

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 4-2008

SOMMAIRE

1. Editorial : Les soins aux personnes sous main de justice	2
2. Les soins à la population sous main de justice – Analyse des 26 SROS 3.....	3
3. Le contrat ARH/Etat en Guadeloupe relatif aux soins à la population sous main de justice	23
4. Loi relative à la rétention de sûreté : les censures du conseil constitutionnel	26
5. Décret du 16 avril 2006 relatif aux décisions d'irresponsabilité pénale : commentaires.....	30
6. Décret du 16 avril 2006 relatif aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (texte) ...	32
7. Théorie du chaos et principe d'incertitude	43
8. Appel du 20 mars 2008 demandant l'abolition de la rétention de sûreté	43
9. Rétention de sûreté ? une peine infinie	45
10. Club DES Maintenant en Europe	47
11. Médecin coordonnateur en Guadeloupe : Loi de 1998 – Suivi socio-judiciaire – Injonction de soins	51
12. Programme Hospitalier de Recherche Clinique en Guadeloupe	52
13. Le Pôle de Psychiatrie Légale de Guadeloupe recrute son 4 ^{eme} psychiatre	53
14. Groupe multiprofessionnel des prisons : réunion du mardi 6 mai avec S. Portelli et P. Méheust	56
15. Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie Criminelle	58
16. Courrier des lecteurs	58
17. Notes de lecture et documentation	59
18. Agenda.....	69
19. Sites internet et lettres d'information	69
20. Où trouver les anciens numéros de Kamo ?	71
21. Equipe rédactionnelle	71

EDITORIAL

Les soins à la population sous main de justice

Le numéro de Kamo du mois d'avril, par les réactions qu'il a suscitées, laisse à l'équipe de Kamo un étrange sentiment. Certains, souvent non soignants, y ont presque crû ; d'autres, professionnels du soin psychiatrique, bien souvent désabusés par le contexte pénitentiaire, sanitaire et politique qu'ils rencontrent, en viennent à penser que l'humour cynique est l'unique moyen d'expression, que toute forme d'argumentation rationnelle est submergée par l'impérialisme de l'émotionnel.

Malheureusement, si l'humour soulage, il ne faut pas s'attendre à un infléchissement du pouvoir vers la rationalité. Peut-être faudra-t-il attendre l'absurdité de certaines décisions pour voir abandonner les folies sécuritaires, comme l'illustre le recours au film « Minority report » de Steven Spielberg par la mouvement de mobilisation contre la rétention de sûreté. Ce numéro continue à évoquer certains points de la loi de rétention de sûreté. Socapsyleg est d'ailleurs une des associations signataire de l'appel pour l'abolition de la loi de rétention de sûreté et encourage les lecteurs de Kamo à regarder sur le site www.contrelaretention.fr le film de Thomas Lacoste pour aider à se forger une opinion sur ce sujet complexe.

Et comme l'humour ne peut être la forme régulière de communication à moins de sombrer dans la totale désespérance et la soumission à l'obscurantisme, Kamo reprend son style austère habituel et consacre la partie essentielle de son numéro autour du thème « Soins aux personnes sous main de justice » en analysant les contenus des différents SROS sur ce sujet, contribuant ainsi à l'information en vue de la future loi pénitentiaire, inscrite au calendrier parlementaire en juin prochain. Michel DAVID.

LES SOINS A LA POPULATION SOUS MAIN DE JUSTICE

Analyse des 26 SROS de 3^{ème} génération

Michel DAVID – Chef d’atelier

Volet « Psychiatrie et santé mentale » - Région Guadeloupe

Les schémas régionaux d’organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) - 2006-2011 - ont été arrêtés par les directeurs des agences régionales d’hospitalisation le 31 mars 2006. Ils se caractérisent par l’intégration pour la première fois de la psychiatrie au sein d’un schéma régional unifié avec la médecine, la chirurgie et l’obstétrique. Antérieurement, la psychiatrie déclinait son SROS à part. Dans le SROS 3, la psychiatrie est un des 17 volets étudiés. On peut y voir la volonté des pouvoirs publics de faire sortir la psychiatrie de son développement séparé d’avec la médecine, suivant en cela la disparition de l’internat des hôpitaux psychiatriques, puis de la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie. Il convient juste de citer ici cette évolution alors que le thème de cet article est d’étudier tout particulièrement la place qui est faite par chaque région aux soins aux personnes sous main de justice (PSMJ).

Après avoir exposé les principes qui gèrent l’élaboration des SROS 3 au travers de la réglementation qui l’organise et de faire le lien avec le plan Psychiatrie et santé mentale, les projets des 26 régions relativement aux soins aux PSMJ seront abordés (sauf la Corse n’ayant pu obtenir le document sur le site). Les SROS 3 représentent un moment important de l’évolution des soins psychiatriques aux PSMJ puisqu’ils doivent accompagner la mise en place des Unités d’hospitalisation spécialement aménagées (UHSA).

PRESENTATION DES SROS 3

Méthodologie

Les textes étudiés sont l’ensemble des SROS 3 publiés sur les sites de chaque agence (à partir du portail des Agences régionales de l’hospitalisation : www.parhtage.sante.fr).

Les références au thème étudié sont repérées par une lecture du volet Psychiatrie, doublé d’une recherche informatique des mots clés suivants : SMPR¹ (service médico-psychologique régional), UCSA² (unité de consultation et de soins ambulatoires), détenus et justice (pour repérer personnes

¹ Les SMPR sont les unités pivot des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (depuis 1986), au nombre de 26, dont trois dans les DOM (Guadeloupe, Martinique, Réunion). La Guyane en est étrangement dépourvue.

² Les UCSA sont les unités de consultation et de soins ambulatoires, chargées des soins somatiques en prison (depuis 1994).

sous mains de justice). Les textes généraux des SROS représentent des orientations, tandis que les annexes reposant sur les objectifs quantifiés sont les documents les plus importants car fixant des objectifs opposables. Les objectifs quantifiés (cf. infra) sont le plus souvent « globalisés » et ne permettent pas une lecture fine des projets. Par exemple, les journées d'hospitalisation en UHSA vont être englobées dans la totalité des journées d'hospitalisation temps plein. Il sera donc rarement possible d'affiner dans le cadre de ce travail les projets détaillés de chaque région.

NUMERO (ordre alphabétique)	NOM	INITIALES
1	Alsace	AL
2	Aquitaine	AQ
3	Auvergne	AU
4	Basse-Normandie	BN
5	Bourgogne	BO
6	Bretagne	BR
7	Centre	CE
8	Champagne-Ardenne	CA
9	Corse	CO
10	Franche-Comté	FC
11	Guadeloupe	GUA
12	Guyane	GUY
13	Haute-Normandie	HN
14	Ile-de-France	IDF
15	Languedoc-Roussillon	LR
16	Limousin	LI
17	Lorraine	LO
18	Martinique	MA
19	Midi-Pyrénées	MP
20	Nord-Pas-de-Calais	NPC
21	Pays de la Loire	PDL
22	Picardie	PI
23	Poitou-Charentes	PC
24	Provence-Alpes-Côte-d'Azur	PACA
25	Rhône-Alpes	RA
26	Réunion	RE

Tableau 1. Les 26 régions.

Enfin, il aurait été intéressant d'exposer la méthode d'élaboration des SROS par région, afin de connaître l'implication des différents corps professionnels. Peu de SROS expose cette méthode. Il faudrait une enquête détaillée auprès de chaque région, impossible dans le cadre de ce travail.

Les références aux 26 régions se feront selon leurs initiales (Tableau 1). Le recours à « PSMJ » sera le sigle générique pour évoquer la population incarcérée ou non.

La réglementation et les SROS 3.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 concrétise la régionalisation de la politique de planification en santé mentale. Les conseils départementaux de santé mentale sont remplacés par la Commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM). L'arrêté du 27 avril 2004 fixe les matières devant obligatoirement figurer dans les SROS 3 (Tableau 2).

La circulaire n° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 explique dans les détails les objectifs sanitaires pour le SROS de psychiatrie et de santé mentale en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

- 1 - Médecine
- 2 - Chirurgie
- 3 - Périnatalité
- 4 - Soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle
- 5 - Hospitalisation à domicile
- 6 - Prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins
- 7 - Réanimations soins intensifs et continus
- 8 - Imagerie médicale plus radiothérapie
- 9 - Techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale
- 10 - Prise en charge de l'IRC
- 11 - Psychiatrie et santé mentale
- 12 - Prise en charge des personnes âgées
- 13 - Prise en charge des enfants et des adolescents
- 14 - Prise en charge des personnes atteintes de cancer
- 15 - Soins palliatifs
- 16 - Prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés

Tableau 2. Les 16 matières du SROS 3.

L'organisation des soins doit garantir une accessibilité aisée et une qualité de l'offre de soins dans un contexte de continuité et de cohérence de la prise en charge sans oublier de soutenir et d'impliquer les familles. Certains axes sont considérés comme prioritaires au niveau national : les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées psychiquement, les

personnes atteintes d'autisme ou de troubles envahissants du développement, les personnes en situation de précarité et d'exclusion et les personnes détenues et sous main de justice (Tableau 3) ainsi que celles souffrant de toxicomanies. On remarquera le recours à la terminologie de plus en plus courante de soins aux personnes sous main de justice.

L'objectif est d'assurer à la population incarcérée et sous main de justice une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population. A cet effet, il convient de poursuivre le développement et la diversification des réponses proposées, en partenariat avec les services de soins somatiques (UCSA), avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et avec les structures sanitaires et médico-sociales extérieures afin d'assurer la continuité des soins après la libération du patient. La prévention du suicide (sur la base des préconisations du rapport du Professeur Terra) et la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel constituent, à cet égard, des priorités pour les équipes de psychiatrie exerçant en milieu pénitentiaire.

La loi n°2002-1138 du 9 septembre 2002 dans son article 48 prévoit la création d'unités spécialement aménagées (UHSA), destinées à l'hospitalisation, au sein des établissements de santé, des détenus présentant des troubles mentaux. Toutefois, dans l'attente des textes réglementaires qui en préciseront les modalités de fonctionnement, les dispositions du premier alinéa de l'article R 711- 19 du code la santé publique restent applicables.

