confirmé cet « oubli » du contexte carcéral). L'article 22 quinquies ajoute une 5^e mission aux ARS : « Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire » et l'article 22 sexies introduit également un 5^e objectif aux SROS : « Les objectifs et les moyens dédiés à l'offre de soins en milieu

pénitentiaire », ce que certaines région avait déjà anticipé dans le SROS III. Il s'agit à la fois d'une reconnaissance mais aussi d'une confirmation de l'organisation existante. Un bien, un mal ?

- Certains syndicats de psychiatres commencent à porter plus d'attention à la psychiatrie en milieu pénitentiaire mais est-ce la crainte de devoir s'occuper de nouveau des personnes détenues ?
- Le problème posé par les prisons, la gestion de la délinquance, autrement et pas seulement que dans les murs, pourrait s'il était pédagogiquement posé, sans être perturbé par le populisme pénal et la victimophilie, aussi infléchir les soins aux personnes sous main de justice en les pensant moins centrés sur la prison. Comme l'écrit Georges Jovelet : « *Le Secteur, c'est la lutte permanente contre cette tentation naturelle à séparer, normer, étiqueter, ségréguer, isoler et in fine enfermer. C'est la vocation humaniste et désaliéniste du Secteur, l'essence de sa doctrine* ».
- Puisque la loi pénitentiaire complète la loi HPST en mettant l'accent sur les soins aux personnes détenues, pourquoi ne pas disposer d'un outil permettant une réflexion continue sur les problèmes éthiques posés par les soins en milieu pénitentiaire qui nous permettrait de défendre ces principes éthiques et professionnels. C'est non seulement un devoir éthique, mais aussi un impératif catégorique au service de nos patients. Cet engagement vaut aussi pour les administrations pénitentiaires et judiciaires. Tenir sur ces principes éthiques et professionnels est non seulement un devoir éthique, un impératif catégorique au service de nos patients mais cet engagement vaut aussi pour les administrations pénitentiaires et judiciaires, sans oublier le rôle du pouvoir politique dans les orientations qui sont données. Tenir ces principes est l'indicateur de nos compétences professionnelles. Ne pas les tenir signerait notre insuffisance professionnelle et serait une marque d'irrespect envers nos patients et aussi l'Administration pénitentiaire et la Justice avec lesquelles nous travaillons et même l'ensemble de la société dans notre rôle incontournable dans la politique de santé publique. Résister professionnellement et si possible conjointement, Santé et Justice, à des injonctions qui émanent de décisions politiciennes est un devoir éthique à partager de manière plus nécessaire que ce partage ne l'est pour certaines informations. Il conviendrait d'inventer un outil distancié, national, de réflexion éthique santé-justice où puissent s'élaborer sereinement ces problématiques, en-dehors du contexte carcéral, pour éviter les relations trop souvent confusionnantes qui se nouent entre personnels soignants et pénitentiaires, tout en rendant public les avis de cet **Espace de réflexion éthique**. Evidemment, il serait souhaitable que cette lente sagesse réflexive puisse inspirer le décisionnaire politique, sans illusion démesurée sur le pouvoir d'influence que cet outil pourrait avoir sur les passages à l'acte impulsifs, démagogiques, populistes des politiques et des médias et qui semblent être la norme des gouvernances et des modalités d'information contemporaines. Il s'agirait en somme ni plus ni moins que de la traditionnelle obligation de moyens et non de résultats. Une autre forme d'Eternel Retour.

PRECISIONS CONCLUSIVES

Pourquoi avoir choisi de parler d'épines éthiques ? Un contre-sens volontairement voulu signifierait qu'il s'agit de points qui font « mal » mais il s'agit là de douleur et non de la distinction éthique entre le bien et le mal.

Pourtant, les professionnels de la psychiatrie en milieu pénitentiaire évoquent souvent cette souffrance liée aux questions posées par leur pratique, avec la recherche vaine d'attitudes antalgiques dont la plus expéditive serait la fuite. Réactions en miroir avec le vécu autrement pénible des personnes détenues dans des conditions de vie souvent épouvantables et dont l'imaginaire emprunte aussi la solution antalgique de l'évasion, qui doit être si efficace lorsque celle-ci fait la une de l'actualité lors des rares évènements dont les médias sont si friands

Les épines évoquent certes la douleur mais elles ont pourtant d'autres fonctions bien utiles. Voyons en quelques unes pour terminer.

Le mal qu'elle provoque peut avoir une fonction défensive. Une explication poétique de la présence d'épines sur les roses raconte l'histoire de cette reine des fleurs qui ne voulait pas être cueillie comme toutes ses consœurs ou broutée par les ruminants et qui se jeta dans un buisson de cactus. Elle en ressortit munie de ses piquants et mieux armées contre ses prédateurs.

Les épines ont aussi une fonction adaptative aux conditions du milieu. Les botanistes nous disent que les épines en augmentant la surface des plantes permettent de lutter contre la déshydratation par un double effet, mécanique en renforçant la solidité de la tige et en permettant d'augmenter l'absorption d'eau.

Evidemment l'ingénuité de la nature ou de la culture trouve le moyen de contourner ces mécanismes de défense. La girafe qui se nourrit principalement d'acacias à développer un équipement buccal qui la laisse indifférente à ces épines. Le jardinier met ses gants pour entretenir ses roses.



Ces épines éthiques nous permettront-elles de trouver collectivement des outils adaptatifs et défensifs face à ces questionnements douloureux ?

Ne soyons pas que négatif et cherchons ce qu'elles peuvent nous aider à la recherche d'une « Ethique de la joie », comme le titrait un chapitre d'un numéro récent Hors-série du nouvel Observateur consacré Spinoza, dit « le maître de la liberté », beau titre pour notre sujet. Dans le spinozisme, l'attitude éthique consisterait à reconnaître la valeur des actions même les plus insignifiantes, voire de toutes celles qui sont quelque peu répréhensibles. La peinture hollandaise du XVII^e siècle serait un équivalent pictural, qui au travers de la beauté de ce qui est peint, permettrait de reconnaître la valeur de ces actions, même les plus insignifiantes.

Quels que soient leurs effets, douloureux ou joyeux, ces épines ont au moins le mérite de nous tenir toujours en éveil, comme l'est le vigilant Suricate.



L'éveil nécessaire pour porter un jugement moral en situation, pour recourir à une expression de Paul Ricoeur. Ce jugement moral teinté de *phronesis*, la prudence ou la sagesse pratique selon Aristote dans l'Éthique à Nicomaque. Paul Ricoeur, pour illustrer son propos donne un exemple qui nous concerne : « *J'ai préféré prendre un exemple pour lequel il a été fait appel à mon propre jugement dans le cadre d'une discussion au sein d'Amnesty International. Il s'agit de la pratique de la médecine dans des situations à haut risque, comme l'internement psychiatrique, le régime carcéral, voire la participation à l'exécution de la peine capitale, etc. Le médecin consulté dans le cadre de la prison ne peut pas exercer à plein sa vocation définie par le devoir d'assistance et de soins, dès lors que la situation même dans laquelle il est appelé à le faire constitue une atteinte à la liberté et à la santé, requise précisément par les règles du système carcéral. Le choix, pour le médecin individuel, est entre appliquer sans concession les exigences issues du serment d'Hippocrate, au risque d'être éliminé du milieu carcéral, et consentir aux contraintes constitutives de ce milieu le minimum d'exceptions compatibles avec le respect de soi, le respect d'autrui et celui de la règle....* ».

Arriverons nous à ne pas nous laisser, et nos patients avec nous, dévorer par les impératifs sécuritaires qui ont tendance à devenir les lois universelles ? Comment allons nous évoluer dans ces relations de pouvoir qui selon Michel Foucault au cours d'un entretien de 1984 intitulé « *L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté* » sont autant de jeux stratégiques « *qui font que les uns essaient de déterminer la conduite des autres, à quoi les autres répondent en essayant de ne pas laisser déterminer leur conduite ou en essayant de déterminer en retour la conduite des autres* ».

J'avais annoncé que Diderot devait conclure mon propos. Dans le film « Le Libertin » au cours d'une journée assez tumultueuse, Diderot doit rédiger l'article « Morale » pour l'Encyclopédie. Pris entre pulsion épistémophilique et pulsions sexuelles, il éprouve bien des difficultés à rédiger son article qui fait l'objet de plusieurs tentatives, colériquement déchirées par insatisfaction. Finalement, il demande à un de ses collaborateurs ce qui avait été rédigé à l'article « Éthique ». Selon l'usage de nombreux dictionnaires, et probablement déjà dans la difficulté, les auteurs s'étaient contentés d'écrire : « Voir Morale ». Conclusion de Diderot : « Ecrire à Éthique : voir Morale ». Eternels retours ou renvois nous laissant face à nos choix et nos doutes.....

En fait, je vous ai un peu menti. Diderot devait conclure mais étant donnée cette référence cinématographique, après une bibliographie mise dans un rôle de générique, je vous propose trois flashes post-génériques qui s'ils se réalisaient en France, pourraient infléchir nos positions éthiques....

Etats-Unis

La peine de mort coûte trop cher

par Sylvain Biville

Arhttp://www.rfi.fr/actufr/articles/111/article_79354.aspticle publié le 18/03/2009 Dernière mise à jour le 19/03/2009 à 03:01 TU

Le gouverneur démocrate du Nouveau-Mexique (sud-ouest) Bill Richardson a promulgué, mercredi, une loi abolissant la peine de mort dans son Etat. Une dizaine d'autres Etats américains envisagent cette possibilité. L'argument qui justifie ce mouvement est économique, en période de crise : il est paradoxalement plus onéreux de condamner à mort un criminel que de le garder en prison jusqu'à la fin de ses jours.

La Californie vide ses prisons pour boucler son budget

Posté par Edouard le 22.07.09 à 12:32 | tags : international, crise financière

<http://societe.fluctuat.net/blog/39016-la-californie-vide-ses-prisons-pour-boucler-son-budget.html>

Le budget finalement voté par l'Etat californien pourrait réduire la population carcérale de 27 000 individus pour réaliser une économie de 1,2 milliard de dollars par an.

Plombée par un déficit de 26 milliards de dollars ((18,5 milliards d'euros), la Californie a dû réaliser des coupes drastiques dans ses dépenses publiques pour présenter un budget révisé ne comprenant pas d'augmentation significative des impôts. Selon le *Los Angeles Times*, l'accord conclu lundi entre le gouverneur Arnold Schwarzenegger et les parlementaires californiens prévoirait même la libération de milliers de prisonniers. Une annonce qui fait bondir les élus républicains, minoritaires dans l'Assemblée locale, ainsi que les représentants de la police ou de l'éducation.

Matthew Cate, le monsieur prison de Schwarzy, a voulu minimiser l'impact de cette mesure, arguant que le chiffre de 27 000 détenus (sur une population carcérale de 170 000) ne serait pas atteint uniquement par des libérations directes. Certains détenus achèveront leur peine à domicile, d'autres bénéficieront de réductions de peines ou verront leur délit requalifié. "*C'est trompeur de présenter les choses comme ça*", a expliqué Cate. "*On veut faire croire que nous allons ouvrir les portes, et ce n'est tout simplement pas le cas*". L'accord doit être voté jeudi par le Congrès californien.

Après avoir connu une période de prospérité, la Californie, Etat le plus riche des Etats-Unis et 8e économie mondiale, se prépare en tout cas à manger son pain noir. Au menu : routes mal entretenues, classes bondées, aides sociales en berne pour les populations à bas revenus et un accès plus difficile aux soins.

France

Posté par Kamo le 03.10.2009 à 09 : 00
http://espoir.fait.vivre.eu/actu.fr/article_22vlàlesflics.html

Scoop !