Tableau 3. La prise en charge des personnes détenues et sous main de justice.

La philosophie du SROS 3 est d'analyser les besoins de la population. Il ne s'agit plus de centrer les soins sur les structures mais de les organiser dans le cadre de territoires de santé de manière graduée. Il faudra évaluer plusieurs types de réponses aux besoins de santé afin de trouver des réponses de proximité, cohérentes avec le territoire de santé défini dans le champ somatique et des réponses spécialisées comme les UMAP/UPID³ ou UMD (unité pour malades difficiles) ou bien encore les centres de ressources pour l'autisme, les troubles du comportement alimentaire ou les auteurs d'agression sexuelle. La recherche d'un rapprochement de l'offre de soins somatique et psychiatrique doit être une préoccupation constante des acteurs du soin. Enfin, l'ensemble de ces projets doit faire l'objet d'une concertation de proximité notamment au sein

³ Les UMAP sont des unités pour malades agités et perturbateurs - dénomination tristement archaïque, rappelant le XIX^e siècle ; les UPID sont les unités psychiatriques intersectorielles départementales, qui comme leur nom ne l'indique pas prennent en charge comme les UMAP, des patients présentant des pathologies souvent lourdes et demandant des soins intensifs, d'où le recours dans une formulation plus moderne du terme d'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). Ces unités s'apparentent à des « mini-UMD ».

des conférences sanitaires.

L'arrêté du 8 juin 2005 fixe les objectifs quantifiés en psychiatrie : « *Les équipements et services assurant une activité de psychiatrie pour lesquels les objectifs quantifiés sont exprimés en nombre d'implantations sont les suivants : 1) Les structures d'hospitalisation complète ; 2) les structures d'hospitalisation de jour ; 3) Les structures d'hospitalisation de nuit ; 4) Les services de placement familial thérapeutique ; 5) Les appartements thérapeutiques ; 6) Les centres de crise ; 7) Les centres de postcure psychiatrique* ».

LE PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Les projets du SROS 3 devront s'appuyer sur les orientations du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2010. La volonté de développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues après constat de prises en charges encore insuffisantes conduit aux objectifs suivants :

1. Renforcer et diversifier les prises en charges psychiatriques en ambulatoire dans tous les établissements pénitentiaires, et améliorer leur qualité, notamment en direction des personnes auteurs d'infractions sexuelles et présentant un trouble mental ;
2. Renforcer la cohérence des prises en charges psychiatriques et somatiques (souligné par nous) des personnes détenues, dans le respect des prérogatives de chacun ;
3. Intensifier la prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans les établissements non dotés d'un SMPR ;
4. Améliorer l'accès à l'hospitalisation pour motifs psychiatriques et la qualité des soins en milieu hospitalier et déployer les UHSA ;
5. Favoriser la continuité des soins psychiatriques aux personnes, pendant leur détention et à leur sortie (souligné par nous) ;
6. Développer la prévention du suicide.
- 7.

Un volet spécifique est consacré à la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles. Il conviendrait d'assurer une bonne application de la loi du 17 juin 1998 et de garantir l'exécution de l'injonction de soins prononcée par le juge par les objectifs suivants :

1. Faciliter les prises en charge et l'accès aux soins par une offre adaptée ;
2. Augmenter le nombre et améliorer les compétences des médecins coordonnateurs ;
3. Spécifier la prise en charge des mineurs auteurs d'infractions sexuelles ;

4. Poursuivre la politique d'amélioration des connaissances et des pratiques d'un plus grand nombre de professionnels de la psychiatrie ;
5. Améliorer la qualité de l'expertise pénale ;
6. Clarifier l'articulation des différentes prises en charge (sanitaire, judiciaire, sociale, éducative), les formaliser à travers l'élaboration de référentiels de pratiques et les diffuser.

Il est également prévu la création de 5 centres de ressources interrégionaux ayant vocation à améliorer et diffuser les connaissances et les compétences dans ce domaine. Une conférence de consensus était également annoncée consacrée à l'expertise psychiatrique pénale et qui s'est tenue finalement sous la forme d'une audition publique à Paris en janvier 2007⁴.

L'ORGANISATION DES SOINS AUX PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE DANS LES SROS 3

Le volet psychiatrie dans les SROS est un volet parmi quinze autres mais son élaboration est assez complexe étant donné les domaines variés qu'il faut y traiter. Les pédiatres et les gériatres ont à réfléchir sur la tranche d'âge qui les concerne alors que la psychiatrie inclut tout le cours de la vie. La psychiatrie, volet sanitaire du SROS, a également des liens étroits avec le médico-social, qu'il faut penser dans les projets sans forcément les inclure dans le SROS. La notion de territoire doit jongler avec celle de secteur ou de bassin de vie. L'exercice de style est donc complexe. La part relative aux soins (psychiatriques et/ou somatiques) aux détenus y est très variable.

Les projets des différents SROS seront analysés à partir de quelques grands thèmes, avec la citation des textes si possible.

Approche succincte ou absente ou limitative

Certaines régions n'appréhendent pas ou très peu la problématique des PSMJ, sans parfois citer les mots clés : SMPR, UCSA, détenus, Justice (AL, BN, BO, LI, LO, PC, IDF). L'approche du thème peut se limiter à quatre lignes :

- « *Améliorer la prise en charge psychiatrique en milieu carcéral par : 1) la redéfinition du service médico-psychologique régional ; 2) le renforcement des unités de consultations et de soins ambulatoires ; 3) la création d'une unité régionale pour les malades psychiatriques lourds* » (BO).

- « *La région Lorraine souhaite disposer de cet équipement interrégional et sera candidat pour une implantation*

⁴ SENON JL. PASCAL JC. ROSSINELLI G., *Expertise psychiatrique pénale*, coll. Fédération Française de Psychiatrie, John Libbey EUROTEXT, 2008.

en cours de détermination. Le fonctionnement du Service médico-psychologique régional (SMPR) doit être plus articulé avec les équipes de psychiatrie et un projet de fonctionnement sera élaboré en commun confortant sa mission de coordination et d'animation des politiques de santé mentale menées au sein des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la région ».

Les difficultés liées à l'hospitalisation des détenus peut conduire à une réaction ambiguë qui s'apparente à un désir de défausse : *« les centres hospitaliers qui reçoivent ces détenus en HO supportent une charge complémentaire incombant au premier chef à l'administration pénitentiaire »* (AU). On imagine assez bien l'administration pénitentiaire répondre que sa mission n'est pas d'être un hôpital psychiatrique...

La référence à la population pénitentiaire peut se limiter à un aspect très spécialisé (et médiatico-politique) : *« S'agissant de la prise en charge psychiatrique de la population pénitentiaire, l'amélioration de l'accès aux soins passe par l'organisation d'un dispositif de suivi et de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle »* (LI).

Approche développée

Inversement certaines régions montrent un intérêt plus ou moins marqué pour les soins aux détenus ou aux PSMJ : AQ, CA, CE, FC, GUA, GUY, LR, MA, RA, RE.

La région Centre consacre le plus de pages (7) à la *« Prise en charge des personnes détenues »*, peut-être parce que le SMPR de Châteauroux installé dans une maison centrale se trouve en difficulté en effectif médical et ne cohabite pas avec une UCSA. L'ensemble des problèmes est abordé : la recherche d'une prise en charge globale somatique et psychiatrique, les transports des détenus, les conditions d'HO, l'articulation entre les différentes institutions et services qui s'occupent des détenus, le souci de la continuité des soins, de développer les formations de base et spécialisées (AAS et suicide), le suivi post-pénal, la création d'une UHSA et une idée originale : la mise en place d'un observatoire régional de la santé des détenus sous l'égide de la commission de concertation en santé mentale.

La Franche-Comté a aussi une démarche originale intitulant sa rubrique *« Prise en charge des personnes détenues et sous main de justice »*. Il est non seulement proposé la création d'un SMPR à Besançon mais un intérêt pour la psychiatrie médico-légale est souligné : *« Psychiatrie médico-légale : un bilan inquiétant. Travailler seul autour des délinquants sexuels sans formation initiale avec risque de soins inefficients en terme de prévention de la récidive et risque de relation d'emprise. Absence d'échange autour des prises en charge. Augmentation importante des condamnés pour délits et crimes sexuels. Absence de formation universitaire »*. Ce constat aboutit à une proposition ambitieuse et particulièrement intéressante : *« Il apparaît nécessaire de créer à Besançon, un pôle universitaire de psychiatrie médico-légale avec un versant universitaire pour la formation et tête de réseau pour les soins post-pénaux »*.

La Réunion consacre cinq pages à « *La santé des détenus* » et dégage trois grandes orientations :

1. Permettre aux équipes soignantes d'assurer l'intégralité de leurs missions de santé ;
2. Décloisonner les prises en charges psychiatriques et somatiques ;
3. Faciliter l'accès à l'hospitalisation. L'ouverture d'un SMPR à Mayotte est également projetée.

La Guadeloupe dans ses orientations « inter/pluri sectorielles et/ou régionales » prévoit une rubrique « *soins aux détenus* » et, comme la Réunion, mais d'autres régions aussi, souhaite un découloisonnement des prises en charge psychiatrique et somatique en prévoyant un service unique de soins aux détenus regroupant UCSA et SMPR.

La Guyane a une activité importante en milieu pénitentiaire, dans un contexte assez difficile, tout en n'étant pas dotée d'un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les objectifs principaux sont :

1. la création d'un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ;
2. une augmentation de moyens en personnels ;
3. la construction d'une UHSA.

Ces objectifs devraient permettre :

1. L'intensification et la diversification des prises en charge psychiatriques des personnes détenues ;
2. Une réponse plus complète et plus rapide à la demande de consultations ;
3. Une participation régulière aux réunions institutionnelles avec l'administration pénitentiaire ;
4. Une représentation à la Fédération de psychiatrie ;
5. Le développement d'un réseau relationnel avec les autres structures psychiatriques.

Décloisonnement UCSA/SMPR et amélioration de leur coordination

De nombreuses régions évoquent le nécessaire rapprochement entre les soins somatiques et psychiatriques, notamment dans les établissements pénitentiaires non dotés d'un SMPR où les équipes psychiatriques interviennent au sein des UCSA.

REU : « *Le travail en commun des équipes du SMPR et des UCSA doit donner une meilleure cohérence au suivi médical des personnes détenues, et faciliter l'organisation des soins en détention :*

1. *rapprocher les locaux du SMPR et de l'UCSA au centre pénitentiaire du Port,*
2. *prévoir, dans la maison d'arrêt de Domenjod, des locaux contigus pour l'UCSA et le SMPR,*
3. *adopter des dossiers médicaux partagés UCSA/SMPR,*
4. *organiser conjointement la dispensation des médicaments,*
5. *développer des protocoles communs de soins, notamment en matière d'addictologie »*

AQU : « Promouvoir une approche globale psychiatrique et somatique au sein des UCSA (Unités de Consultation et de Soins Ambulatoires). Une cohérence doit être recherchée dans la réponse aux besoins en soins psychiatriques et somatiques des personnes et avec le programme de détention, en insistant sur les aspects d'éducation sanitaire et de prévention. Les soins psychiatriques courants doivent être assurés par une équipe pluridisciplinaire composée au minimum d'un médecin psychiatre, d'un psychologue et d'une IDE. L'effectif de cette équipe doit permettre l'accès aux soins sept jours sur sept, de 8 heures à 18 heures, et un médecin d'astreinte doit être désigné au sein du centre hospitalier de référence. Les conventions constitutives des UCSA et du SMPR (Service Médico-Psychologique Régional) devront être mises à jour. L'accompagnement de la famille sera réalisé, soit directement, soit au travers d'un lien téléphonique entre équipes, et si possible avec le médecin traitant. Tout patient détenu doit être orienté à la sortie de la détention vers le CMP de son domicile ».

LR : « Améliorer la coordination des équipes psychiatriques avec les UCSA et développement de la prise en charge pluridisciplinaire ».

BRE : Le SMPR doit élaborer un projet de service tenant compte : « de sa mission de coordination et d'animation pour l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé mentale menées au sein des Unités de consultation et de soins ambulatoires de la région ».

LOR : « Le fonctionnement du Service médico-psychologique régional (SMPR) doit être plus articulé avec les équipes de psychiatrie et un projet de fonctionnement sera élaboré en commun confortant sa mission de coordination et d'animation des politiques de santé mentale menées au sein des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la région ».

GUA : « Favoriser la création à Baie-Mahault d'un service de soins aux détenus (SSD) : fonctionnement, équipes, moyens mutualisés, dossier médical commun, favoriser la création d'un SSD au sein de la maison d'arrêt de Basse-Terre et créer une unité rassemblant les fonctions d'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI, soins somatiques) et d'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée (UHSA, soins psychiatriques) ».

Objectifs généraux

Des considérations générales, correspondant aux finalités planificatrices et organisatrices des SROS sont souvent énoncées.

Le renforcement des moyens en les mettant au niveau réglementaire (et la référence est souvent faite au Guide méthodologique de septembre 2004), permettra de :

PDL : « *mieux prendre en compte la santé mentale population pénitentiaire* ».

BR : « *Les moyens du SMPR et des UCSA seront adaptés* » (PDL) ; « *Renforcement des UCSA* » (BO) ; « *Les effectifs des personnels soignants devraient atteindre les ratios qui sont proposés dans la circulaire du 10 janvier 2005 et accompagner tant l'augmentation annoncée des capacités de détention des établissements pénitentiaires que l'augmentation observée du nombre de détenus. La stabilité des effectifs médicaux et paramédicaux sera recherchée* ».

CE : « *Les effectifs médicaux et paramédicaux des unités de consultation et de soins ambulatoires sont inférieurs aux recommandations de la grille indicative annexée au guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, actualisé par la circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 ; le service médico-psychologique régional ne dispose que d'un psychiatre pour un effectif budgété de 2,5 postes. Il est en effet confronté au manque d'attractivité induit notamment par sa situation géographique. Cette insuffisance des moyens retentit sur la qualité et la sécurité des soins* ».

FC : « *Dans l'immédiat, il y a nécessité à renforcer les équipes de soins existantes : psychiatres, infirmières psychiatriques et psychologues. Le binôme IDE / psychologue pourrait ainsi pallier le manque de temps psychiatre* » abordant dans ce cas la problématique du transfert de compétence.

MA : « *Le SMPR est globalement sous doté en professionnels de santé versus les ratio nationaux, malgré le renforcement des effectifs* ».

NPC : « *Dans notre région compte tenu de la pénurie médicale, les postes budgétés au sein des UCSA ne sont pas tous pourvus et après concertation avec les équipes, il a été proposé de transformer provisoirement ces postes pour recruter des psychologues et des infirmiers, ceux-ci devant travailler sous la responsabilité d'un psychiatre. La prise en charge dans les établissements pénitentiaires s'est ainsi sensiblement améliorée permettant un meilleur repérage des troubles mentaux quelle qu'en soit l'origine. Cette politique est à poursuivre sachant que la priorité est de pourvoir les postes médicaux vacants* ».

PI : « *Il faut pour cela intensifier et diversifier les prises en charge psychiatriques en ambulatoire dans tous les établissements pénitentiaires et améliorer leur qualité. A cette fin, il faut renforcer les équipes hospitalières de secour et consolider la composition des équipes des UCSA* ».

RA : « *Renforcer les équipes psychiatriques intervenant en milieu carcéral et veiller à une équité entre elles* :

tout détenu présentant des troubles psychiques doit pouvoir être examiné et suivi par l'équipe psychiatrique de l'UCSA ».

RE : « Les effectifs des UCSA et du SMPR devront donc être mis à niveau, en référence au Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ».

L'amélioration de la coordination entre professionnels est souhaitée dans un domaine où la multiplicité des intervenants et la diversité de leurs missions et de leurs origines institutionnelles peuvent favoriser les clivages, les redondances d'action ou au contraire leurs manques et être à l'origine de situations conflictuelles.

BN : « Il convient d'insister sur la nécessité d'une meilleure concertation avec les autorités pénitentiaires ».

AQ : « Une cohérence doit être recherchée dans la réponse aux besoins en soins psychiatriques et somatiques des personnes et avec le programme de détention, en insistant sur les aspects d'éducation sanitaire et de prévention ».

AU : « La multiplicité des acteurs intervenant autour de la santé des détenus (autorité judiciaire, personnels de l'UCSA, du service pénitentiaire d'insertion et de probation) et la double tutelle (administration pénitentiaire et administration de la santé) nécessitent un dialogue approfondi entre les partenaires ».

BN : « Il convient d'insister sur la nécessité d'une meilleure concertation avec les autorités pénitentiaires ».

CE : « L'articulation entre les différentes institutions doit, le cas échéant, être renforcé. A cet égard, la mise en place de fiches de liaison est un moyen d'améliorer la communication entre le personnel du lieu de détention et les équipes chargées de la prise en charge sanitaire... Il faut développer une réflexion commune sur les actions de prévention à mener (prévention du suicide, prévention des conduites addictives) d'où la nécessité de généraliser les rencontres entre les équipes psychiatriques et les SPIP ».

HN : « Il est nécessaire de renforcer les liens entre les différentes équipes qui prennent en charge les personnes détenues (UCSA, SMPR, secteurs de psychiatrie, administration pénitentiaire, SPIP...) afin notamment de résoudre le problème de continuité d'ouverture des droits et des soins d'une personne sous main de justice lors de son incarcération, de son transfert pour une longue période dans un autre établissement pénitentiaire ou un établissement hospitalier, lors des permissions de sortie et lors du retour en milieu ouvert ».

LR : « Améliorer la coordination de l'ensemble des acteurs, à travers : Un travail en réseau des professionnels de psychiatrie : SMPR et secteurs de psychiatrie générale et infanto -juvénile intervenant en milieu pénitentiaire ».

LO : «Le fonctionnement du Service médico-psychologique régional (SMPR) doit être plus articulé avec les

équipes de psychiatrie et un projet de fonctionnement sera élaboré en commun confortant sa mission de coordination et d'animation des politiques de santé mentale menées au sein des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de la région ».

Le renouvellement des conventions est un des moyens envisagés pour améliorer la couverture sanitaire et la coordination entre les diverses équipes.

AQ : « Les conventions constitutives des UCSA et du SMPR devront être mises à jour... Des conventions constitutives d'organisation des soins en direction des détenus ayant des conduites addictives devront être mises à jour entre le SMPR et les UCSA ».

BR : « Les établissements prestataires de soins psychiatriques devront réactualiser les conventions signées en 1995 avec les établissements pénitentiaires, afin de développer la prise en charge des troubles psychiatriques au regard des besoins. Outre le renforcement des interventions permettant d'assurer une continuité de la réponse et une diversification des interventions, la réactualisation de ces protocoles devra permettre de rechercher complémentarité et cohérence dans les actions de soins ou de promotion de la santé menées par les différents intervenants au sein des UCSA, notamment dans le champ de la lutte contre les toxicomanies ».

CE : « Des conventions de coopération inter établissements peuvent être mises en place pour optimiser la réponse aux besoins, en particulier dans les départements dans lesquels sont implantés deux sites pénitentiaires » .

L'évolution des SMPR est assez rarement évoquée. Quelques régions seulement prévoient de grands changements au niveau des SMPR. Il est très souvent rappelé que les SMPR ont une vocation régionale.

REU souhaite ouvrir un SMPR à Mayotte. FC trouverait idéal de créer un SMPR à Besançon. GUY veut la création « *d'un intersecteur de psychiatrie carcérale* ». Rouen doit ouvrir son HJ ainsi que GUA.

Les UHSA et l'adaptation de l'hospitalisation sont évidemment des thèmes d'actualité. A l'heure des projets de création des UHSA, l'hospitalisation en psychiatrie est particulièrement étudiée, soit pour se proposer comme candidat à une implantation d'UHSA, soit dans l'attente en cas de non implantation d'UHSA, d'organiser l'hospitalisation en établissements de santé. Les UHSI et les chambres sécurisées sont également abordées.