Un candidat aux élections présidentielles françaises de 2012 : Une des solutions au déficit de l'Etat

Nous n'aurons plus 10 ans de retard sur les USA :

Je vide les prisons

J'arrête le programme UHSA

Plus d'UMD

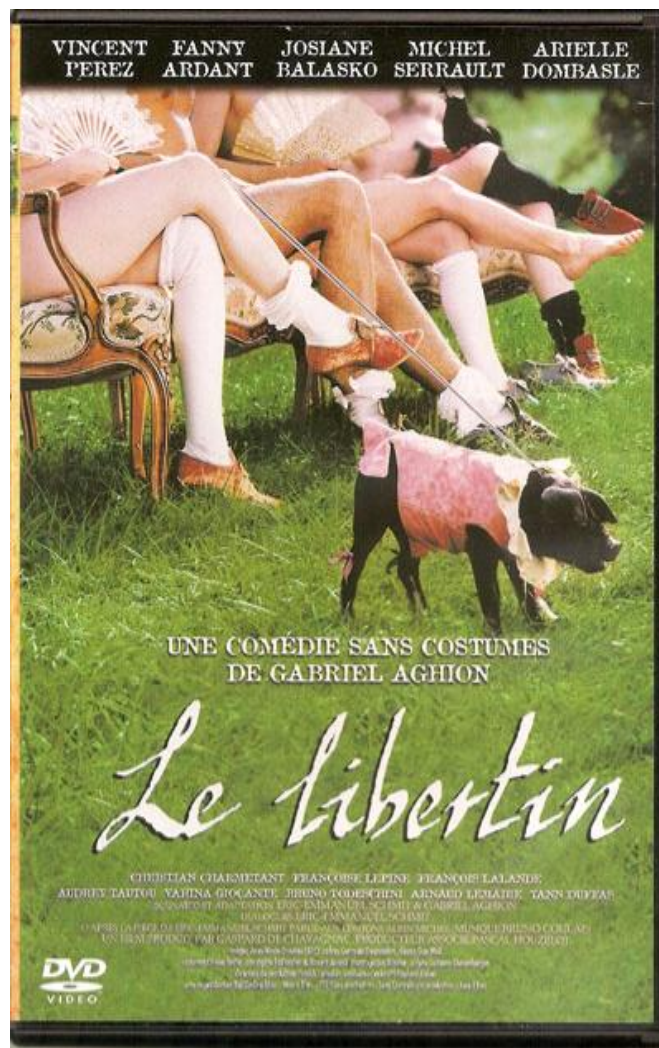
**Vidéosurveillance généralisée sans coût pour l'Etat
grâce au volontariat massif spontané des Français :**

Tous sur Facebook !

Remarque

1 détenu californien « coûte » selon les chiffres ci-dessus : 44 444 \$/an soit 31 000 €
1 détenu français « coûte » 80 €/j soit 30 000 €/an

1. PAULET C., Quel est le devenir en milieu pénitentiaire des malades mentaux pour lesquels une altération du discernement est retenue par l'expert ou de ceux qui sont totalement responsabilisés ?, *Expertise psychiatrique pénale*, sous la direction de JL Senon, JC Pascal et G. Rossinelli, John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2007.
2. JOVELET G., *L'ordre psychiatrique est-il scientifique, politique, moral ou éthique ? L'Information psychiatrique* - vol. 85, n°7, septembre 2009, 597-604
3. BYK Christian, L'apport des Etats-Généraux au débat bioéthique, *Médecine & Droit*, Juillet-Août 2009, N° 97, 101-102.
4. HAS, Audition publique, *Prise en charge de la psychopathie*, Rapport d'orientation, mai 2006,
5. HENRY Anne, Ethique et secret professionnel, 20^e Rencontres Nationales des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles, *L'éthique, le retour*, Strasbourg, 14-15-16 octobre 2009.
6. SANNIER O. MANAOUIL C., Est-ce que le secret médical est la clé de voûte du respect de l'éthique médicale en prison ? *Ethique et santé* (2008) 5, 201-207.
7. DAVID M., La particulière dangerosité politique, colloque international, n°2-2008, *Kamo de Socapsyleg*, socapsyleg@orange.fr
8. SENON Jean-Louis, PASCAL Jean-Charles, ROSSINELLI Gérard, Recommandations de la commission d'audition, *Expertise psychiatrique pénale*, John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie, 2007.
9. Assemblée Nationale, *Rapport sur la situation dans les prisons françaises*, juin 2000.
10. HAS, *op.cit.*
11. JOVELET G., Le secteur en minuscule, une colère majuscule, *L'Information psychiatrique*, vol. 85, N°6 – Juin-Juillet 2009.
12. HERGE, *Vol 714 pour Sydney*, Casterman
13. Nouvel Observateur, *Spinoza, Le maître de la liberté*, Hors-Série, n°73, Juillet/Août 2009
14. ARISTOTE, *Ethique à Nicomaque*, Traduction J. Tricot, (I, 13, 1103 a 5), Librairie J. Vrin, 1959
15. RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Points Essais, n°330, 1998
16. FOUCAULT Michel, L'éthique du souci de soi comme pratique de la liberté, *Dits et écrits II*, n° 356, p.1587, Quarto Gallimard.
17. AGHION G., *Le libertin, une comédie sans costumes*, avec V. Perez, F. Ardant, J. Balasko, M. Serrault, A. Dombasle, DVD Vidéo, 2000.



**Conditions de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux
ayant commis des infractions
Groupe de travail-commission des lois du sénat**

Dr Michel **DAVID**
Psychiatre des Hôpitaux
Président de Socapsyleg
Chef du Pôle de Psychiatrie légale et du SMPR de Baie-Mahault en Guadeloupe

Audition du 28 janvier 2010

SOMMAIRE

**A - Quelle est la principale cause de l'augmentation
du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux
dans les établissements pénitentiaires ?**

**B - La distinction entre le critère donnant une altération du discernement
et celui relatif à l'abolition du discernement est-elle encore pertinente ?
Une modification de l'article 122 – 1 du code pénal est-elle souhaitable ?**

**C - Faut-il confier la décision de l'hospitalisation d'office au juge ?
D'une manière générale, faut-il renforcer le rôle du juge
dans le suivi et le contrôle des personnes atteintes de troubles mentaux
qui ont commis des infractions mais n'ont pas été reconnues
pénalement responsables ?**

**D - L'organisation des soins psychiatriques doit-elle être adaptée
pour accueillir les personnes atteintes de troubles mentaux
ayant commis des infractions ?**

TABLEAU SYNOPTIQUE

A - Quelle est la principale cause de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ?

Préalablement, il faudrait définir ce que l'on entend comme troubles mentaux. Cette définition peut s'énoncer selon deux modalités :

Une définition médicale qui décrit les maladies mentales proprement dites (Axe I du DSM 4) et les troubles de la personnalité (Axe II du DSM 4)

Une définition fonctionnelle, c'est-à-dire les personnes détenues qui recourent au service de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Cet angle d'approche est intéressant car il peut expliquer la saturation des services de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. Nous y reviendrons au cours de cet exposé.

Plutôt qu'une cause principale, il est possible de lister plusieurs causes importantes « objectives » :

1. La diminution de dizaine de milliers de lits d'hospitalisation de psychiatrie sur 4 décennies.
 2. Les alternatives à l'hospitalisation insuffisamment développées et le suivi psychiatrique en ambulatoire à améliorer.
 3. L'évaluation insuffisante de l'état mental avant l'incarcération, notamment dans les affaires correctionnelles (comparutions immédiates).
 4. Les difficultés rencontrées par les magistrats pour désigner des experts psychiatres (Baisse du nombre d'experts psychiatres de 700 à 400 en quelques années).
- Les usages de la « jurisprudence expertale » (cf. *infra* Point B).

Complémentairement, des causes subjectives peuvent être suggérées :

1. L'impression pour les magistrats que l'incarcération assure une meilleure neutralisation de justiciables présumés dangereux que ne le ferait l'hospitalisation en psychiatrie.
2. Les magistrats peuvent se sentir rassurés par des soins psychiatriques minimums assurés dans certains établissements pénitentiaires.

A long terme, les UHSA devraient parachever un dispositif sécuritaire psychiatrique permettant la condamnation à des « **peines psychiatriques privatives de liberté** » des personnes souffrant de troubles mentaux.

1. La complexité procédurale qui peut découler d'un art. 122-1, allongeant la procédure judiciaire et maintenant (hors état aigu nécessitant une HO D. 398) la personne prévenue en détention.
2. La demande des victimes de réparation, de procès et une souffrance qui cherche à s'atténuer par la réassurance donnée à la condamnation de leurs agresseurs

Tendance sociétale à ne pas accepter la non punissabilité des malades mentaux responsables de crimes ou de délits et déni de la reconnaissance de leurs troubles.

B - La distinction entre le critère donnant une altération du discernement et celui relatif à l'abolition du discernement est-elle encore pertinente ?

Une modification de l'article 122 – 1 du code pénal est-elle souhaitable ?

La distinction entre abolition et altération du discernement repose sur le constat clinique binaire quant aux auteurs d'infraction souffrant de troubles mentaux :

Certaines personnes souffrent d'incontestables maladies mentales abolissant leur discernement

D'autres présentent des perturbations psychiques mais n'abolissant pas leur discernement

Ce constat n'est que binaire en apparence. En effet, pour les experts et cette jurisprudence expertale est largement partagée : il faut que les troubles mentaux abolissant le discernement soit en lien direct avec l'infraction. Il est parfaitement possible de poser le diagnostic de schizophrénie, dans une phase productive avec délire et hallucinations, mais l'infraction commise peut n'avoir aucun rapport apparent de causalité avec les manifestations pathologiques. Le sujet peut parfaitement avoir conscience de son infraction, de l'interdit qu'il a transgressé volontairement et en conscience. Il peut même parfaitement accepter la

sanction pénale. Pour prendre un exemple simple, un schizophrène délirant, désocialisé, en rupture de soin peut voler pour se nourrir, subsister. L'expert peut déclarer qu'il n'y a pas de lien de causalité entre sa pathologie et l'infraction. Au mieux, il évoquera une altération du discernement. Ce choix expertal, cohérent méthodologiquement, est une des causes de l'augmentation des malades mentaux en prison et illustre la complexité de ces situations.

Personnellement, je considère que la schizophrénie infiltre l'ensemble de la personnalité du sujet et se répercute sur ses modalités relationnelles. La personne malade peut être certes consciente de la transgression mais sa maladie grave la conduit à ne pas avoir d'autres choix. D'autant plus que la société ne lui offre souvent pas l'assistance et les soins nécessaires et que l'infraction peut conduire à trouver toit et nourriture en prison. La sanction pénale peut donc être recherchée. Elle est dénuée de toute portée dissuasive, intimidante.

La première catégorie est composée de personnes présentant des maladies mentales qui ont un lien direct avec l'infraction commise. Elles doivent être soignées et non punies.

La deuxième catégorie est composée de personnes qui demeurent punissables, mais qui nécessitent des soins d'où la formulation du deuxième alinéa de l'article 122-1 : « *la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime* ».

La difficulté vient de l'interprétation de cette phrase dans les faits. L'intention du législateur était de s'inscrire dans la continuité de la circulaire Chaumié (1905), en prévoyant une atténuation de responsabilité du fait des troubles mentaux et de « fixer le régime ». Dans les années d'élaboration de la réforme du code pénal, les UHSA n'étaient pas encore à l'ordre du jour, tout au moins « consciemment », que pouvait donc être ce régime à fixer ?

La conséquence pratique a été, et le fait semble bien établi, une aggravation de la sanction pénale et notamment des peines privatives de liberté, d'où le maintien à long terme en prison de personnes perturbées psychologiquement. Même si elles peuvent bénéficier de soins en milieu pénitentiaire, elles auraient peu de chances d'amélioration de leur état psychique en vivant dans le contexte carcéral, qui en l'état, n'offre pas des conditions d'hygiène mentale satisfaisantes et d'épanouissement psychique optimal. Il convient toutefois de moduler cette appréciation, car parfois le contexte carcéral, apportant logement, nourriture et soins peut améliorer l'état global de santé de la personne. Récemment, l'équipe du SMPR de Baie-Mahault a appris qu'un de ses anciens patients a été retrouvé en état de décomposition dans son précaire logement. A chaque incarcération, souvent jugé en comparution immédiate, nous avons cherché à signaler sa situation au Parquet (avant jugement pour expertise) ou nous avons demandé son hospitalisation d'office (D398). Finalement, il a bénéficié de plusieurs non lieux. Mais la rupture de soins l'a conduit à un décès « oublié ». La prison le maintenait en vie même si les particularités de sa maladie rendaient son adaptation carcérale difficile, aussi bien pour ses co-détenus que pour le personnel pénitentiaire. D'où les paradoxes de notre société et des dilemmes éthiques à propos de certains malades mentaux : survivre en prison ou mourir libre.

Code pénal - Article 122-1

N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.

D'un côté, le maintien de cette distinction peut aboutir dans le contexte actuel, avec la création des UHSA, à sanctionner sans état d'âme les « altérés » puisqu'ils pourront être condamnés à une peine d'emprisonnement psychiatrique.

De l'autre côté, ne maintenir que le principe de l'abolition du discernement (qui ne concerne actuellement qu'environ 250 personnes par an) semble peu réaliste. Il faut tenir compte des personnes « seulement » altérées mais préciser par la loi :

1. L'altération implique une diminution automatique de la sanction pénale, en prévoyant « une excuse sanitaire » (y compris pour les récidivistes)
2. Le régime fixé doit être précisé et les moyens préconisés doivent exister et être réellement accessibles.
3. En cas d'évolution défavorable (un acte délictueux peut être dû à une schizophrénie débutante qui ne se manifeste au moment des faits que sous la forme d'un trouble de la personnalité de type psychopatique, avant d'évoluer au bout de quelques mois sous la forme d'une schizophrénie et ses manifestations hallucinatoires et délirantes), la suspension de peine pour maladie mentale doit pouvoir être juridiquement prononcée, comme pour les pathologies somatiques (cf. loi Kouchner et article D 382 du code de procédure pénale), tout en prévoyant les conditions sanitaires nécessaires à s'assurer de la sécurité de la personne malade et à celle de son environnement.

Code de procédure pénale - Article D382

Les médecins intervenant dans les structures visées aux articles D. 368, D. 371 et D. 372 délivrent au détenu, à sa demande, des certificats ou attestations relatifs à son état de santé et, sous réserve de son accord exprès, à sa famille ou à son conseil.

Ils lui fournissent les attestations ou documents indispensables pour bénéficier des avantages qui lui sont reconnus par la sécurité sociale, et notamment de ceux prévus par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ils délivrent aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé.

En tout état de cause, si ces médecins estiment que l'état de santé d'un détenu n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ils en avisent par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente.

Un double des attestations et avis délivrés en application des alinéas 3 et 4 du présent article est remis au

Code de procédure pénale - Article 720-1-1

Sauf s'il existe un risque grave de renouvellement de l'infraction, la suspension peut également être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux.

La suspension ne peut être ordonnée que si deux expertises médicales distinctes établissent de manière

C - Faut-il confier la décision de l'hospitalisation d'office au juge ?

D'une manière générale, faut-il renforcer le rôle du juge dans le suivi et le contrôle des personnes atteintes de troubles mentaux qui ont commis des infractions mais n'ont pas été reconnues pénalement responsables ?

L'hospitalisation d'office (HO « ordinaire » hors infraction pénale ou HO D398 d'une personne détenue) est prononcée à partir d'un certificat médical suite à une décision préfectorale.

L'HO 122-1 est mise en œuvre, depuis la loi de rétention de sûreté, après prononcé d'une ordonnance d'irresponsabilité pénale par une autorité judiciaire (article D 47-29 du code de procédure pénale) et qui est suivie d'une ordonnance d'hospitalisation d'office (article 706-135 du code de procédure pénale). Celle-ci devrait être ensuite confirmée par le préfet (mais un flou juridique persiste encore à ce jour concernant cette procédure).

Article D47-29

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

Article 706-135

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

La question actuellement débattue est de savoir si toutes les HO doivent être sous contrôle judiciaire et pas uniquement les HO 122-1.

La voie administrative est une des caractéristiques françaises et implique une autorité dépendant du ministère de l'intérieur, bien que des recours judiciaires existent (Président du TGI), ainsi que des commissions spécialisées (CDHP).

Nombreux sont ceux, parmi les professionnels de la psychiatrie, ainsi que les usagers, à penser qu'un contrôle judiciaire exclusif serait plus garant des libertés individuelles que ne l'est l'autorité administrative.

Sur le plan théorique et « philosophique », l'idée est séduisante mais étant donné l'engorgement des juridictions, il convient de s'interroger sur la fonctionnalité de la procédure. En outre, la garantie judiciaire quant aux libertés dépend des lois à appliquer. L'exemple des contraintes exercées sur les juges d'application des peines eu égard au suivi socio-judiciaire encouru montre que les aménagements de peine ou les permissions ne sont pas accordées tant que le justiciable n'a pas accompli certaines démarches, purement formelles (cf. *infra* Point D le problème du suivi socio-judiciaire encouru). L'action du juge dans ce cas garantit moins la liberté du sujet que l'illusion d'un renforcement de la sécurité collective.

Si cette modalité devait être retenue, il conviendrait de mettre en place les moyens nécessaires aux actes rapides que nécessitent les procédures d'hospitalisation et aux actes de contrôle de ces procédures (magistrats spécialisés ?; greffes, experts...).

En a-t-on les moyens ? Alors que la filière existe au niveau des préfectures et des DDASS.

D - L'organisation des soins psychiatriques doit-elle être adaptée pour accueillir les personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ?

L'organisation des soins en milieu pénitentiaire a actuellement non seulement des difficultés à répondre aux besoins sanitaires des personnes réellement malades mais se trouve confrontée à une dégradation de ses capacités de réponse face à l'afflux de « **présumés malades** » que sont les personnes condamnées relevant d'un suivi socio-judiciaire (SSJ) encouru ou prononcé.

Les problèmes posés par le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins.

Le SSJ a été créé par la loi n° 98-468 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Le SSJ peut comporter une injonction de soins (IS) qui ne peut être imposée qu'après avis expertal psychiatre. Initialement prévue pour les auteurs d'agression sexuelle, le législateur a progressivement étendu l'IS à d'autres infractions : meurtre, incendie volontaire, violences conjugales etc., manifestant ainsi son désir de psychiatriser la délinquance.

L'incitation aux soins qui incombe au juge d'application des peines envers les personnes condamnées à une peine privative de liberté et à une injonction de soins à leur libération s'étend maintenant aux personnes condamnées à une peine privative de liberté pour une infraction qui peut relever d'un suivi socio-judiciaire mais qui n'a pas été prononcé à leur condamnation : il s'agit du **suivi socio-judiciaire encouru**. Ainsi pour tout aménagement de peine, voire pour les remise de peine supplémentaires, les personnes condamnées et relevant d'un suivi socio-judiciaire encouru sont contraintes de se faire soigner et de fournir les attestations idoines, alors même qu'aucune expertise ne s'est prononcée sur l'opportunité d'une injonction de soins.

Il s'agit d'un détournement manifeste de l'esprit de la loi de 1998 qui avec l'injonction de soins, suggérée par un expert psychiatre, représentait un progrès par rapport à l'obligation de soins prononcée par les juridictions de jugement en général dans les mesures de sursis avec mise à l'épreuve, sans avis médical expertal préalable. Il s'ensuit un afflux de demandes factices de soins pour obtenir les attestations ouvrant la porte de la liberté, embouteillant les services de soins qui priorisent les soins actifs, urgents et parfois vitaux : troubles psychotiques, anxieux, dépressifs, problèmes suicidaires, troubles du comportement, insomnies (le plus souvent liées aux détestables conditions de vie pénitentiaires), pathologies psychosomatiques etc.

Dans cette situation de dupes, tous les protagonistes sont floués : justiciables (délais d'attente allongés pour obtenir les aménagements de peine et incompréhension légitime face à l'absurdité des situations), professionnels de la santé et de la justice (JAP, CIP, personnels pénitentiaires). Implicitement, les psychiatres et les psychologues soignants en milieu pénitentiaire sont mis en situation pseudo-expertale

alors qu'il **convient absolument de distinguer la mission thérapeutique et la mission expertale**. Il ne s'agit pas seulement de respecter la loi (le secret professionnel) mais de garantir un espace de confiance dans le soin sans enjeu sur la trajectoire pénitentiaire, unique condition pour obtenir un minimum d'efficacité thérapeutique. Ces dispositions conduisent à des conflits entre personnes, parfois à une augmentation de la dangerosité en milieu pénitentiaire, une paralysie du fonctionnement du service public par synergie impossible entre les protagonistes.

Les soins qui doivent être librement consentis en prison deviennent contraints au risque d'une inefficacité généralisée. Le découragement professionnel est intense : le législateur est directement responsable de ces dysfonctionnements.

En définitive, plus l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire s'adapte, plus le nombre des malades (vrais ou présumés) mentaux incarcérés risque d'augmenter, d'autant plus que la loi incite, voire décrète le soin et ses modalités (cf. le débat en cours relatif à la loi pour amoindrir le risque de récidive et les traitements anti androgènes).

La **création des UHSA** est pour certains psychiatres le point d'orgue de la création d'une **filière ségrégative** débutée lorsque le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire a été créé par la loi en 1986. Les UHSA, initialement prévues pour des soins de courte durée pourraient être détournées de leur objectif initial et devenir des lieux d'hospitalisation psychiatrique carcéraux de longue durée, comme certains travaux parlementaires l'ont suggéré (UHSA de longue durée). Ce concept exclu toute idée de réinsertion et de retour en milieu libre même avec un accompagnement sanitaire.

Quelles solutions préconiser ?

Il conviendrait de maintenir la possibilité d'hospitalisation en milieu ordinaire, de « droit commun » sous plusieurs modalités :

1. Quelles que soient les organisations à mettre en place, les soins en milieu pénitentiaire, telle que la prison est conçue actuellement, connaîtront des limites. On peut parler, en étant certes quelque peu excessif, de « psychiatrie de guerre ». La prison est un milieu septique, un concentré de violences, d'oisiveté, de précarité, d'indigence culturelle où le soin psychiatrique, quelle que soit l'attention que l'on y porte restera limité. Il ne s'agit pas d'une critique négative des professionnels (d'origine diverses, et en premier lieu le personnel pénitentiaire) qui y travaillent mais de l'organisation structurelle de la prison et des obligations fonctionnelles qu'un lieu sécuritaire exige et où se concentre une population difficile.
2. Les UMD sont une des solutions mais pas exclusives car de nombreuses personnes délinquantes ne sont pas des malades « difficiles » ni dangereuses au sens des UMD. Il ne faut pas les considérer comme de grands criminels. Ce sont souvent des délinquants correctionnels, condamnés pour de vols utilitaires de subsistance, par errance et désocialisation. Des actes de survie en somme. Les UMD ne peuvent être généralisées et en psychiatrie l'hospitalisation de proximité doit être respectée, ne serait-ce que pour ne pas rompre d'éventuels liens familiaux, mais aussi permettre les soins de continuité à la libération pour ceux qui restent dans la zone géographique de leur lieu d'incarcération.
3. Des unités de type « USIP » unité de soins intensifs en psychiatrie, une par département au moins, au sein des hôpitaux psychiatriques, devraient pouvoir permettre l'accueil des HO de droit commun, D 398 (les personnes détenues) ou 122-1 (abolition du discernement).
4. La question des soins ambulatoires sous contrainte doit faire l'objet d'un large débat (professionnels, usagers, politiques) dans le cadre soit de la révision attendue de longue date de la loi de 1990, soit d'une future loi sanitaire psychiatrique.
5. Les soins en milieu pénitentiaire doivent être librement consentis pour avoir un minimum d'efficacité. Aucune attestation de soins ne devrait être exigée de la personne condamnée pour les aménagements de peine ou les remises de peine supplémentaire. L'évolution psychologique du condamné ne doit être restituée aux JAP que par l'intermédiaire d'une expertise. Le principe de l'incitation aux soins, seulement dans le cas d'une injonction de soins prononcée, doit être maintenue

mais sans attestation de retour. Il appartiendra aux soignants, dégagés de la demande factice, de susciter la demande de soins et d'en faire **comprendre l'intérêt au justiciable pour lui-même et aussi en référence au préjudice subi par les victimes**. La tendance actuelle s'oriente davantage vers une obligation de soigner pour le médecin plus qu'une obligation de se soigner par l'usager, le tout encadré par une obligation d'obliger aux soins par le magistrat.

6. Enfin, pour permettre une meilleure insertion des personnes malades psychiatriquement et délinquantes dans la société, **le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire**, qui a contribué à la ghettoïsation de la psychiatrie en prison, **devrait être aboli pour être intégré au secteur de psychiatrie générale**. Cela implique que les moyens nécessaires soient attribués au secteur afin que l'absence de moyens ne soit pas une justification au refus de prise en charge des malades mentaux par le secteur de psychiatrie générale (ainsi que par la pédopsychiatrie en ce qui concerne les mineurs).

Code de procédure pénale - Article D398

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique 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 habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.



Fresque : Maison d'arrêt de Basse-Terre

TABLEAU SYNOPTIQUE

*Conditions de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux
ayant commis des infractions*

A - Quelle est la principale cause de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans les établissements pénitentiaires ?

Causes principales

1. Diminution de dizaines de milliers de lits d'hospitalisation de psychiatrie
2. Alternatives à l'hospitalisation insuffisamment développées
3. Evaluation insuffisante de l'état mental avant l'incarcération, notamment dans les affaires correctionnelles
4. Pénurie d'experts psychiatres
5. Jurisprudence expertale

Causes accessoires

1. Magistrats rassurés par la neutralisation carcérale de la dangerosité
2. Magistrats rassurés par l'existence de soins en prison
3. UHSA vont parachever le dispositif sécuritaire psychiatrique
4. Complexité procédurale consécutive aux non lieux psychiatriques
5. Revendication des victimes
6. Intolérance de la société à la non punissabilité des malades mentaux et déni de la reconnaissance de leurs troubles

B - La distinction entre le critère donnant une altération du discernement et celui relatif à l'abolition du discernement est-elle encore pertinente ?

Une modification de l'article 122 – 1 du code pénal est-elle souhaitable ?