AQ : « Dans l'attente de la mise en place opérationnelle des UHSA, les détenus seront hospitalisés sous contrainte, de préférence dans des unités spécialisées ».

AU : « Une réflexion doit être menée sur les HO des détenus pendant la durée de validité du SROS ».

BR : « Chaque établissement de santé sera équipé d'une chambre sécurisée (soins somatiques)... Une UHSI est prévue au CHU de Rennes ».

LR n'étant pas programmé pour une UHSA suggère une réponse transitoire qui « peut se traduire par la mise en place, pour chaque département, d'unités fermées renforcées du type unités pour malades agités ou perturbateurs (UMAP) ou unités psychiatriques intersectorielles départementales (UPID). Ce type d'unité hospitalière doit bénéficier d'un personnel sanitaire en nombre suffisant, obligatoirement formé à l'abord et à la prise en charge des personnes détenues et encadré par des psychiatres expérimentés dans ce domaine et de personnel de sécurité. Par ailleurs, ce type d'unité, non formellement identifié comme recevant des détenus, est également destiné à accueillir des malades « difficiles », violents voire dangereux, hospitalisés sous contrainte »⁵.

CE considère que le détenu hospitalisé « doit bénéficier de la même qualité de prise en charge que les autres patients hospitalisés d'office. Il se verra donc proposer les mêmes activités thérapeutiques. Si la durée d'hospitalisation est longue, le détenu doit pouvoir disposer d'une cour intérieure ou fermée. Un regroupement des patients hospitalisés d'office dans plusieurs services peut être envisagé s'il favorise l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Un réel partenariat entre les différentes administrations est nécessaire pour tenir compte des contraintes des uns et des autres. Ainsi, il faut éviter de lever les hospitalisations d'office après dix neuf heures, c'est-à-dire en dehors des heures normales de fonctionnement des établissements pénitentiaires ».

PC « pourrait envisager des dispositifs intersectoriels ».

PDL ne peut que concevoir « des locaux aménagés » dans l'attente de l'UHSA.

RE prévoit pour les soins somatiques et pour les soins psychiatriques en l'absence d'UHSA programmée : « Le recours aux hôpitaux, pour motif d'hospitalisation, d'urgence ou d'accès à des consultations et examens diagnostics requérant le plateau technique, doit être organisé en considération des besoins de santé des personnes détenues, tout en respectant les impératifs de sécurité, tant pour l'administration pénitentiaire, que pour les soignants et autres usagers du système de soin. L'hospitalisation au CHD et au GHSR doit être préservée et renforcée, pour limiter la durée des transferts sous escortes, et permettre l'accès aux spécialités médicales de niveau régional (chirurgie cardiaque, neurochirurgie...). . . . : En l'absence d'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée, l'accès à l'hospitalisation psychiatrique devra être facilité au GHSR et à

⁵ Ce débat, tendu, a également lieu en Guadeloupe, dans les suites du SROS, au cours des discussions préluant au projet d'établissement et CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens). Une USIP permettrait d'éviter la filière ségrégative que représentent les UHSA et répondrait à une mission de service public plus large que celle des UHSA, uniquement destinées à des personnes détenues.

l'EPSMR par 1) la rénovation des pavillons d'hospitalisation psychiatrique permettant d'accueillir, dans des conditions accrues de confort et de sécurité les personnes détenues (possibilité de fermeture partielle des services, chambres d'isolement aux normes), dans le respect des principes de sectorisation psychiatrique ; 2) un projet d'unité pour malades agités et perturbateurs, à vocation régionale, pouvant accueillir en sus, et sur motifs médicaux, des personnes détenues requérant une sécurisation architecturale et soignante importante ».

Les projets d'UHSA sont portés par plusieurs régions candidates à leur création : AQ, BN, BO, GUA, GUY, HN, LI, PDL, PI, RA, LO, NPC : « *priorité de notre région* », BR avec une formulation imprécise : « *la mise en place annoncée des UHSA conditionnera l'organisation des soins psychiatriques aux détenus* ».

CE considère que : « *La loi de programmation et d'orientation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoit la création, dans des établissements de santé, d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des personnes détenues, qu'elles soient consentantes ou non. Cette opportunité doit absolument être saisie. La région Centre doit s'inscrire dans ce dispositif afin de permettre un renforcement et un rééquilibrage dans la prise en charge d'une population très requérante en soins et en accompagnement* ».

CA expose une conception où l'UHSA serait le pivot du SPMP : « *Un secteur complet de psychiatrie pénitentiaire sera constitué autour d'une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) qui pourra être implantée dans la Marne ou dans l'Aube, en collaboration avec le Service médico-pénitentiaire régional (SMPR) et les équipes de psychiatrie de secteur intervenant au sein des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), en milieu carcéral* ».

GUA souhaite créer une « *Unité rassemblant les fonctions d'UHSI et d'UHSA, avec 15 lits d'UHSA et 5 lits d'UHSI* ».

GUY envisage une UHSA de 14 places et dans l'attente de la construction aimerait voir la capacité du service fermé de psychiatrie générale augmenter de 6 lits.

Parmi les Prises en charge spécifiques, trois grands volets sont souvent abordés : la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, la prévention du suicide et l'addictologie. Une attention toute particulière, très à la mode, concerne la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en incitant à développer la formation, notamment en ayant recours aux compétences de l'ARTAAS (l'association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agression sexuelle).

AQ souhaite organiser un dispositif spécifique de prise en charge des AAS, notamment avec la création d'un pôle régional de référence en associant des personnels des établissements psychiatriques pénitentiaires de la région et en s'appuyant sur un réseau de santé avec des consultations spécialisées pluridisciplinaires.

CE : « *La formation à la prise en charge des délinquants sexuels est assurée par l'échelon régional de l'ARTAAS (Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles) et il convient de donner au service médico-psychologique régional les moyens de financer les journées de formation du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (36P01). La formation est en effet au nombre des missions de l'ARTAAS, mandatée par le Ministère et coordonnée au niveau régional par le service médico-psychologique régional* ».

CA : « *Une priorité particulière est attachée à la mise en oeuvre de ces préconisations pour la prise en charge des mineurs et des auteurs d'infractions à caractère sexuel, dans le cadre, pour ces derniers, de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs* ».

FC : « *Travailler seul autour des délinquants sexuels sans formation initiale avec risque de soins inefficients en terme de prévention de la récidive et risque de relation d'emprise, Absence d'échange autour des prises en charge, Augmentation importante des condamnés pour délits et crimes sexuels, Absence de formation universitaire etc... Ainsi, il apparaît nécessaire de créer à Besançon, un pôle universitaire de psychiatrie médico-légale avec versant universitaire pour la formation et tête de réseau pour les soins post pénaux* ».

GUA : « *Prises en charge spécialisées : auteurs d'agressions sexuelles... Développement du partenariat Santé/Justice (charte, expertises, médecins coordonnateurs etc.)* ».

LR : « *Les auteurs d'infractions sexuelles incarcérés : Les modalités de prise en charge psychiatrique comportent notamment des suivis individuels ou de groupe, des ateliers thérapeutiques, des thérapies familiales, des traitements hormonaux...* ».

LI : « *S'agissant de la prise en charge psychiatrique de la population pénitentiaire, l'amélioration de l'accès aux soins passe par l'organisation d'un dispositif de suivi et de prise en charge des auteurs d'agression sexuelle* ».

NPC : « *Il faut pouvoir améliorer la prise en charge des délinquants sexuels (loi 98-458 du 17 juin 1998 et décret 2000-412 du 18 mai 2000) à la fois pendant la période d'incarcération et à la sortie par une prise en charge dans le cadre d'un réseau ; cette prise en charge en réseau peut réduire le temps d'incarcération. Il est nécessaire d'inciter les psychiatres à participer à la formation mise en place par l'Association pour Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions Sexuelles (ARTAAS). D'autre part, la région s'inscrit dans la démarche de*

reconnaissance d'un centre de ressources régional figurant dans le plan santé mentale ».

PDL : *« Il conviendra d'améliorer la qualité de la prise en charge, notamment en direction des auteurs d'agressions sexuelles. Elle nécessite le renforcement des moyens des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire et leur formation dans le cadre de l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (ARTAS) ».*

RE : *« Les UCSA et le SMPR doivent pouvoir assurer l'ensemble de leurs missions... le suivi des délinquants sexuels, la mise en œuvre des injonctions de soins ».*

RA : Il faut *« rendre lisible et opérationnel le dispositif régional de prise en charge des auteurs d'agression à caractère sexuel (AES) ; mettre en place le centre de ressource régional et les réseaux locaux ».*

La prévention du suicide est une thématique fréquemment abordée, inspiré des travaux du Professeur JL Terra.

CE : *« Il importe de poursuivre l'action enclenchée dans le prolongement du programme régional de santé (PRS) relatif au suicide, en organisant des formations destinées à l'ensemble des acteurs intervenant en milieu pénitentiaire (surveillants, visiteurs de prison ...) sur le repérage précoce des risques suicidaires... Les formations à poursuivre sur la prévention du suicide devront progressivement être communes à l'ensemble des acteurs intervenant en milieu pénitentiaire. Elles s'inspireront de la recommandation relative à la formation à l'intervention de crise du rapport du professeur Terra ».*

CA : *« Un accent particulier sera mis sur les actions de prévention et de dépistage, notamment en matière de conduites suicidaires, dès l'entrée, pendant la détention, mais aussi dans la perspective de la sortie ».*

LR : *« Il s'agit notamment d'organiser des formations à la prévention du suicide y compris des personnels du milieu pénitentiaire... Le développement de la prévention du suicide : La prévention passe d'abord par une logique globale de mise à niveau de l'environnement et des conditions de détention de la personne détenue ; et par des actions de promotion de la santé mentale et d'éducation. Pour se faire, il est nécessaire de former le personnel pénitentiaire et les professionnels de santé au repérage et à la gestion des crises suicidaires. Ces formations sont organisées par la DRASS. ».*

PDL : *« Veiller à développer la prévention du suicide des personnes détenues en initiant un programme santé-justice conformément aux directives du plan santé mentale ».*

PI : « *L'objectif est de favoriser la continuité des soins psychiatriques aux personnes pendant et après leur détention, et notamment de développer la prévention du suicide par un repérage précoce de la crise suicidaire et le suivi coordonné des personnes présentant un risque élevé* ».