1. La distinction reste pertinente mais l'altération du discernement en tenant compte des points suivants : L'altération implique une diminution automatique de la sanction pénale, en prévoyant « **une excuse sanitaire** »
2. Le régime fixé doit être précisé et les moyens préconisés doivent exister et être réellement accessibles
3. Prévoir la **suspension de peine pour maladie mentale**

C - Faut-il confier la décision de l'hospitalisation d'office au juge ?

D'une manière générale, faut-il renforcer le rôle du juge dans le suivi et le contrôle des personnes atteintes de troubles mentaux qui ont commis des infractions mais n'ont pas été reconnues pénalement responsables ?

1. La décision d'HO judiciaire est intéressante sur le plan des principes mais se heurte à la mise en place de moyens importants
2. Une meilleure garantie des droits des personnes est soumise aux obligations que la loi impose au magistrat. La loi peut évoluer vers une restriction des libertés
3. Des précisions sur les modalités d'HO judiciaire après une ordonnance de non lieu doivent être apportées

D - L'organisation des soins psychiatriques doit-elle être adaptée pour accueillir les personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ?

1. Le suivi socio-judiciaire encouru désorganise le système de soins psychiatriques en prison et en diminue l'efficacité
2. Les soins en milieu pénitentiaire sont limités par un environnement ne les facilitant pas
3. Le soin en prison doit être dégagé de toute contrainte sans en faire une condition pour les aménagements de peine ou les remises supplémentaires de peine
4. Le tout UHSA risque de parachever une filière ségrégative de soins en prison
5. Les UMD doivent pouvoir rester une solution, dans certains cas adaptés
6. Des USIP (unités de soins intensifs psychiatriques) doivent être implantées dans chaque département
7. Les soins ambulatoires sous contraintes doivent faire l'objet d'un large débat
8. Abolition du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, en opposition avec l'esprit déségrégatif du secteur, et réintégration des soins en milieu pénitentiaire dans le giron des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile

PROJET DE LOI POUR AMOINDRIR LE RISQUE DE RÉCIDIVE

CONTRIBUTION ASPMP

JANVIER 2010

Dr Michel DAVID smpr-guadeloupe@wanadoo.fr

Dr Gérard LAURENCIN sadamaga@free.fr

Dr Catherine PAULET catherine.paulet@free.fr

Article 5 bis 4 et 5

L'article 5 bis alinéa 4 cite le répertoire qui collecte des données obtenues dans le cadre des procédures judiciaires.

L'article 5 bis 5 prévoit la collecte d'expertises etc.....

Strictement, on peut penser en reliant 4 et 5 qu'il s'agit de documents acquis dans le cadre d'une procédure judiciaire. Et de fait, les données médicales dont il s'agit sont clairement de nature expertale. Toutefois, l'imprécision d'un texte peut ouvrir à des interprétations multiples.

Les données médicales obtenues dans le cadre d'une démarche thérapeutique (des UCSA et des SMPR) ne devraient pas être concernées, sauf dans le cadre d'une **saisie** par un magistrat selon la procédure classique. De plus, la **loi du 4 mars 2002** prévoit déjà qu'un patient peut avoir accès à son dossier médical s'il le souhaite directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix.

Aussi vaudrait-il mieux préciser que les **données médicales se limitent aux expertises** et donc supprimer les termes « examens et évaluations » ou les qualifier : « examens et évaluations expertaux ».

Les débats parlementaires ont largement débattu du **secret partagé** (notamment JP Garraud). Le secret partagé n'est concevable que dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique comme précisé par la loi du 4 mars 2002 et l'art L1110-4 CSP.

Le secret partagé ne concerne que des professionnels de santé en charge du patient et ne peut en aucun cas concerner des professionnels de santé et d'autres professionnels non sanitaires (justice, pénitentiaire etc.).

Il est **paradoxal** que d'un côté nous ayons des textes qui renforcent le secret médical, et de l'autre, des textes qui tentent de l'amoindrir, notamment en ce qui concerne les données psychiatriques.

Ainsi dans le projet de loi : l'interrogation est de nature expertale

« Art. 706-56-2. – *Le répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires, tenu par le service du casier judiciaire sous l'autorité du ministre de la justice et placé sous le contrôle d'un magistrat, est destiné à faciliter et à fiabiliser la connaissance de la personnalité et l'évaluation de la dangerosité des personnes poursuivies ou condamnées pour l'une des infractions pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru, et à prévenir le renouvellement de ces infractions.*

« *Le répertoire centralise les expertises, examens et évaluations psychiatriques, médico-psychologiques, psychologiques et pluridisciplinaires des personnes mentionnées à l'alinéa précédent, réalisés au cours de l'enquête, de l'instruction, du jugement, de l'exécution de la peine, préalablement au prononcé ou durant le déroulement d'une mesure de surveillance ou de rétention de sûreté, ou durant le déroulement d'une mesure de sûreté ordonnée à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ou d'un classement sans suite motivé par l'article 122-1 du code pénal ou en application des articles 706-135 et 706-136 du présent code ou*

Mais aussi : et là encore, l'interrogation est de nature expertale :

Article 763-10 CPP

Créé par la loi du 12 décembre 2005 : Un an au moins avant la date prévue de sa libération, la personne condamnée au placement sous surveillance électronique mobile en application des articles 131-36-9 à 131-36-12 du code pénal fait l'objet d'un examen destiné à évaluer sa dangerosité et à mesurer le risque de commission d'une nouvelle infraction.

Cet examen est mis en oeuvre par le juge de l'application des peines, après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté composée selon des modalités déterminées par le décret prévu à l'article 763-14. Les dispositions de l'article 712-16 sont applicables.

Au vu de cet examen, le juge de l'application des peines détermine, selon les modalités prévues par l'article 712-6, la durée pendant laquelle le condamné sera effectivement placé sous surveillance électronique mobile. Cette durée ne peut excéder deux ans, renouvelable une fois en matière délictuelle et deux fois en matière criminelle.

Le juge de l'application des peines rappelle au condamné que le placement sous surveillance électronique mobile ne pourra être mis en oeuvre sans son consentement, mais que, à défaut ou s'il manque à ses obligations, l'emprisonnement prononcé en application du troisième alinéa de l'article 131-36-1 du code pénal pourra être mis à exécution.

Six mois avant l'expiration du délai fixé, le juge de l'application des peines statue, selon les mêmes modalités, sur la prolongation du placement sous surveillance électronique mobile dans la limite prévue au troisième alinéa.

A défaut de prolongation, il est mis fin au placement sous surveillance électronique mobile.

D'autre part : on insiste sur d'une part la confidentialité due au citoyen-patient et d'autre part, on fait du citoyen-patient le porteur des informations qui le concernent :

« Art. L. 1110-4 CSP - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Article 5 ter

Alinéa 4 et par extension 9, 13, 24 et 27.

A dire vrai, le mieux serait la suppression de cet article. On peut même penser que cette loi de circonstance est inutile et que les dispositifs législatifs existants sont suffisants.

Qu'un jugement « prescrive » les modalités précises de tel ou tel traitement est une curieuse innovation juridique et une absolue hérésie médicale.

De plus, pourquoi ce « choix » d'un traitement médicamenteux hormonal ? Pourquoi n'avoir pas opté pour un traitement psychothérapeutique ou encore un traitement neuroleptique ou anti-dépresseur ou une thérapie systémique ?

Toutes les conférences de consensus sur le sujet soulignent la diversité des occurrences cliniques et des méthodes thérapeutiques à employer et l'importance de les adapter au cas par cas.

Le législateur se permet ainsi, de manière incompréhensible et déraisonnable, de considérer explicitement qu'une modalité thérapeutique est plus importante ou efficace qu'une autre, sans pouvoir l'argumenter sur des assertions scientifiques.

L'argumentation est identique à l'article 5 quater pour l'alinéa 49 et l'ajout à l'article L. 3711-3 CSP qui prévoit de déroger au secret professionnel pour le refus de suivre le traitement médicamenteux..

Il s'agit là d'une pensée opératoire qui renvoie à la méconnaissance de ce qu'est un traitement dans toutes ses composantes bio-psycho-sociales et qui trouve un confort psychologique en la croyance d'un médicament miracle.

Le traitement et a fortiori l'injonction de soin (qui est l'opportunité donnée à la personne condamnée, avec son consentement, de se saisir du soin) est un tout.

Il appartient au médecin traitant dans sa relation avec son patient, et non au juge ni à l'expert psychiatre, de définir les modalités du soin, y compris un traitement hormonal s'il est indiqué (ce qui est rare et non dénué de contre indications et d'effets secondaires sérieux).

Last but not least, faire pression sur les médecins pour les contraindre implicitement à prescrire tel ou tel traitement heurtera à n'en pas douter, leur indépendance professionnelle et leur déontologie. Le remède sera pire que le mal. Du reste, les quelques collègues sollicités à ce sujet ont clairement dit qu'ils se déclareraient désormais incompetents et refuseraient de soigner de tels patients.

NOTE SUR L'AVIS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DU SENAT SUR LE PROJET DE LOI TENDANT A AMOINDRIR LE RISQUE DE RECIDIVE CRIMINELLE

Sénat, 10 février 2010

Rapporteur : Nicolas ABOUT, Sénateur

Michel DAVID

La présente analyse a été rédigée avant la discussion au Sénat. L'analyse du texte final sera l'objet d'un prochain Kamo.

L'avis de la commission des affaires sociales (CAS) du Sénat est rendu le 10 février 2010. D'emblée on peut apprécier la qualité du travail qui rend compte de réalités médicales, thérapeutiques et éthiques. La raison semble enfin l'emporter sur une frénésie législative à orientation sécuritaire dénuée de toute perspective réaliste. Le sénateur, Nicolas About, médecin, est porteur auprès de ses confrères législateurs des valeurs et du réalisme des pratiques médicales.

La présentation de l'injonction de soins reprend son histoire depuis sa naissance par la loi du 18 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et ses trois évolutions successives avec la loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales, la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et enfin, la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette présentation souligne l'intérêt de l'injonction de soins quand elle est appliquée avec discernement.

La complexité de l'obtention du discernement tient compte des contraintes qui peuvent entrer en jeu en milieu pénitentiaire (remises de peines) et qui nécessite un équilibre entre justice et soins. Il est rappelé que la décision du magistrat d'ordonner une injonction de soins ne peut s'appuyer que sur une expertise psychiatrique la recommandant.

Exposant la fonction du médecin coordonnateur, le rapporteur souligne ce que disent de nombreux professionnels mais aussi souvent députés et sénateurs (toutes couleurs politiques confondues) qu'il conviendrait de rendre opérationnel ce qui existe déjà plutôt que de réformer à nouveau : « *Conciliant démarche thérapeutique et impératifs de sécurité, la procédure de l'injonction de soins demande d'abord à être renforcée par le recrutement de médecins coordonnateurs avant que d'être réformée. Les attentes sociales en ce domaine se sont néanmoins accrues, ce qui entraîne des demandes nouvelles dont il convient de mesurer le bien-fondé* » (p.12).

Conscient d'une « *inquiétude sociale légitime* » et « *la complexité des émotions suscitées par l'image du fou criminel* », le sénateur considère qu'il convient de rester mesurer dans l'appréciation des soins adéquats à apporter notamment en prison car demande-t-il : « *La prison peut-elle être un lieu de guérison ?* » (p.13). Renforcer les possibilités de soins en prison tout en étant souhaitable ne doit pas faire oublier les alternatives à l'incarcération : « *Parallèlement au renforcement des moyens médicaux en prison, il faut donc continuer à réfléchir aux alternatives à l'incarcération pour les personnes atteintes de troubles mentaux* » (p.14).

Si la préoccupation de limiter la récidive est un objectif légitime, il convient « *d'éviter toute confusion et ne pas assigner à la médecine un rôle qui ne peut être le sien. Soigner n'est pas la même chose qu'empêcher de nuire* » (souligné par moi +++ ; p.15).

Dans le projet de loi, la CAS relève une attention disproportionnée accordée au traitement par antiandrogènes (la mal nommée castration chimique dont l'appellation serait pour le rapporteur l'apanage des urologues) et dont les indications restent limitées et ne rencontrent pas encore un consensus médical. Il est à noter un argument intéressant. Inclure dans la loi un traitement spécifique est très critiqué par les professionnels. N. About rappelle que l'introduction dans le code de la santé publique des traitements inhibiteurs de la libido

suite à la loi de 2005 était motivée par l'absence d'AMM alors donnée à ces traitements. Il fallait pouvoir autoriser les médecins à prescrire les antiandrogènes dans une indication non encore légalement prévue. Depuis l'AMM a été obtenue. L'inscription dans la loi est donc devenue inutile. Il convient de ne plus désigner plus spécialement dans la loi un traitement spécifique ce qui reviendrait à « *instrumentaliser la médecine* » (p.18).

L'analyse des articles révèle des points importants.