RA : « *Garantir la réalisation des objectifs nationaux dans le domaine de la formation au repérage de la crise suicidaire des personnes intervenant en milieu carcéral* ».

Le traitement des Addictions en collaboration avec les USCA est un thème largement développé.

AQ : « *Une information rigoureuse sera dispensée aux détenus sur les contraintes de la méthadone et sur les dangers vitaux d'une interruption brutale du traitement substitutif... Développer en milieu carcéral les prises en charge des personnes présentant des conduites addictives, en renforçant la formation et les interventions des SMPR et des UCSA (Unité de coordination et de soins ambulatoires) : prévention, repérage, soins, suivi et liaison à la sortie* ».

BR : « *Les établissements prestataires de soins psychiatriques devront réactualiser les conventions signées en 1995 avec les établissements pénitentiaires, afin de développer la prise en charge des troubles psychiatriques au regard des besoins. Outre le renforcement des interventions permettant d'assurer une continuité de la réponse et une diversification des interventions, la réactualisation de ces protocoles devra permettre de rechercher complémentarité et cohérence dans les actions de soins ou de promotion de la santé menées par les différents intervenants au sein des UCSA, notamment dans le champ de la lutte contre les toxicomanies* ».

CA : « *Un accent particulier sera mis sur les actions de prévention et de dépistage, notamment en matière de pratiques addictives dès l'entrée, pendant la détention, mais aussi dans la perspective de la sortie* ».

GUA : « *Prise en charge de addictions en milieu pénitentiaire (moyens actuels transférés au service de soins aux détenus ou du SMPR à l'UCSA)* ».

MAR : « *Doter dans le cadre du réseau le SMPR d'une activité de CSST pour gérer les problèmes de toxicomanie* ».

RE : « *Développer des protocoles communs (avec l'UCSA) de soins, notamment en matière d'addictologie* ».

GUY envisage « *l'hébergement d'un CSST* ».

Objectifs divers

L'état dentaire des détenus est, on le sait, particulièrement mauvais. Quelques régions s'en préoccupent.

BRE : « *L'accès aux soins dentaires sera développé* ».

LR : « *Les services hospitaliers d'odontologie sont sollicités pour assurer et coordonner les soins bucco-dentaires aux détenu(e)s, dans le cadre des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.). Il apparaît que les besoins de cette population sont difficilement assurés sur la base des vacations actuelles, sans tenir compte des problèmes d'incarcération, du contexte polymédicamenteux et du taux de séropositivité. L'état bucco-dentaire des détenus en maisons d'arrêt et en centrales est préoccupant. La réhabilitation orale, par ses conséquences fonctionnelles et esthétiques apporte pourtant une aide à la réinsertion. Le nombre de praticiens est notoirement insuffisant, une fédération de moyens au travers d'un pôle d'odontologie de proximité par U.C.S.A. pourrait apporter une réponse* ».

Le suivi post-pénal est assez rarement évoqué.

CE le considère important : « *Le suivi post-pénal doit être optimisé. A cet égard, il faut viser la réinsertion des ex-détenus sur tous les plans, en lien avec les visiteurs de prison et les associations d'aide à la réinsertion. En matière de santé, les établissements ayant une activité de psychiatrie doivent être dotés de moyens leur permettant d'assurer le suivi post-pénal ambulatoire, notamment en extrahospitalier (centre médico-psychologique, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, foyer d'hébergement, appartement thérapeutique) ; il est également nécessaire de trouver des relais dans le secteur libéral (généralistes, psychiatres...)* ».

GUA souhaite également : « *Le développement d'une consultation et d'une HAD post-pénale* » et dans le contrat ARH/Etat qui suit le SROS des appartements thérapeutiques post-carcéraux à durée limitée sont également prévus.

La télémédecine est évoquée parfois.

NPC cite la région Midi-Pyrénées qui commence à développer la téléconsultation pour les soins somatiques, évitant ainsi les extractions.

BRE évoque le recours à la télémédecine pour la demande d'avis spécialisés afin toujours de limiter les extractions de détenus.

GUA ne cite pas la télémédecine dans son SROS mais suite à un projet développé par le

SMPR peu après le SROS, l'ARH précise dans une plaquette exposant l'application du plan psychiatrie et santé mentale en Guadeloupe « qu'une liaison informatique sécurisée et confidentielle entre les deux prisons permettra d'assurer en 2007 des consultations à distance au moyen d'un dispositif de télé-médecine (vidéoconsultation) financé à 100% par l'ARH. » (Le dispositif n'est pas opérationnel à ce jour).

La formation des personnels spécialisés n'est pas oubliée et prend en compte les particularités de l'exercice soignant en milieu pénitentiaire, rappelant en cela la reconnaissance de l'administration des spécificités de ces missions, telles qu'elles sont exprimées à l'article 8 de l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (Tableau 4).

CE aimerait que soit satisfait « *le besoin d'une formation de base sur les pathologies psychiatriques exprimé par les équipes soignantes des unités de consultation et de soins ambulatoires* ».

CA : « *La formation et l'information des soignants et des intervenants en milieu carcéral seront développées afin, notamment, de faciliter l'articulation des prises en charge entre professionnels judiciaires, pénitentiaires et soignants* ».

GUA : « *Améliorer la formation continue et initiale du personnel soignant. Critères de recrutement adaptés. Tenir compte de la spécificité du milieu pénitentiaire* ».

FC fait la remarque suivante : « *Travailler seul autour des délinquants sexuels sans formation initiale avec risque de soins inefficients en terme de prévention de la récidive et risque de relation d'emprise. Absence d'échange autour des prises en charge. Augmentation importante des condamnés pour délits et crimes sexuels. Absence de formation universitaire* ».

Les affectations des personnels non médicaux mentionnés à l'article 6 sont prononcées par le directeur de l'établissement hospitalier de rattachement, sur proposition de l'infirmier général, après avis du psychiatre hospitalier responsable du service. Le chef d'établissement pénitentiaire est informé de affectations de ces personnels et délivre des autorisations d'accès nécessaires. Le praticien peut proposer le retrait de tout agent du service si ce retrait lui paraît nécessaire à l'intérêt du service ou de l'agent. Après examen de cette requête, le directeur, est tenu d'aviser dans les meilleurs délais le psychiatre hospitalier de la décision qu'il compte prendre. (En gras souligné par nous).

Tableau 4. Article 8 de l'arrêté du 14 décembre 1986 (règlement intérieur type SMPR).

Les UCSA, partenaires incontournables des SMPR peuvent ne pas être évoqués (LIM) ou au contraire citées seize fois (AQU).

AU en parle à propos des population vulnérables et des personnes en situation de précarité.

BRE souhaite une amélioration des soins somatiques des personnes en difficulté : « *Tout établissement de santé siège de rattachement d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoire (UCSA) devra faire figurer, dans son projet d'établissement, le projet d'organisation de soins et de coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé de l'UCSA. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de ces établissements devra mentionner explicitement les objectifs poursuivis en matière de santé des détenus et les moyens pour les atteindre. Chaque établissement de santé sera équipé d'une chambre sécurisée répondant au cahier des charges fixé par la note du 17 mai 2001 du Ministère de l'Intérieur* » Les UCSA sont cités également pour les soins dentaires, les rations de personnels, la stabilité des effectifs médicaux ou dans le cadre du projet d'UHSI à Rennes.

NPC, particulièrement en difficulté quant à la prise en charge de la santé mentale des détenus propose que « *Dans notre région compte tenu de la pénurie médicale, les postes budgétés au sein des UCSA ne sont pas tous pourvus et après concertation avec les équipes, il a été proposé de transformer provisoirement ces postes pour recruter des psychologues et des infirmiers, ceux-ci devant travailler sous la responsabilité d'un psychiatre* ».

L'APRES-SROS

Les soins aux personnes sous main de justice n'ont pas été éludés dans les SROS 3 des régions. Il reste à savoir quelles suites en ont été données. Les hôpitaux ont dû décliner les orientations du SROS dans leur projet d'établissement, puis les préciser dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et prendre en considération les contrats ARH/Etat. Ces contrats - outils de management politico-administratif - sont définis comme des outils de modernisation dans la conduite de la politique sanitaire régionale fondés sur la construction d'une culture de résultats ainsi que sur la détermination d'objectifs de performance. Ils devraient favoriser une meilleure visibilité des actions ainsi que leur niveau de réalisation. Toutefois, les difficultés financières bien connues d'un état en faillite, d'une TAA aux conséquences pleines d'incertitudes auront probablement raison des pieuses intentions des SROS.

Le bilan du SROS 3 sera fait à l'occasion du SROS 4. On dira que les objectifs n'ont pas été atteints et on recommencera tout en prenant en considérant de nouvelles données liées à une

énième réforme des hôpitaux (Rapport Larcher), en tenant compte par exemple des communautés hospitalières de territoire, d'une nouvelle « nouvelle Gouvernance » (les conseils de surveillance à la place du conseil d'administration ; les directoires succédant au conseil exécutif ; le rôle prépondérant du directeur, les modifications de statut des praticiens hospitaliers et des fonctionnaires hospitaliers etc.) et du contexte de politique sanitaire, avec éventuellement de nouveaux partenaires, comme les futures Agences régionales de santé (rapport Ritter).

La routine en somme

PS. Merci à Jean-Pierre LAGUERRE, référent du Pôle planification hospitalière à l'ARH de la Guadeloupe pour l'aide prodiguée afin d'obtenir certains SROS.

**LE CONTRAT ARH/ETAT EN GUADELOUPE RELATIF AUX SOINS
A LA POPULATION SOUS MAIN DE JUSTICE
Michel DAVID
Volet « Psychiatrie et santé mentale » - Région Guadeloupe**

In fine de l'article précédent, les suites des SROS ont été évoquées en parlant des contrats ARH/Etat qui, on l'a vu, sont définis comme des outils de modernisation dans la conduite de la politique sanitaire régionale fondés sur la construction d'une culture de résultats ainsi que sur la détermination d'objectifs de performance, devant favoriser une meilleure visibilité des actions ainsi que leur niveau de réalisation.