L'article 5 bis prévoit que des « *expertises, examens et évaluations psychiatriques, médico-psychologiques, psychologiques et pluridisciplinaires* » peuvent figurer dans un répertoire (pour ne pas dire fichier) des données médicales versées au dossier judiciaire d'un condamné. La référence « examens » peut faire craindre que les données médicales collectées dans une démarche thérapeutique pourraient être versées au dossier. N. About demande la suppression du mot « examens » en l'argumentant de manière concise et explicite : son maintien serait « *susceptible de concerner des documents relatifs au traitement dont le juge n'a pas à connaître* ».

L'article 5 ter est redoutable puisqu'il focalise sur le traitement inhibiteur de la libido. La CAS propose clairement que cette référence soit supprimée : « *Votre commission soutient les modifications adoptées par la commission des lois. La focalisation sur le traitement « inhibiteur de la libido » ou antihormonal lui paraît cependant parfaitement inadapté à la réalité de la médecine. Ces formes de traitement n'en sont qu'une parmi d'autres et le médecin doit être libre de le prescrire ou non dans le cadre d'une thérapie d'ensemble qu'il détermine avec le malade. Elle vous propose donc, par voie d'amendement, de supprimer les références à ce traitement, tant aux différents stades de la procédure judiciaire (expertises psychiatriques et prononcé de l'injonction) que dans le code de la santé publique* » (p.23).

L'avis se termine sur les débats des travaux en commission. On y remarquera qu'après que la commission des lois se soit efforcée de « *réduire la confusion entre le rôle du juge et du médecin et de préserver le secret médical* », la CAS a renforcé cette orientation en amendant les articles 5 bis et 5 ter, notamment en supprimant toute référence au traitement antiandrogènes car « *C'est en effet à cette condition que justice et santé pourront continuer à œuvrer ensemble et sans ambiguïté pour le soin et la protection des personnes* ». A noter une petite « coquille » (p.23), les UMD sont nommées « unités pour malades dangereux » (au lieu de difficiles). Difficile d'évacuer la dangerosité... Et également, ce n'est pas la loi du 12 décembre 2005 qui a permis au juge une HO après ordonnance d'irresponsabilité mais la loi du 25 février 2008 (p.23).

La fin de l'avis résume de la manière suivante les travaux de la CAS :

« *A l'article 5 bis (répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires), elle a adopté un amendement de précision afin de lever toute ambiguïté sur la nature des documents médicaux susceptibles de figurer dans le répertoire.*

A l'article 5 ter (injonction de soins et surveillance judiciaire), elle a adopté neuf amendements tendant à effectuer plusieurs coordinations et supprimer :

- *la référence au traitement antihormonal ou « inhibiteur de la libido » dans l'injonction de soins que peut prononcer le juge afin d'en réserver le choix au médecin traitant ;*
- *la mention expresse du traitement antihormonal car il n'y a pas lieu de préciser dans la loi les types de traitement pouvant être prescrits par un médecin traitant au cours d'une incarcération ;*
- *l'obligation pour les experts médicaux de se prononcer sur un type de traitement en particulier, en l'occurrence le traitement antihormonal, leur mission étant de se prononcer sur le contenu de l'injonction de soins, c'est-à-dire sur l'ensemble des traitements susceptibles d'être prescrits ;*
- *la référence explicite aux traitements antihormonaux dans le code de la santé publique.*

Elle a enfin donné un avis favorable à l'adoption de ces deux articles ainsi modifiés ».

Maintenant, il convient d'espérer que la politique politicienne, lors de la discussion finale de la loi, ne tendra pas à aggraver le risque de récurrence législative faussement sécuritaire, alors que le projet annoncé est d'amoinir le risque de récurrence.....

Réforme des hospitalisations sous contrainte: le SPH et l'Idepp opposés à certains points

PARIS, 17 février 2010 (APM) - Le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) et l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (Idepp) sont opposés à certaines modifications prévues dans le projet de réforme de la loi du 27 juin 1990 sur les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie, selon un communiqué commun diffusé mercredi.

Le SPH et l'Idepp ont assisté jeudi à la présentation orale des grandes orientations du projet de réforme par le conseiller technique de Roselyne Bachelot, en charge du sujet, Ronan Le Joubioux.

Le cabinet a indiqué jeudi aux syndicats que l'avant-projet de loi serait transmis au Conseil d'Etat mardi 16 février, ont indiqué à l'APM les deux syndicats.

Ils ont une position plus critique sur le projet de réforme que les quatre organisations représentant les présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers spécialisés, de directeurs et de représentants des familles et des usagers (cf dépêche APM HMNBC003).

Le SPH et l'Idepp regrettent que la notion de "trouble à l'ordre public" ne soit pas supprimée de la loi. "Les procédures de contrainte en psychiatrie ne peuvent être prononcées, maintenues et levées qu'au motif de la nécessité de soins, justifiés et appréciés médicalement", soulignent-ils.

Ils rappellent que le rapport d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, remis par Hélène Strohl en 1997, avait préconisé que les décisions de soins sans consentement "soient prises en référence aux troubles mentaux et non plus aux troubles à l'ordre public" et que cette position "prévaut dans la grande majorité des pays européens".

Ils soulignent aussi "l'attachement historique et éthique" des psychiatres hospitaliers à "des soins centrés sur l'état clinique des personnes" et "leur opposition à toute utilisation de la psychiatrie à des fins de contrôle social".

Les deux syndicats se félicitent du renforcement, envisagé dans la réforme, du recours au juge des libertés et de la détention (JLD). Ils demandent que le JLD soit saisi automatiquement "en cas de divergence entre l'avis du psychiatre traitant et la décision du préfet" pour une sortie d'essai ou une levée d'hospitalisation d'office (HO). "L'arbitrage du juge doit s'exercer et s'imposer sans délai", estiment-ils.

Le SPH et l'Idepp sont très critiques sur le recours à l'avis d'un collègue, composé de deux psychiatres et d'un cadre de santé, pour les sorties de patients qui sont ou ont été hospitalisés en unité pour malades difficiles (UMD) ou qui ont été reconnus irresponsables pénalement.

La présence d'un cadre de santé est critiquée car rechercher un avis complémentaire "non exclusivement médical" n'est pas légitime, estiment-ils. Pour les patients déclarés irresponsables pénalement, "la sortie est déjà conditionnée par l'avis concordant de deux experts", c'est pourquoi ils considèrent que ces avis supplémentaires n'apporteront rien.

Plus grave, le collègue aboutirait, selon eux, à durcir la loi car il instituerait "un 'casier psychiatrique' stigmatisant le patient au nom d'une hypothétique garantie supplémentaire" de sécurité. "L'éventuel danger que peuvent constituer des troubles psychiques tient à un moment évolutif et non à des caractéristiques propres à la personne", affirment les deux syndicats.

Ils remarquent que le droit actuel interdit d'opposer à la personne ses "antécédents psychiatriques". L'article L3211-5 du code de la santé publique indique effectivement que, lors de sa sortie, une personne ayant été hospitalisée pour ses troubles mentaux "conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sans que ses antécédents psychiatriques puissent lui être opposés".

Le SPH et l'Idepp sont partagés sur les soins ambulatoires sans consentement, dont la création est envisagée dans la réforme. D'une part, ils estiment qu'il s'agirait d'une "extension des possibilités thérapeutiques" mais ils demandent qu'ils ne soient décidés que "sur des critères médicaux" et qu'ils soient assortis de "solides garanties visant à préserver les libertés individuelles placées sous le contrôle d'un juge".

Psychiatrie: la CGT désapprouve l'orientation sécuritaire de la circulaire sur les sorties d'essai

PARIS, 17 février 2010 (APM) - La fédération CGT de la santé et de l'action sociale a désapprouvé mercredi l'orientation sécuritaire de la circulaire du 11 janvier sur les sorties d'essai de patients en hospitalisation d'office (HO).

La CGT exige le retrait de cette circulaire et "appelle l'ensemble des professionnels à la plus grande vigilance sur ce dossier qui comporte de graves entraves liberticides".

Cette circulaire, cosignée par les ministres de la santé et de l'intérieur, revient sur les modalités d'examen des demandes de sorties d'essai décidées les préfets (cf dépêche APM CONAR002).

"Les sorties d'essais étaient jusqu'à présent une décision médico-administrative. Elles risquent, dorénavant, de devenir une décision purement préfectorale. Dans ces conditions, la psychiatrie deviendra un lieu d'enfermement au service du ministère de l'intérieur", estime le syndicat.

"L'impératif est clair, l'ordre et la sécurité publique priment dans la décision, puisque le dossier judiciaire et l'avis de la gendarmerie ou de la police sont consultés", estime le syndicat qui dénonce "le grand retour de l'amalgame malade mental et 'imprévisible-fou-dangereux'". "Ces éléments risquent de peser lourdement en défaveur du patient, et ceci malgré les recommandations du médecin et de l'équipe soignante, qui suivent au plus près les patients".

La CGT s'inquiète aussi du fait que la décision du préfet ne serait pas susceptible de recours.

Les syndicats de psychiatres hospitaliers Speg, SPH et Idepp ont demandé le retrait du texte, rappelle-t-on.



L'Union Syndicale des Magistrats (USM), le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) et l'Association Nationale des Psychiatres Hospitaliers Experts Judiciaires (ANPHEJ) dénoncent le projet de loi « *tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle* », examiné par la commission des lois du Sénat le 3 février 2010 après son adoption par l'Assemblée Nationale le 24 novembre 2009 et qui traite notamment de la « *castration chimique* » des criminels sexuels.

Ce texte étend l'arsenal de mesures de contrôle et/ou d'enfermement de la loi du 25 février 2008 permettant l'enfermement en rétention de sûreté :

- des condamnés à des peines de 10 ans d'emprisonnement -contre 15 ans actuellement-, alors que le conseil constitutionnel a rappelé le 21 février 2008 qu'un enfermement, à l'issue de la peine, sans qu'aucune nouvelle infraction ne soit commise, doit être réservé aux condamnations les plus lourdes ;
- sur simple refus du condamné d'une mesure de contrôle sans qu'il y ait à démontrer qu'il a eu accès aux soins durant sa peine ou les avait refusés, exigence pourtant posée par le conseil constitutionnel ;
- d'une personne condamnée pour des faits commis avant l'entrée en vigueur de la loi, dont les dispositions seraient d'application immédiate, au mépris de la censure du conseil constitutionnel qui avait rappelé le principe de la non rétroactivité des lois pénales plus sévères.

Sans nier la dangerosité de certains criminels, l'USM, le SPH et l'ANPHEJ dénoncent le discours démagogique consistant à faire croire que rétention de sûreté et « *castration chimique* » éviteront de nouveaux drames. S'il convient de réfléchir, hors de tout emballement médiatique, aux mesures envisageables pour les personnes qui, au final, s'avèreraient difficilement amendables, la récidive pourrait toutefois être écartée de façon plus efficace pour la majeure partie des condamnés par des soins adaptés pendant l'exécution de la peine.

- Or : - les établissements pénitentiaires ne proposent pas des soins psychologiques et psychiatriques suffisants ;
- 10 ans après la création du suivi socio judiciaire, 40 tribunaux sur 17 départements n'ont toujours pas de médecin coordonnateur, ce qui rend ce dispositif inapplicable ;
 - les UHSA créés par la loi de 2002, qui permettent la prise en charge psychiatrique en détention des criminels et délinquants sexuels dangereux, n'ont toujours pas ouvert ;
 - les tarifs des expertises psychiatriques n'ont toujours pas été réévalués malgré les préconisations du rapport de la commission d'enquête parlementaire dite d'Outreau, entraînant avec le refus de prise en compte de la dégradation de la situation de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale un manque chronique d'experts judiciaires,
 - la baisse drastique des budgets consacrés aux frais de justice ne permet plus de payer les expertises réalisées.

Le gouvernement ne pouvant officialiser ce constat d'échec propose l'enfermement, sans qu'aucune nouvelle infraction ne soit commise, au nom du seul principe de précaution, après exécution totale de la peine votée par les jurys d'assises.

L'expert devient une caution professionnelle, devant se prononcer dans l'urgence sur la nécessité d'injonctions de soins ou traitements hormonaux d'inhibition de la libido, appelés à tort « *castration chimique* », pouvant être ordonnés par le juge transformé en simple exécutant des mesures de défense sociale au mépris de son rôle constitutionnel de garant des libertés.

En outre, le projet de loi fait obligation au médecin traitant de dénoncer directement au juge ou au travailleur social, tout patient qui cesserait les soins, annihilant le secret médical, pour contourner l'absence de médecin coordonnateur, et anéantissant de fait le lien de confiance nécessaire entre le patient et son médecin.

L'USM, le SPH, et l'ANPHEJ rappellent que les injonctions de soins relèvent d'un acte médical, ce qui exige que soit posé un diagnostic et que soient évaluées les contre-indications. Ils soulignent que ces traitements ne sont efficaces que sur une minorité des patients et supposent un minimum d'adhésion de l'intéressé ; les principaux pays européens ayant recours à de tels traitements se basent d'ailleurs sur le principe du volontariat.

L'USM, le SPH, et l'ANPHEJ réclament une concertation préalable des organisations professionnelles et syndicales concernées et l'abandon de la procédure accélérée pour permettre un examen approfondi des mesures proposées.

Contre La Nuit Sécuritaire - Collectif des 39 »

Communiqué de presse

« En amalgamant la folie à une pure dangerosité sociale, en assimilant d'une façon calculée la maladie mentale à la délinquance, est justifié un plan de mesures sécuritaires inacceptables. Alors que les professionnels alertent régulièrement les pouvoirs publics non seulement sur les conditions de plus en plus restrictives de leur capacité de soigner, sur l'inégalité croissante de l'accès aux soins, mais aussi sur la mainmise gestionnaire et technocratique de leurs espaces de travail et d'innovation, une seule réponse leur a été opposée : attention danger, sécurisez, enfermez, obligez, et surtout n'oubliez pas que votre responsabilité sera engagée en cas « de dérapage ».

Ceci est un extrait de l'appel lancé par le « groupe des 39 » il y a un an contre « la nuit sécuritaire »

Près de 30 000 citoyens (soignants, patients, familles, etc.) l'ont signé.
Nous, soignants en psychiatrie, affirmons dans cet appel :

« Devant tant de « dangerosité » construite, la psychiatrie se verrait-elle expropriée de sa fonction soignante, pour redevenir la gardienne de l'ordre social ? Nous, citoyens, psychiatres, professionnels du soin, du travail social, refusons de servir de caution à cette dérive idéologique de notre société. Nous refusons de trahir notre responsabilité citoyenne et notre éthique des soins dans des compromissions indignes et inacceptables. Nous refusons de voir la question des soins psychiques réduite à un pur contrôle sécuritaire criminalisant outrageusement la maladie mentale. Nous refusons d'être instrumentalisés dans une logique de surveillance et de séquestration. »

Un an après le discours sécuritaire s'amplifie.

Il est appuyé par les projets de réforme de la loi de 1990, par des circulaires dont la dernière, en date 11 janvier 2010, provoque de toute part des réactions de colère tant la main mise du ministère de l'intérieur et « du maintien de l'ordre public » envahit le champ du soin pour tenter de l'assimiler à du gardiennage décidé par le préfet.

Les raisons sanitaires sont bafouées : le préfet décide comme il veut et quand il veut si un patient hospitalisé en HO peut bénéficier de sortie d'essai « décidée » par les équipes soignantes
Par la rédaction de cette circulaire, l'état stigmatise les équipes de soin, jugées laxistes ou incompétentes, s'autorise à restreindre les droits des patients et poursuit le chemin de leur ségrégation.

Le collectif des 39 se félicite des réactions unanimes de la profession contre cette circulaire

Il appelle toutes les associations et syndicats de la profession, les parents, les patients, à mener une action unitaire massive contre cette politique inacceptable et à élaborer des pratiques respectueuses des droits et libertés.

Le collectif des 39 est prêt à engager toute son énergie afin qu'une action de grande ampleur puisse se réaliser. C'est là le seul moyen de stopper cette machine infernale.

<!--[if
<!--[endif]-->

!vml]-->

PREMIER PARLOIR A GRADIGNAN !

Ban public

Lorsqu'on arrive, on est frappé par l'aspect lugubre de l'établissement, les barreaux des fenêtres sont rouillés et les fenêtres minuscules..... Les bâtiments donnent l'impression de quelque chose de très vieux, type année 50..... La couleur n'en parlons pas !!! oscillante entre noire grise et crasse.

Le parking n'étant pas autorisé aux visiteurs, nous sommes obligés de nous garer devant le Chalet bleu (endroit accueillant et franchement réconfortant). Ensuite il y a un parcours d'une quinzaine de minutes à faire pour accéder à l'entrée.

Ils nous préviennent qu'il faut arriver à 12h45 sous peine d'être refoulé mais nous avons dû attendre jusqu'à 13h15 sous la pluie !!!

Une fois qu'ils sont enfin décidés à s'occuper de nous, nous passons un par un devant l'accueil si l'on peut appeler cela un accueil car pas de « bonjour » pas de sourire et encore moins de mot aimable..... Nous présentons notre pièce d'identité, elle vérifie, nous donne une clef sans nous préciser quoi que ce soit !!!

Heureusement, les autres visiteurs sont humains eux !!! et se donnent la peine de nous expliquer que nous devons déposer toutes nos affaires entre autre ce qui est métallique car nous serons refoulés !!! dans des casiers.

Nous nous exécutons et nous plaçons dans l'autre file d'attente cette fois-ce cela dure environ 15'.

Ils nous font rentrer dans un tout petit local. Nous sommes bien entassés les uns contre les autres et avec une voix agressive et sans aucune correction, nous appelle par notre nom de famille sans autre préambule...

Voulant passer sous le portique, nous sommes presque insultés car il faut mettre toutes nos affaires sur un tapis détecteurs (sac, veste, chapeau, chaussures,....). Les personnes âgées ne sont pas épargnées même leurs cannes leurs sont prises..... Nous sommes de nouveau entassés dans une autre pièce encore plus petite que la précédente.

Nous accédons à une cour où nous attendons encore.

Et ceci se reproduira deux fois encore..... Nous montons à l'étage et aidons les personnes handicapés par la canne confisquée à monter les marches.....

A l'étage nous déposons nos sacs de vêtements et devons encore attendre avant d'être placé dans des pièces minuscules, sentant une odeur abominable de tabac et de je ne sais quoi !!!

Ils nous demandent nos noms et appellent ceux que nous sommes venus visiter !!! Et tout cela sans un « bonjour » et avec un manque de respect total pour les détenus !!!

La visite passe très vite..... Nous ressortons et ils nous oublient dans les escaliers avant la première porte sans aucun endroit où s'asseoir..... Paradoxe : sur le mur est affichée une « déclaration des droits de l'homme » ?!

Nous ressortons comme nous sommes venus, traités comme des « animaux » et cela m'a même fait pensé à ce qu'avait dû subir les juifs pendant la guerre !!!!

C'est un établissement repoussant de saleté, lugubre où le personnel est lamentable, incorrecte, agressif et suffisant.

Je me suis fait la remarque !!! Mais pour qui se prennent ils ces « matons » ? Et que doivent vivre nos proches sous l'emprise de ces gens ? Mais nous ne devons surtout pas faire de réflexion car ils se vengeraient sur ceux que nous aimons et que nous laissons à regret entre leurs mains...

Je me suis un peu tranquillisée en me disant qu'ils ne devaient pas tous être pareil.....

Néanmoins, les visiteurs avec qui nous échangeons avaient une image très négative de cet établissement et disaient « c'est normal qu'il y ait autant de suicide, les gens sont humiliés constamment, les placements en cellule des personnes qui n'ont jamais été incarcéré sont faites n'importe comment et bien souvent à « la tête du client » donc non seulement ils vivent une expérience nouvelle et traumatisante, mais sont en grande souffrance à cause des placements très catastrophiques.

J'ai pleuré pendant tout ce moment, mes souffrances sont encore vives après quelques mois !!!

Je ne comprends pas comment l'on peut se dire vivre dans une démocratie lorsqu'on traite des humains ainsi..... d'autant qu'il y a un certain nombre de détenus qui ne sont là que « pour faire du chiffre » et pour assouvir le poids d'une rancune face au mal vécu de certains juges (mais cela tout le monde le sait sur Bordeaux ... les avocats, les politiques et les autres laissent faire !!)

Le comble c'est que lorsque nous allions rejoindre notre véhicule, il y avait deux flics qui mettaient des PV !!!

Non seulement il n'y a pas d'endroit où se garer autre que ce petit parking mais ils en profitent pour nous verbaliser.....ils sont vraiment au dessous de tout !!!

J'ai eu honte de mon pays, de la façon dont l'on traite des gens qui même s'ils ont fait une erreur n'en sont pas moins des êtres humains et je comprends mieux comment un séjour dans un endroit pareil peut détruire au point de faire d'un honnête homme, un voyou.

Ceci est mon ressentiet ma seule expérience.....mais chaque jour je revois ces images et je pense à celui que j'aime et qui essaie de survivre là bas.....et je suis effrayée.....

Une maman.

<http://prison.eu.org/article12366.html>

PRISON.EU.ORG est un site de Ban Public

POURQUOI NOUS OBESISSONS.....

Journées de Logos

Programme

Jeudi 6 mai

- » Président : **Jean-Louis Rouvière**
- » Discutant : **Saül Karsz**

8h-8h30 – Accueil des participants

Matinée (8h30-12h)

- » **Serge Portelli** (magistrat) : *Obéissance et Etat de droit*
- » **Patrick Coupechoux** (journaliste) : *La déprime des opprimés*

Après-midi (14h-17h)

- » **Guy Baillon** (psychiatre des hôpitaux) : *La folie, parcours exemplaire d'une désobéissance*
- » **Estelle Kreiss** (psychologue) : *De l'assujettissement bienveillant*
- » **Pierangelo Di Vittorio** (philosophe) : *Libre de ne pas l'être*
- » **Saul Karsz** (philosophe-sociologue) : *Mise en perspective*

(17h-18h)

- » **P. Di Vittorio** présentera l'ouvrage collectif « Lexique de biopolitique » (Eres, Toulouse 2010)

Vendredi 7 mai

- » Présidente : **Sabrina Fréchin**
- » Discutant : **Saül Karsz**

Matinée (9h-12h)

- » **Angel Facio** (metteur en scène) : *De la révolte à la désobéissance active*
- » **Tony Chauvel** (psychologue) : *Une vie arraisonnée*
- » **Marga Mendelenko** (psychanalyste) : *A quoi obéit-on quand on n'obéit pas ?*

Après-midi (14h-17h)

- » **Mathilde L.** (écolière) : *Parole d'enfant*
- » **Antoine De Gaudemar** (journaliste, réalisateur) : *Ecrire à la commande*
- » **Wassyla Tamzali** (essayiste) : *Obéissance travestie*
- » **Saul Karsz** (philosophe-sociologue) : *Pour ne pas conclure...*

Inscription

Pour s'inscrire, téléchargez le dépliant PDF sur www.logos66.com et remplissez le bulletin d'inscription Le bulletin d'inscription ainsi que le chèque libellé à l'ordre de l'association LOGOS sont à renvoyer à l'adresse suivante : **Association LOGOS - 7, boulevard Wilson – 66000 Perpignan**

Les tarifs :

- » Individuel : **80 euros**
- » Etudiant / chômeur : **35 euros**
- » Formation Continue : **140 euros**
- » Repas du Jeudi soir : **30 euros** tout compris

CRIMINOCORPUS, le carnet

Criminocorpus, le carnet

L'actualité de l'histoire de la justice, des crimes et des peines

Pour 2010, le site du carnet/blog change de présentation...

La Révolution à la poursuite du crime ! Exposition en ligne

janvier 29, 2010

“Paris, 1790-1792. Dans ses murs : un roi, une assemblée élue, des juridictions d’Ancien Régime abolies. Une ville de contraste entre constructions prestigieuses et quartiers misérables. Plus de 600 000 âmes. Une cité en proie à la fièvre révolutionnaire : à l’Assemblée, à l’Hôtel de Ville, dans les clubs, les sections. Une criminalité jamais endiguée, des prisons saturées.

Sur le parvis de Notre-Dame, deux mendiants extorquent une aumône. Quai du Louvre, un soldat frappe d’une bouteille une aubergiste qui ne survit pas. Aux Champs-Élysées, un marchand dévalise et tue un prêtre insermenté. À la Monnaie, des objets liturgiques envoyés à fondre sont détournés par un commis. Place de la Révolution, une bande de malfaiteurs pille le Garde-Meuble national. Ailleurs, des faussaires fabriquent congés militaires ou assignats...”

Cette nouvelle exposition virtuelle réalisée par les Archives nationales reprend en partie celle qui est présentée à Paris, hôtel de Soubise, du 18 novembre 2009 au 15 février 2010. Elle consiste en une sélection de pièces extraites des fonds des Archives nationales, et qui font revivre une délinquance ordinaire à Paris que les journées révolutionnaires et les procès politiques ont rejetée dans l’ombre...

La douche, une invention d’un médecin des prisons, le docteur Merry Delabost

janvier 28, 2010

La douche est une invention mondialement connue, âgée d’environ 130 ans. La fin de la Belle Époque l’appelait « bain-douche » ou « douche en pluie ». Elle fut pour les contemporains, les hygiénistes en particulier, une révolution puisqu’elle permettait de laver une masse de population rapidement avec économie. Son inventeur le docteur Merry Delabost, était le médecin en chef de la prison Bonne Nouvelle de Rouen, là où elle fit son apparition. Le docteur Merry Delabost était un médecin-chirurgien respecté par ses pairs. Il fut entre autres choses médecin chef en chirurgie de l’Hôtel-Dieu, professeur et directeur de l’École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Mais surtout, il fit toute sa carrière médicale au sein de la prison Bonne Nouvelle (de 1864 jusqu’à sa mort en 1918). [...]