Les contrats ARH-Etat et leurs objectifs opérationnels découlent d'un examen par le ministère de la santé de tous les SROS. De cette analyse, le ministère définit des objectifs nationaux et des objectifs régionaux.

Les objectifs nationaux sont les suivants :

1. La régulation régionale de l'offre de soins (recompositions, coopérations hospitalières)
2. Favoriser la qualité et la sécurité des soins
3. Veiller aux équilibres financiers des établissements de santé
4. Contribuer à l'optimisation de l'organisation et de la gestion interne des établissements de santé

5. Favoriser l'efficacité des pratiques hospitalières
6. Développer la concertation et le dialogue social en région

Pour la région Guadeloupe, les objectifs régionaux sont les suivants :

1. Périnatalité
2. IVG
3. Structurer et développer la filière de prise en charge de la drépanocytose
4. Psychiatrie
5. Soins aux personnes sous main de justice
6. Gériatrie

Pour comprendre comment est apparu l'objectif régional « Soins aux personnes sous main de justice », revenons quelques instants sur la manière dont a été élaboré le SROS en Guadeloupe. Un psychiatre hospitalier, par ailleurs chef du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, a été désigné chef d'atelier du volet « Psychiatrie et santé mentale » du SROS qu'il devait animer avec un accompagnateur institutionnel, un médecin inspecteur de santé publique. Huit groupes de travail ont été constitués pour travailler sur les thèmes suivants :

1. Urgences et psychiatrie de liaison
2. Extrahospitalier et alternatives à l'hospitalisation
3. Hospitalisation temps plein (privé et public)
4. Enfants et adolescents
5. Psychogériatrie
6. Addictions
7. Soins aux détenus
8. Groupe transversal (Facultatif) : projets multigroupes ou hors groupes

Le groupe « Soins aux détenus », bien qu'inséré dans le volet Psychiatrie, a intégré les UCSA dans la réflexion. Les résultats des travaux du SROS ont ensuite été retenus comme un objectif régional par le ministère de la santé. Le contrat ARH/Etat fait également l'objet d'une approbation par la commission exécutive (COMEX) de l'ARH.

L'ARH a ensuite invité les professionnels sollicités par ces thèmes à approfondir les objectifs afin de les rendre opérationnels. Les travaux étant finalisés, les établissements concernés ont été invités à intégrer les objectifs dans leur projet d'établissement, puis dans les CPOM.

Pour la Guadeloupe, les objectifs opérationnels précisés sont les suivants :

1. Mise en œuvre d'une stratégie régionale et interrégionale de rapprochement et d'optimisation des soins somatiques et psychiatriques

- a. *Mise en place d'un système de délivrance commune des médicaments entre le SMPR et l'UCSA*
- b. *Mise en place d'un dispositif formalisé d'échanges d'informations médicales et paramédicales entre UCSA et SMPR : partage et archivage communs des prescriptions ; compte rendu d'hospitalisations et observations médicales: année 2009 ; imagerie médicale et examens paramédicaux partagés: année 2010*
- c. *Processus de réflexion régionale pour la création d'une Unité d'Hospitalisation pour Détenus (UHD) : 1 unité d'hospitalisation psychiatrique sécurisée de 15 lits (UHSA) + 5 chambres sécurisées somatiques - avec espaces différenciés au sein d'un même unité*

2. Mise en œuvre d'un Centre ressource interrégional ANTILLES-GUYANE psycho-légal (violences sexuelles et non sexuelles, connaissances en psychiatrie et psychologie légales)

3. Améliorer la prise en charge psychiatrique à la libération

- a. création d'une consultation en milieu libre type CMP (extension de la mission post-pénale des SPMP*, secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire),
- b. création de 4 places d'appartement thérapeutique post-pénal à admission limitée dans le temps (6 mois renouvelable une fois maximum);
- c. création de 8 places d'hospitalisation à domicile pour permettre le relais avec le secteur (3 mois renouvelable une fois maximum)
- d. visites à domicile après sortie pénale

Des échéanciers de réalisation avec d'éventuels points d'étape sont également précisés. Le travail est lentement en cours, comme il se doit. Au moment de la rédaction de ces lignes, l'accord financier pour la consultation extra-pénale vient d'être accordé.

**Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté
et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
Les censures du conseil constitutionnel**

Dans les suites des analyses précédentes sur la loi de rétention de sûreté (Kamo n° 1 et 2 de 2008), il est intéressant d'exposer les remarques du conseil constitutionnel qui a déclaré la loi conforme à la Constitution sauf les décisions suivantes :

Article premier.- Sont déclarés contraires à la Constitution les dispositions suivantes de la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental:

- à l'article 12, le mot : « favorable » ;
- à l'article 13, les alinéas 2 à 7 du I, le II et, par voie de conséquence, le IV.

Article 2.- Sous les réserves énoncées aux considérants 21 et 31, les articles 1^{er}, 3 et 4 et le surplus des articles 12 et 13 de la loi relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental est déclaré conforme à la Constitution.

Le détail des décisions :

Considérant 21. Considérant que le respect de ces dispositions garantit que la rétention de sûreté n'a pu être évitée par des soins et une prise en charge pendant l'exécution de la peine ; qu'il appartiendra, dès lors, à la juridiction régionale de la rétention de sûreté de vérifier que la personne condamnée a effectivement été mise en mesure de bénéficier, pendant l'exécution de sa peine, de la prise en charge et des soins adaptés au trouble de la personnalité dont elle souffre ; que, sous cette réserve, la rétention de sûreté applicable aux personnes condamnées postérieurement à la publication de la loi déferée est nécessaire au but poursuivi ;

Considérant 31. Considérant que la décision de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ne revêt pas le caractère d'une sanction ; que, lorsque aucune mesure de sûreté prévue par l'article 706-136 du code de procédure pénale n'a été prononcée, cette information ne peut être légalement nécessaire à l'appréciation de la responsabilité pénale de la personne éventuellement poursuivie à l'occasion de procédures ultérieures ; que, dès lors, eu égard aux finalités du casier judiciaire, elle ne saurait, sans porter une atteinte non nécessaire à la protection de la vie privée qu'implique l'article 2 de la Déclaration de 1789, être mentionnée au

bulletin n° 1 du casier judiciaire que lorsque des mesures de sûreté prévues par le nouvel article 706-136 du code de procédure pénale ont été prononcées et tant que ces interdictions n'ont pas cessé leurs effets ; que, sous cette réserve, ces dispositions ne sont pas contraires à la Constitution ;

Article 12

Le dernier alinéa de l'article 729 du code de procédure pénale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La personne condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité ne peut bénéficier d'une libération conditionnelle qu'après avis favorable de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté dans les conditions prévues par le deuxième alinéa de l'article 706-5314. »

Article 13

(Alinéa 1) I. - Les personnes exécutant, à la date du 1er septembre 2008, une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans à la suite, soit de plusieurs condamnations, dont la dernière à une telle peine, pour les crimes mentionnés à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale, soit d'une condamnation unique à une telle peine pour plusieurs de ces crimes commis sur des victimes différentes, peuvent être soumises, dans le cadre d'une surveillance judiciaire, d'un suivi socio-judiciaire ou d'une surveillance de sûreté, à une obligation d'assignation à domicile sous le régime du placement sous surveillance électronique mobile.

(Alinéa 2) À titre exceptionnel, si cette obligation apparaît insuffisante pour prévenir la récidive, ces personnes peuvent être soumises à un placement en rétention de sûreté selon la procédure prévue par les articles 706-53-14 et suivants de ce code.

(Alinéa 3) Dans ce cas, la mise en oeuvre de la procédure tendant au placement en rétention de sûreté doit être précédée d'une décision de la chambre de l'instruction avertissant la personne condamnée qu'elle pourra faire l'objet d'un réexamen de sa situation dans les conditions prévues par les quatre alinéas ci-après.

(Alinéa 4) Le procureur général saisit, après avis du juge de l'application des peines du lieu de détention de la personne condamnée, la chambre de l'instruction de la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve la cour d'assises ayant prononcé la condamnation.

(Alinéa 5) La chambre de l'instruction statue en chambre du conseil après avoir fait comparaître la personne condamnée assistée par un avocat choisi ou commis d'office.

(Alinéa 6) Si elle constate qu'il résulte de la ou des condamnations prononcées une particulière dangerosité de cette personne, caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'elle souffre d'un trouble grave de la personnalité, susceptible de justifier, à l'issue de sa peine, un placement en rétention de sûreté, elle avertit celle-ci qu'elle pourra faire l'objet d'un examen de dangerosité pouvant entraîner son placement en rétention de sûreté.

(Alinéa 7) La rétention de sûreté peut ensuite être décidée suivant la procédure prévue aux articles 706-53-14 et 706-53-15 du même code nonobstant, le cas échéant, les délais prévus par ces dispositions.

II. - Les I et II de l'article 1^{er} sont applicables aux personnes faisant l'objet d'une condamnation prononcée après la publication de la présente loi pour des faits commis avant cette publication.

IV. - L'évaluation prévue par le III de l'article 1^{er} est également applicable aux personnes condamnées avant la publication de la présente loi à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13 du code de procédure pénale.

Pour résumer :

1. La suppression de l'adjectif « favorable » à l'article 12 est motivée par la séparation des pouvoirs administratifs et judiciaires. Le tribunal de l'application des peines doit se donner l'apparence de l'indépendance, chère aux magistrats, et ne peut pas être subordonnée à l'avis de la commission (d'ordre administratif, bien que composée en partie de magistrats) pluridisciplinaire des mesures de sûreté. On se doute aisément que le TAP prendra rarement un avis contraire à la commission (si l'individu est considéré comme dangereux par la commission, le TAP, quelle que soit son indépendance formelle ne prendra pas le risque de lever la mesure de rétention de sûreté ou de ne pas la prendre).