Lire la suite de cet article d’Hervé Dajon, dans la rubrique GRHIS-Justice sur Criminocorpus.

Dessins de la prison de Fresnes pendant l’Épuration (Jean-Claude Vimont)

janvier 27, 2010

Le Musée national des prisons conserve un curieux manuscrit d’une cinquantaine de feuillets illustrés et signé Guy Hanro, également orthographié Gui Hanro. Le format est de 19,5 cm par 27 cm. Les textes sont parfaitement calligraphiés et accompagnés de dessins humoristiques réhaussés de quelques couleurs. La page de titre est raturée. L’auteur a barré “souvenirs de prison” puisque le manuscrit comporte des oeuvres de sa plume, mais aussi de quelques compagnons de détention comme Robert Brasillach ou l’officier de la Légion des Volontaires Français (LVF) Demessine. L’auteur agrémente sa signature, ornée d’une araignée, de la mention “45”, sous de nombreux dessins. Il évoque le sort de quelques condamnés aux travaux forcés ou à la peine de mort des premiers temps de l’Épuration. La chronique semble donc concerner les années

1944 et 1945 dans la prison de Fresnes. Catherine Prade, l'éminente conservateur du Musée de Fontainebleau, m'avait confié une copie de ce manuscrit lorsque [je travaillais sur les dessins de Ralph Soupault, le caricaturiste de < em>Je suis Partout et de Combats, l'hebdomadaire de la Milice, dessins publiés sous le pseudonyme de Rio, Fresnes, reportage d'un témoin. Le manuscrit demeura inexploité car l'identification de l'auteur est malaisée. [...]

Lire la suite de cet article de Jean-Claude Vimont dans la rubrique GRHIS-Justice sur Criminocorpus.

Le système de sûreté lyonnais selon les arrêtés du 6 décembre 1833 (Amos Frappa) janvier 26, 2010

Nouvel article d'Amos Frappa dans le cadre du dossier sur l'histoire de la police

” Le 6 décembre 1833, le maire de Lyon Gabriel Prunelle adopte trois arrêtés instaurant un service de sûreté. Il s'agit de la seconde ville française à se doter d'un groupe de policiers spécialisé dans la recherche et l'arrestation des malfaiteurs. Un an plus tôt, le préfet de police Gisquet met à profit l'expérience de « la Rousse », surnom donné à la brigade de l'ancien bagnard Vidocq, pour équiper la capitale d'une telle structure. Le premier des textes du 6 décembre 1833 fixe les attributions du bureau de sûreté (lire le texte). Le second énumère les compétences de François Rousset, promu chef de la « police des voleurs » à Lyon (lire le texte). Le troisième nomme un remplaçant aux anciennes fonctions remplies par Rousset (lire le texte). Quelle est la portée de ces trois arrêtés municipaux ?”

[Lire la suite sur Criminocorpus]

Il Museo di Antropologia criminale “Cesare Lombroso” (Silvano Montaldo et Paolo Tappero)
janvier 25, 2010

S. Montaldo et Paolo Tappero (Eds.), Il Museo di Antropologia criminale “Cesare Lombroso”, UTET, 2009, 325 p.

Cent ans après la mort de Cesare Lombroso (1835-1909), fondateur de l'anthropologie criminelle, son « Musée criminel », unique au monde, réouvrait ses portes au public, à Turin. A cette occasion, Silvano Montaldo, professeur d'histoire contemporaine et Paolo Tappero, professeur de médecine légale et directeur du Musée jusqu'en 2009, ont réalisé un catalogue dont on trouvera ci-dessous la présentation.

Présentation de l'éditeur

A cento anni dalla morte di Cesare Lombroso, fondatore dell'Antropologia criminale, riapre a Torino il suo “museo criminale”. Le collezioni comprendono preparati anatomici, disegni, fotografie, corpi di reato e produzioni artigianali e artistiche, anche di pregio, realizzate da internati nei manicomi e da carcerati. Lombroso iniziò a raccogliere questi materiali intorno al 1859 e continuò a farlo per tutta la vita, con l'aiuto di allievi e ammiratori che in Italia e negli altri paesi europei, in Africa, America, Asia e Australia, si ispirarono alle sue teorie. Fu poi Mario Carrara, genero e successore di Lombroso, a proseguirne l'opera fino al 1932, quando venne espulso dall'Università per aver rifiutato di giurare fedeltà al fascismo. Il museo, unico al mondo, non è una raccolta di strumenti di punizione, anche se ne possiede alcuni; non vuole offrire al pubblico una sequenza di grandi criminali e di delitti efferati, sebbene tratti anche della criminalità. Intende, invece, presentare il pensiero di uno scienziato fortemente interessato ai problemi della sua epoca e che fu guidato da una profonda curiosità verso il crimine e verso qualsiasi forma di devianza dalle norme della società borghese ottocentesca, un'anormalità intesa anche in senso positivo, nelle persone di genio artistico, scientifico o politico capaci di far progredire l'umanità.

En complément

L'Université de Turin entretient un site pour ses musées et collections. On y trouvera des informations complémentaires et il est même possible de réaliser une brève visite virtuelle du Musée d'anthropologie criminelle en se rendant sur le site [Museounito](#)

Retrouver l'intégralité des nouvelles sur le nouveau carnet/blog de Criminocorpus

Avis aux auteurs et éditeurs

Kamo peut rendre compte des ouvrages qui paraissent dans le domaine psycholégal.

Pour toute information contacter: socapsyleg@orange.fr

« L'unité hospitalière sécurisée (UHSI) interrégionale de Toulouse : Fonctionnement général, vécu de l'hospitalisation et collaborations professionnelles. »

Ce dossier thématique présente les résultats de la recherche exploratoire menée par Hélène Bazex sur le site de Toulouse. Il entend dresser un premier bilan du fonctionnement d'une UHSI en prenant pour thématique générale les niveaux d'élaboration chez les acteurs – surveillants, soignants, détenus – de ses aspects structurels, organisationnels et cliniques. L'éventail des problèmes traités est large puisqu'il s'agit tout à la fois de préciser les enjeux et le contexte de création de ces structures bien particulières ; de faire état de leur fonctionnement intra- et interinstitutionnel ; d'analyser la complexité du système des relations nouées entre les professionnels ; d'éclairer le vécu de l'hospitalisation des détenus et la place de celle-ci dans le parcours de soin ; de proposer enfin des pistes de réflexion et des préconisations sur la base des problématiques révélées au fur et à mesure de la recherche. Dépassant le seul constat d'une collaboration parfois difficile, toujours à négocier, entre soin et sécurité, Hélène Bazex montre précisément comment soignants et surveillants sont contraints de redéfinir leurs places respectives aux limites des missions et des rôles de chacun, de même que de réinterroger leurs rapports singuliers aux cultures et idéologies professionnelles par lesquelles ils légitiment leurs actions.

Consulter : [dossierthématiqueUHSI](#)

Ecole nationale d'administration pénitentiaire (Énap)

Direction de la recherche et du développement

440, avenue Michel Serres

BP 28

47916 AGEN cédex 9

tél : 33.(0)5.53.98.90.90

fax : 33.(0)5.53.98.91.73

Carine.Brenac@justice.fr





NOTES DE LECTURE et DOCUMENTATION

Questions pénitentiaires : Conventions, recommandations et résolutions du Conseil de l'Europe

Ce livre offre une vue d'ensemble des standards pertinents dans le domaine des prisons à travers des textes contraignants tels que des conventions et des protocoles, ainsi que des recommandations et des résolutions du Comité des Ministres. Il contient également certaines conventions et recommandations - qui ne sont pas en relation directe avec les questions pénitentiaires, mais dont le sujet est d'importance pour les personnes détenues et le personnel concerné - telles que le transfert de prisonniers, la libération conditionnelle ou d'autres sanctions et mesures, ainsi que la médiation. Ce recueil de textes normatifs sur les questions pénitentiaires est destiné aux tribunaux, parlements et autorités nationales, y compris l'administration pénitentiaire, ainsi qu'au personnel pénitentiaire, aux détenus, aux associations non gouvernementales et aux praticiens travaillant dans le domaine.

Pour commander directement http://book.coe.int/sysmodules/RBS_page/admin/redirect.php?id=36&lang=FR&produit_aliasid=2460

Les Editions du Conseil de l'Europe
Palais de l'Europe, 67075 Strasbourg Cedex, France
E-mail : publishing@coe.int
Visitez notre site : <http://book.coe.int>
Tél. : +33 (0)3 88 41 25 81
Fax : +33 (0)3 88 41 39 10

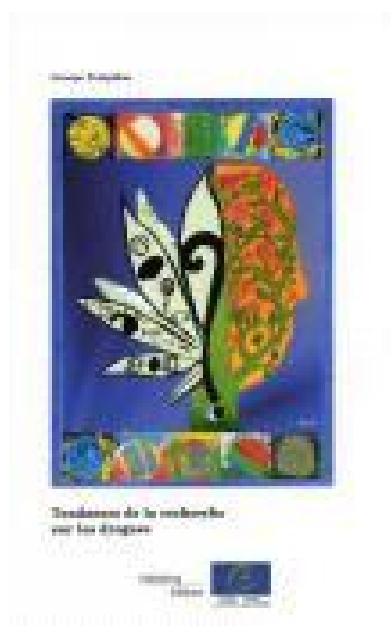
Tendances de la recherche sur les drogues

Richard Muscat, Dirk J. Korf, Jorge Negreiros, Dominique Vuillaume
Les Editions du conseil de l'Europe

Quels sont les derniers résultats de la recherche dans les domaines des sciences sociales, des sciences de la psychologie et dans celui des sciences biomédicales en matière de toxicomanies et de dépendances aux substances psychoactives? Des experts spécialistes de ces domaines de la recherche proposent, dans cette publication, une mise à jour des connaissances en la matière. Ainsi, dans le domaine de la sociologie, la dynamique du marché du cannabis est traitée, tandis qu'en psychologie les chercheurs ont analysé la personnalité, l'impulsivité et la recherche de sensation. Les théories les plus récentes en matière de neurosciences et de dépendances sont également présentées. Enfin, cette publication livre des informations sur les nouvelles formules expérimentées ainsi que sur les pistes à explorer en matière de traitement de la toxicomanie. Cet état des lieux révèle les tendances les plus récentes de la recherche aux scientifiques, aux intervenants sur le terrain et aux décideurs politiques auprès desquels le Groupe Pompidou s'est engagé à faire connaître les derniers résultats de la politique, de la science et des pratiques en matière de drogues.

Pour commander

http://book.coe.int/sysmodules/RBS_page/admin/redirect.php?id=36&lang=FR&produit_aliasid=2468



Rapport d'information déposé (...) par la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures

[ZUMKELLER Michel](#)

FRANCE. Assemblée nationale.

Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République

Paris ; Assemblée nationale (Documents d'information de l'Assemblée nationale , n° 2130)

Ce rapport aborde la question de l'état de santé des mineurs placés sous main de justice, tant dans la phase préparatoire à la décision de justice que dans la phase de son exécution. Il estime nécessaire d'améliorer le suivi sanitaire et psychique de ces mineurs, et de « repenser l'articulation du soin et de l'accompagnement éducatif pour donner sa pleine efficacité à la sanction pénale ». Dans une première partie, le rapport préconise de parfaire les connaissances statistiques sur l'état de santé des mineurs placés sous main de justice. Puis il émet des propositions pour renforcer le partenariat entre les ministères de la justice et de la santé et suggère notamment la mise en place d'un dossier judiciaire unique. Enfin le rapport présente des recommandations pour améliorer la prise en charge des mineurs présentant des troubles du comportement qui sont souvent placés dans des établissements inadaptés.

décembre 2009. 136 pages

IL Y A 100 ANS

Dans les Archives d'Anthropologie Criminelle (191) :

Mesure « d'humanité » pour les exécutions capitales (p.899)

Consultable sur le site de Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr

PREMIERE DIVISION MILITAIRE — SERVICE DE LA JUSTICE

Versailles, 10 septembre 1872.

Cher Docteur, je trouve dans la lettre ministérielle du 24 juillet 1872, invitant le Général à donner les ordres nécessaires pour l'exécution des nommés *Aubry, Saint-Omer, Dalivons* et *François* la phrase suivante :

« On devra leur bander les yeux et faire en sorte que le linge employé à cet effet s'appuie fortement sur les oreilles. L'adjudant, au lieu d'indiquer avec son épée le moment de faire feu donnera cet ordre de vive voix de façon que le tir soit instantané et foudroyant. Ce nouveau mode de procéder a été inspiré par un sentiment d'humanité et sanctionné par un décret du Président de la République. »

J'ai pensé néanmoins que vous recevriez avec plaisir tel qu'il est, le renseignement qui précède, puisque vous y trouvez la preuve que vos idées ont été partagées en haut lieu et qu'une mesure de haute humanité sera due à votre initiative.