2. Les alinéas 2 à 7 du I de l'article 13, le I et le IV entérinent la non rétroactivité de la loi, soit sa non application aux condamnés avant la promulgation de la loi qui ne pourra s'appliquer qu'aux nouveaux condamnés à une peine de 15 ans. Les centres de rétention ne sont pas pour demain.
3. Le considérant 21 est important car il prend en considération une forme de « perte de chance » pour la personne condamnée. S'elle n'a pu bénéficier pendant l'exécution de sa peine « d'une prise en charge et de soins adaptés au trouble de la personnalité dont elle souffre », elle pourrait ne pas être placée en centre de rétention.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

Article L1111-2 du code de la santé publique

Le dilemme est considérable pour les soignants avec la brutale alternative suivante :

- soit ils prodiguent une apparence de soins pour des troubles de la personnalité pour lesquels aucune donnée actuelle et acquise de la science ne permet la « guérison » et par voie de conséquence la suppression de la particulière dangerosité et le risque de récurrence qui en découle et dans ce cas leur patient va tout droit à la guillotine sèche. Les experts les considéreront très probablement non guéris et encore dangereux.

- soit ils ne prodiguent aucun soin pour éviter la guillotine sèche, sauf pour ceux qui le demandent et qui sont largement informés du dispositif, conformément à la loi du 4 mars 2002 – art. L. 1111-2 du code de la santé publique (tableau ci-dessus) - et l'obligation d'information qui en découle. Aucune certitude ne peut leur être apportée sur leur chance de guérison et leur adhésion aux soins emporte à coup sûr le risque d'être retenus en centre socio-médico-judiciaire à leur libération. MD.

DECRET N° 2008-361 DU 16 AVRIL 2008 relatif notamment aux décisions
d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
Commentaires

Le premier décret en application de la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental vient de paraître. Le décret est reproduit dans l'article suivant avec quelques ajouts pour en faciliter la lecture. Voici à chaud quelques réactions, uniquement sur la partie traitant de l'irresponsabilité pénale.

L'hospitalisation d'office inhérente à une déclaration d'irresponsabilité mentale semble pouvoir être anticipée. Il est en effet demandé au procureur de la République d'informer le préfet de « la date prévisible à laquelle la décision sera rendue » (article 47-27 CPP). Très souvent, la décision d'HO devait être prise immédiatement dès l'ordonnance de mise en liberté, ce qui rendait très souvent difficile et problématique l'exécution de la mesure d'HO. Le juge d'instruction a la même obligation. Il semble que dans ce cas, avant comparution devant la chambre de l'instruction, la procédure d'hospitalisation reste la même, hors l'anticipation possible de la date de prise de la décision : certificat d'HO (et il faut trouver le médecin *ad hoc*) et arrêté préfectoral.

Après que la chambre d'instruction ait rendu son jugement d'irresponsabilité pénale, le texte semble laisser planer un certain flou : « Art. 47-29.-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 ». Il n'est pas précisé clairement les modalités d'HO : décision préfectorale, judiciaire, quid du certificat médical concernant l'état actuel de la personne. Certes l'expertise sera annexée au dossier médical avec la formule consacrée: « Copie de l'expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure et établissant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, est également immédiatement adressée par le procureur de la République ou le procureur général au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, pour être jointe au dossier médical de la personne », mais cet avis expertal pourra avoir eu lieu des mois avant la comparution. La personne pourra avoir été traitée (en prison ou à l'hôpital) et ne plus forcément relever de l'HO (d'ailleurs si elle est encore en prison, pourquoi les psychiatres des SMPR n'ont-ils pas demandé l'HO D398 ?).

Probablement en anticipation de la place prépondérante donnée au directeur d'hôpital, prévue dans la nouvelle réforme des hôpitaux, suite aux propositions de la commission Larcher et aux vœux du Président de la République, le directeur de l'hôpital sera sollicité par la chambre de l'instruction pour transmettre un certificat médical circonstancié afin de savoir si la personne hospitalisée peut comparaître à l'audience de la chambre de l'instruction : « Art. D. 47-28.-Lorsque la chambre de l'instruction est saisie en application de l'article 706-120 alors que la personne mise en examen a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office, le président de cette juridiction sollicite du directeur de l'établissement d'accueil la transmission d'un certificat médical circonstancié, établi par un ou plusieurs psychiatres de l'établissement, indiquant si l'état de la personne permet ou non sa comparution personnelle pendant l'intégralité ou une partie de l'audience. ». S'agit-il d'une nouvelle dérogation légale au secret professionnel ? Le circuit médecin/patient/avocat/juridiction n'est-il pas plus respectueux des droits des usagers (loi du 4 mars 2002), plutôt que médecin/directeur/juridiction ? Et pourquoi le certificat médical doit-il être circonstancié ? Ne suffit-il pas de dire que l'état de la personne n'est pas compatible avec une comparution (et pas de certificat vaut compatibilité avec la comparution). Les informations circonstanciées ne relèvent-elles pas davantage de l'expertise ? Face à la pénurie d'experts, on comprend bien l'intérêt d'éviter à y recourir ; peu importe la séparation des fonctions (médecin traitant/médecin expert) ! Qu'en pensera le Conseil de l'Ordre ?

Le directeur de l'hôpital a également un rôle important pour énoncer les mesures d'interdiction : « Art. D. 47-30.-Lorsque la personne à l'égard de laquelle ont été prononcées une ou plusieurs des mesures prévues par l'article 706-136 fait l'objet d'une hospitalisation d'office, prononcée soit en application des dispositions de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, soit en application des dispositions de l'article 706-135 du présent code, le procureur de la République adresse au directeur de l'établissement dans lequel la personne est hospitalisée un document faisant état de ces interdictions. Lorsque l'état de la personne lui permet d'en

comprendre la teneur, le directeur lui notifie ce document contre récépissé qui est alors retourné au procureur de la République. Ce document fait notamment état des dispositions du dernier alinéa de l'article 706-137 et des articles 706-138 et 706-139 du présent code ». Quelque soit ce que l'on pense de ces mesures d'interdiction et surtout de leur non respect par le patient (la personne considérée irresponsable pour un homicide par exemple et qui ne peut de ce fait avoir une sanction pénale de type emprisonnement ou amende peut, en revanche, être soumise à ces sanctions si elle ne respecte pas les mesures d'interdiction. Elle devient punissable car considérée guérie par les excellents psychiatres que nous sommes), on aurait pu penser que les thérapeutes allaient s'appuyer sur l'énoncé de ces mesures pour travailler avec leur patient sur les faits qu'il a commis.. Comment les patients vont-ils réagir à ce prononcé par une personne qu'ils ne connaissent pas ? Quel sens cela aura-t-il ? L'autorité symbolique du directeur participera-t-elle à la « déforclusion » du psychotique ? A surveiller avec intérêt les réactions des directeurs d'hôpitaux.

En résumé, encore un texte qui va faire des heureux, puisqu'il avance vers toujours plus de simplifications. MD.

DECRET N° 2008-361 DU 16 AVRIL 2008 relatif notamment aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Ci-dessous, le décret avec quelques ajouts (en orange), notamment les articles auxquels renvoie le texte, afin d'en faciliter la compréhension.

JORF n°0092 du 18 avril 2008

Texte n° 20

DECRET

Décret n° 2008-361 du 16 avril 2008 relatif notamment aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

NOR: JUSD0806359D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la garde des sceaux, ministre de la justice,

Vu le code pénal, notamment son article 122-1 ;

Vu le code de procédure pénale, notamment ses articles 706-56, 706-119 à 706-140 et 729 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3213-1 et L. 3213-7 ;

Vu la loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, notamment son article 18,

Décète :

Article 1

Le code de procédure pénale (troisième partie : Décrets) est modifié conformément aux dispositions du présent décret.

Chapitre Ier Dispositions relatives aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

Article 2

Après l'article D. 47-26, il est inséré un titre XXVIII ainsi rédigé :

« TITRE XXVIII

« DE LA PROCÉDURE ET DES DÉCISIONS D'IRRESPONSABILITÉ PÉNALE POUR CAUSE DE TROUBLE MENTAL

« Chapitre Ier

« Dispositions applicables devant le juge d'instruction et la chambre de l'instruction

« Art. D. 47-27.-Si les troubles mentaux d'une personne mise en examen et placée en détention provisoire nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le procureur de la République, conformément aux [dispositions de l'article L. 3213-7 du code de la santé publique](#), informe le représentant de l'Etat dans le département :

« 1° Lorsqu'il prend un réquisitoire définitif tendant au prononcé d'une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ; il avise alors le représentant de l'Etat de la date prévisible à laquelle la décision sera susceptible d'être rendue, sauf s'il est fait application des dispositions du premier alinéa de l'article 706-120 du présent code ;

Article L3213-7

Modifié par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 5

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

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

Article 706-120 CPP

Lorsqu'au moment du règlement de son information, le juge d'instruction estime, après avoir constaté qu'il existe contre la personne mise en examen des charges suffisantes d'avoir commis les faits reprochés, qu'il y a des raisons plausibles d'appliquer le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, il ordonne, si le procureur de la République ou une partie en a formulé la demande, que le dossier de la procédure soit transmis par le procureur de la République au procureur général aux fins de saisine de la chambre de l'instruction. Il peut aussi ordonner d'office cette transmission.

Dans les autres cas, il rend une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui précise qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés.

« 2° Lorsque le juge d'instruction rend une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

« Pour permettre l'application des dispositions du présent article, le juge d'instruction fait connaître au procureur de la République la date à laquelle l'ordonnance prévue au 2° est susceptible d'être rendue.

« Dans le cas prévu par le premier alinéa, le procureur de la République informe également le représentant de l'Etat dans le département lorsqu'en cours d'information la personne mise en examen fait l'objet d'une décision de remise en liberté dans l'attente d'une probable ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

« Art. D. 47-28.-Lorsque la chambre de l'instruction est saisie en application de l'article 706-120 alors que la personne mise en examen a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation d'office, le président de cette juridiction sollicite du directeur de l'établissement d'accueil la transmission d'un certificat médical circonstancié, établi par un ou plusieurs psychiatres de l'établissement, indiquant si l'état de la personne permet ou non sa comparution personnelle pendant l'intégralité ou une partie de l'audience.