Agréez, cher Docteur, l'expression de mes sentiments les plus distingués et dévoués.

Signé : M. D'ELLOX,
Chef d'Escadron d'Etat-Major.

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. Informations sur la population carcérale par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). <http://arpeninter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions sexuelles) : 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 Zoummeroff : www.collection-privee.org

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

Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAIVS) Rhône-Alpes-Claude Balier : www.criavsv-ra.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/

CrimSo : http://www.uhb.fr/sc_humaines/CrimSo/. Site du Groupement d'Intérêt scientifique CrimSo qui se présente comme un groupe de recherche en criminologie et Sociétés

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

Contrôle général des lieux de privation de liberté : www.cgplp.fr

Délinquance, justice et autres questions de société, site de Laurent Mucchielli, directeur de recherches au CNRS : www.laurent-mucchielli.org

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

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)

Les sites
recommandés
par Kamo

AGENDA

Prendre soin de l'humain : Individu, pratiques et droits collectifs dans le champ de la santé mentale. CEDEP. XIXème séminaire annuel. Malte, 13 au 16 mai 2010.

Quel crédit accorde-t-on encore à ces notions de l'homme et de ses droits fondamentaux, d'humanité, d'humanisme, dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale aujourd'hui ? Que représentent-elles véritablement ? La catégorie de l'humain deviendrait-elle par elle-même une classe dangereuse ?

Comment mettre en avant des pratiques professionnelles ou sociales qui s'adressent à l'autre sur le mode de la réciprocité ou qui soient des expériences partagées ?

Certaines formes de violence sociale, les modalités honteuses d'accueil ou de traitement de personnes exclues de la communauté des hommes, les souffrances dans le monde du travail, les précarités, les politiques de la peur, sont autant de raisons de repenser les conditions qui garantissent à nos semblables de pouvoir se sentir humains. Comment rendre justice et prendre soin de l'humain ?

Point de nostalgie ou de passéisme, mais qu'est-il possible depuis les couloirs de l'ONU jusqu'au au travailleur en maraude ?

Comment ne pas rabattre le sens du droit humain au protocole administratif ou technico-scientifique ? Pour échapper au contrôle administratif des corps, de l'intime et de l'humain, ne faut-il pas avoir des pratiques en décalage, dans des cadres alternatifs jusqu'à oser des bricolages hors conformisme, des initiatives rompant avec le politiquement correct, voire de la désobéissance ?

Nos modes de travail seront d'attaquer ces questions selon plusieurs angles d'approche :

- Psychiatrie et pouvoir sur la vie.
- Comment la question de l'humain ou de l'humanité du patient se décline-t-elle dans l'histoire des idées dans le champ psychosocial ?
- L'analyse de l'action publique aussi bien dans les stratégies à petite échelle qu'au niveau du macropolitique.

Les idées et pratiques qui ont bouleversé les représentations sociales et professionnelles, et les relations entre les protagonistes.

Secrétariat : Bruno Gravier Secrétaire SMPP Site de Cery 1008 Prilly (Suisse) email : Bruno.Gravier@chuv.ch

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. Mardi 1er décembre 2009 (Le suicide en prison). En 2010 : 6 avril, 4 mai, 1er juin, 6 juillet. Août relâche.

DU Santé publique en milieu pénitentiaire. Paris Descartes. Renseignements pédagogiques : Professeur Dominique BEGUÉ : 01 53 73 96 96 dominique.begue@pharmacie.parisdescartes.fr
Docteur Laura HARCOUËT : 01 45 87 60 51 laura.harcouet@cch.aphp.fr. Renseignements et inscriptions : Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques. Département Formation Continue 4, avenue de l'Observatoire - 75270 PARIS Cedex 06 tél. 01 53 73 99 10 ou 15 19 ou 97 98 - Fax : 01 43 29 57 16 formation.continue@pharmacie.parisdescartes.fr

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

Diplôme d'Université International. Psychologie et Justice. 2009/2010. Université Charles de Gaulle - Lille 3.— Renseignements : Marie-Claude LAMMENS (du lundi au jeudi inclus). Formation Continue Education Permanente (FCEP) - 9-11, rue Auguste Angellier 59046 Lille Cedex Tel.: 03 20 15 41 88 Fax: 03 20 15 41 95 - marie-claude.lammens@univ-lille3.fr.

DU Addictologie et dopage. Université Antilles-Guyane. Inscriptions : Mlle ADELAÏDE Chantal - Faculté de Médecine - Guadeloupe - Tel : 0590.48.30.26 ; Fax : 0590.48.30.28 ; cadelaïd@univ-ag.fr - Mme NOLBAS Nicole - Faculté de Médecine – Martinique - Tel : 0596.75.04.92 ; Fax : 0596.75.25.50 - nicole.nolbas@martinique.univ-ag.fr



Colloque "Psy et Crimino - Crimino et Psy"

23 juin 2010 Paris

Mercredi 23 Juin 2010, Espace Reuilly - Paris 12e

Renseignements : http://www.psylegale.com/article.php3?id_article=97

8h30 : Accueil des participants.

9h30 : Introduction.

MATINEE, *Président modérateur* : Pr J-L. SENON. :

L'évaluation / L'expertise

Psychiatrique, Psychologique... ou Criminologique ?

9h45 - 10h45 : Table 1.

Intervenants : Dr D. ZAGURY, Mr A. PENIN.

Discutants : Mr A. DUMEZ, Dr. G. ROSSINELLI.

10h45 - 11h00 : Pause.

Sensibilités en criminologie

11h00 - 12h00 : Table 2.

Intervenants : Pr L. VILLERBU, Mr P. POTTIER, Dr R. COUTANCEAU.

Discutant : Mr B. PHESANS.

12h00 - 12h30 : Echange avec la salle.

12h30 - 14h15 : Repas libre.

APRES-MIDI :

L'Ado et le passage à l'acte

14h15 - 15h15 : Table 1.

Modérateur : Dr A. MARTORELL.

Intervenants : Dr M. BOTBOL, Mr S. LEMITRE.

Violences sexuelles

15h15 - 16h15 : Table 2.

Modérateur : Dr S. BARON LAFORET.

Intervenants : Dr M. BODON BRUZEL, Dr F. COCHEZ, Mme J. SMITH.

16h15 - 16h30 : Pause.

Violences Conjugales

Violences Familiales

16h30 - 17h30 : Table 3.

Modérateur : Mr A. JAVAY.

Intervenants : Mr B. SAVIN, Mr J-P. Vouche, Mr A. LEGRAND.



Dans quelques semaines, l'Observatoire international des prisons sortira son nouveau rapport sur les conditions de détention en France. Plus que jamais, le calendrier de cette publication est important. Lors des débats sur la loi pénitentiaire en octobre dernier, l'OIP s'est mobilisé pour expliquer que ce texte risquait d'aggraver la situation dans les prisons françaises. Quand la loi a été définitivement votée, nous avons pris nos responsabilités en présentant un « mémoire » devant le Conseil constitutionnel. À côté de ce combat juridique, il en est un autre : celui de l'information.

L'édition 2009 de notre rapport constituera un élément fondamental du débat public sur la prison dans les années à venir. Tout d'abord, il sera la dernière photographie des conditions de vie en détention avant l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, ce qui permettra de suivre l'évolution de son application. Chacun pourra ainsi comparer, fait à fait, chiffre à chiffre, la situation avant et après la mise en œuvre des nouvelles mesures. Notre rapport est aussi le seul, par son approche à la fois globale et thématique, à dresser l'état des lieux du quotidien en détention, ce qui permet de jauger au plus près les applications et les conséquences réelles de la réforme sur la vie et le travail derrière les murs.

Savoir et faire savoir restent des combats cruciaux dans le monde opaque des prisons et, vous connaissez l'acharnement qu'il nous faut déployer pour arracher chacune des données que nous publions. Dans ce contexte, l'OIP vous invite à un acte de solidarité. D'abord, en le commandant dès maintenant, vous recevrez le rapport à votre domicile le jour même de sa parution en librairie. Mais aussi, et peut-être surtout, ce soutien financier sera un moyen pour vous de nous aider à le diffuser le plus largement possible, dedans et dehors.

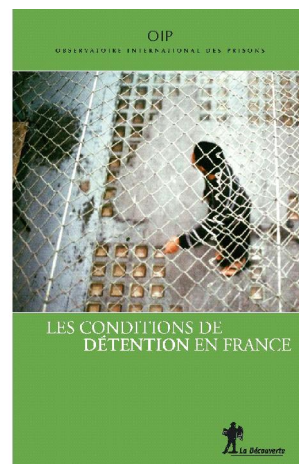
Merci de votre soutien

Florence Aubenas

Votre don* peut être effectué de deux manières :

soit en renvoyant notre [bulletin](#) accompagné d'un chèque à l'adresse postale de l'OIP, soit par le biais du site www.oip.org, via le mode de paiement sécurisé Paypal.

*En tant que donateur, vous bénéficiez d'une déduction fiscale à hauteur de 66 % du montant de votre don dans la limite de 20 % de vos revenus imposables. A titre d'exemple, un don de 100 € ne vous coûtera en réalité que 34 €. Un don de 50 € ne représentera que 17 €. Un reçu fiscal vous sera adressé automatiquement.



SUIVI DE LA BOURSE ZOUMMEROFF

SOCAPSYLEG regrette devoir renoncer à la bourse Zoummeroff.

Dans l'incapacité de mener les actions prévues, la subvention versée (7000 €) a été restituée à l'Association Française de Criminologie. Nous comptons sur l'indulgence de l'AFC face aux difficultés conjoncturelles qui ont empêché le démarrage effectif de certains volets du projet. Nous remercions l'AFC pour sa patience en nous ayant laissé du temps pour tenter de trouver des solutions.

Pour mémoire, le projet tel qu'on peut le lire sur le site de l'AFC comportait un volet associatif et un volet hospitalier. Il s'appuyait sur *«la réalisation d'une plaquette d'information sur l'injonction de soins, sur la diffusion régulière par voie électronique d'une revue psycho-légale (Kamo), sur la mise en place d'un atelier photographie pour les détenus afin de préparer leur sortie intitulé « Prendre soin de son corps ; prendre soin de son entourage » et sur une proposition de groupe de parole à l'intention des familles de détenus et d'ex-détenus afin de contribuer à maintenir les liens familiaux et à préparer le retour en famille »*. La partie subventionnée, non réalisable, portait sur l'atelier photographie et le groupe de parole à l'attention des familles de personnes détenues. En revanche, la partie du projet (non subventionnée par l'AFC) dépendant strictement de Socapsyleg, comportant la rédaction et la diffusion d'une plaquette sur l'injonction de soins (largement diffusée à plusieurs reprises en même temps que Kamo) ainsi que la diffusion de Kamo ont suivi leurs cours sans difficultés.

Nous n'oublions pas non plus les soutiens initiaux à notre projet notamment ceux de monsieur Jean-Jacques Jérémie, président du Conseil de la Culture, de l'Education et de l'Environnement de la Guadeloupe, de madame Hadet-Jan, juge d'application des peines, et de madame Françoise Mounsamy, directrice du Service Pénitentiaire et d'Insertion et de Probation de la Guadeloupe et surtout les professionnels qui ont cherché avec nous les moyens d'accomplir ce projet contre vents et marées. Ceux d'entre nous qui se sont lancés dans l'aventure garderont en-tête ces deux projets d'ateliers afin de les relancer éventuellement d'une manière ou d'une autre à une époque plus favorable au profit avant tout des personnes détenues et de leur réinsertion. Nous pensons tout particulièrement à la population des adolescents et des jeunes adultes qui en Guadeloupe ressent un fort sentiment d'abandon et nous espérons qu'ils pourront pouvoir faire preuve de leurs talents au travers d'autres initiatives.



Fresque. Ancienne Maison d'arrêt de Pointe-à-Pitre (Détruite)

*Tu dois juste avancer
Regarder sans tricher La vérité
Suivre ta route Coûte que coûte
Contre Vents Et Marées
F. Hardy.*

Directeur de la publication
Michel DAVID
Psychiatre des Hôpitaux
Président de Socapsyleg

Rédacteurs :
Sophia BOUDINE Psychologue
Franciane CONVERTY - Psychologue clinicienne, secrétaire de Socapsyleg
Nicolle MARCHAL, cadre de santé
Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé

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 Jator).

Photos : Crédit Michel DAVID

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

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
SPH : www.sphweb.info/