« Chapitre II

« Dispositions applicables devant le tribunal correctionnel ou la cour d'assises

« Néant.

« Chapitre III

sera sollicité

« Mesures de sûreté pouvant être ordonnées en cas de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

« Art. 47-29.-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.

Article 706-135 CPP

Créé par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 3

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

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

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

« Art. D. 47-30.-Lorsque la personne à l'égard de laquelle ont été prononcées une ou plusieurs des mesures prévues par l'article 706-136 fait l'objet d'une hospitalisation d'office, prononcée soit en application des [dispositions de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique](#), soit en application des dispositions de l'article 706-135 du présent code, le procureur de la République adresse au directeur de l'établissement dans lequel la personne est hospitalisée un document faisant état de ces interdictions.

Article 706-136

Créé par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 3

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 à l'encontre de la personne les mesures de sûreté suivantes, pendant une durée qu'elle fixe et qui ne peut excéder dix ans en matière correctionnelle et vingt ans si les faits commis constituent un crime ou un délit puni de dix ans d'emprisonnement :

- 1° Interdiction d'entrer en relation avec la victime de l'infraction ou certaines personnes ou catégories de personnes, et notamment les mineurs, spécialement désignées ;
- 2° Interdiction de paraître dans tout lieu spécialement désigné ;
- 3° Interdiction de détenir ou de porter une arme ;
- 4° Interdiction d'exercer une activité professionnelle ou bénévole spécialement désignée, dans l'exercice de laquelle ou à l'occasion de laquelle l'infraction a été commise ou impliquant un contact habituel avec les mineurs, sans faire préalablement l'objet d'un examen psychiatrique déclarant la personne apte à exercer cette activité ;
- 5° Suspension du permis de conduire ;
- 6° Annulation du permis de conduire avec interdiction de solliciter la délivrance d'un nouveau permis.

Ces interdictions, qui ne peuvent être prononcées qu'après une expertise psychiatrique, ne doivent pas constituer un obstacle aux soins dont la personne est susceptible de faire l'objet.

Si la personne est hospitalisée en application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique, les interdictions dont elle fait l'objet sont applicables pendant la durée de l'hospitalisation et se poursuivent après la levée de cette hospitalisation, pendant la durée fixée par la décision.

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

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

Article 706-137 CPP

Créé par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 3

La personne qui fait l'objet d'une interdiction prononcée en application de l'article 706-136 peut demander au juge des libertés et de la détention du lieu de la situation de l'établissement hospitalier ou de son domicile d'ordonner sa modification ou sa levée. Celui-ci statue en chambre du conseil sur les conclusions du ministère public, le demandeur ou son avocat entendus ou dûment convoqués. Il peut solliciter l'avis préalable de la victime. La levée de la mesure ne peut être décidée qu'au vu du résultat d'une expertise psychiatrique. En cas de rejet de la demande, aucune demande ne peut être déposée avant l'expiration d'un délai de six mois.

Article 706-138 CPP

Créé par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 3

Lorsque l'interdiction prévue au 1° de l'article 706-136 est prononcée, la partie civile peut demander à être informée par le procureur de la République de la levée de l'hospitalisation d'office dont cette personne aura pu faire l'objet en application des articles L. 3213-1 et L. 3213-7 du code de la santé publique.

Article 706-139 CPP

Créé par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 3

La méconnaissance par la personne qui en a fait l'objet des interdictions prévues par l'article 706-136 est punie, sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal, de deux ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende.

« Le directeur de l'établissement rappelle ou notifie au plus tard selon les mêmes modalités cette décision à la personne lorsqu'il est mis fin à l'hospitalisation d'office et il en informe le procureur de la République.

« Art. D. 47-31.-Le procureur de la République ou le procureur général avise le service du casier judiciaire national automatisé des jugements et arrêts de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental rendus par la chambre de l'instruction et les juridictions de jugement dans les cas où il a été fait application des dispositions de l'article 706-136.

« Dans ce cas, lorsqu'il est informé de la levée d'une hospitalisation d'office conformément à l'article D. 47-30, le procureur de la République en avise le service du casier judiciaire national automatisé, afin que celui-ci puisse en tirer les conséquences sur la durée de validité de l'interdiction et sur sa mention aux bulletins n° 1 et n° 2 du casier judiciaire.

« Art. D. 47-32.-Lorsqu'elle prononce une interdiction en application des dispositions de l'article 706-136, la chambre de l'instruction ou la juridiction de jugement peut ordonner, soit dans sa décision, soit dans une décision ultérieure, que la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental ne sera pas mentionnée au bulletin n° 2 du casier judiciaire conformément aux dispositions de l'article 775-1. »

Chapitre II Dispositions diverses

Article 3

Après l'article D. 117-3, il est inséré les dispositions suivantes :

« Sous-section 3

« Retrait et interdiction de plein droit des réductions de peine

« Art. D. 117-4.-Le retrait des réductions de peines découlant de plein droit de l'application du III de l'article 706-56 en cas de condamnation prononcée pour les délits prévus par cet article concerne le crédit de réduction de peine, les réductions de peines supplémentaires et les réductions de peine exceptionnelles dont le condamné a déjà bénéficié. Cette condamnation interdit l'octroi de nouvelles réductions de peine.

« Le ministère public donne les instructions nécessaires au greffe de l'établissement pénitentiaire pour que ce retrait soit pris en compte et que soit déterminée la nouvelle date de libération du condamné.

« La juridiction ayant prononcé la condamnation peut, dans sa décision, relever en tout ou partie le condamné du retrait des réductions de peine déjà accordées, conformément aux [dispositions de l'article 132-21 du code pénal](#). Elle peut également relever le condamné de l'interdiction de bénéficier de nouvelles réductions de peine.

« Ces relèvements peuvent également être ordonnés après la condamnation, en application des dispositions de l'article 703 du présent code.

« Les relèvements prévus par les deux alinéas précédents peuvent être ordonnés à la demande du condamné, ainsi que sur réquisitions du procureur de la République, notamment si ce dernier estime qu'il convient que le condamné continue de bénéficier du crédit de réduction de peine ou des réductions supplémentaires de peine afin de pouvoir faire l'objet, le cas échéant, d'une surveillance judiciaire. »

Article 4

Après l'article D. 527, il est inséré un article D. 527-1 ainsi rédigé : « Art. D. 527-1.- Conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article 729, la libération conditionnelle d'une personne condamnée à la réclusion criminelle à perpétuité ne peut être accordée qu'après avis de la commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté prévue par les articles 763-10, R. 61-7 et R. 61-8. Cette commission est saisie par le tribunal de l'application des peines lorsque celui-ci envisage d'accorder la libération conditionnelle, si elle ne l'a pas déjà été par le juge de l'application des peines lors de l'instruction de la demande conformément aux dispositions de l'article D. 526.

Le président de la commission saisie par le juge ou le tribunal de l'application des peines ordonne le placement de la personne, pour une durée d'au moins six semaines, dans le centre national d'observation prévu aux articles D. 81-1 et D. 81-2, aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts.

Cette expertise est ordonnée par le juge de l'application des peines en application de l'article 712-21. A défaut, elle est ordonnée par le président de la commission.

« L'avis de la commission donné au vu de cette évaluation, qui fait l'objet d'un rapport transmis à la commission, et de l'expertise réalisée est valable pour une durée de deux ans.»

Article 706-56

Modifié par Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 - art. 42 () JORF 7 mars 2007

I. - L'officier de police judiciaire peut procéder ou faire procéder sous son contrôle, à l'égard des personnes mentionnées au premier, au deuxième ou au troisième alinéa de l'article 706-54, à un prélèvement biologique destiné à permettre l'analyse d'identification de leur empreinte génétique. Préalablement à cette opération, il peut vérifier ou faire vérifier par un agent de police judiciaire placé sous son contrôle que l'empreinte génétique de la personne concernée n'est pas déjà enregistrée, au vu de son seul état civil, dans le fichier national automatisé des empreintes génétiques.

Pour qu'il soit procédé à cette analyse, l'officier de police judiciaire peut requérir toute personne habilitée dans les conditions fixées par l'article 16-12 du code civil, sans qu'il soit toutefois nécessaire que cette personne soit inscrite sur une liste d'experts judiciaires ; dans ce cas, la personne prête alors par écrit le serment prévu au deuxième alinéa de l'article 60 du présent code. Les réquisitions prévues par le présent alinéa peuvent également être faites par le procureur de la République ou le juge d'instruction.

Les personnes requises conformément à l'alinéa précédent peuvent procéder, par tous moyens y compris télématiques, à la demande de l'officier de police judiciaire, du procureur de la République ou du juge d'instruction, aux opérations permettant l'enregistrement des empreintes dans le fichier national automatisé des empreintes génétiques.

Lorsqu'il n'est pas possible de procéder à un prélèvement biologique sur une personne mentionnée au premier alinéa, l'identification de son empreinte génétique peut être réalisée à partir de matériel biologique qui se serait naturellement détaché du corps de l'intéressé.

Lorsqu'il s'agit d'une personne condamnée pour crime ou pour un délit puni de dix ans d'emprisonnement, le prélèvement peut être effectué sans l'accord de l'intéressé sur réquisitions écrites du procureur de la République.

II. - Le fait de refuser de se soumettre au prélèvement biologique prévu au premier alinéa du I est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende.

Lorsque ces faits sont commis par une personne condamnée pour crime, la peine est de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 Euros d'amende. Nonobstant les dispositions des articles 132-2 à 132-5 du code pénal, les peines prononcées pour les délits prévus au présent article se cumulent, sans possibilité de confusion, avec celles que la personne subissait ou celles prononcées pour l'infraction ayant fait l'objet de la procédure à l'occasion de laquelle les prélèvements devaient être effectués. Le fait, pour une personne faisant l'objet d'un prélèvement, de commettre ou de tenter de commettre des manoeuvres destinées à substituer à son propre matériel biologique le matériel biologique d'une tierce personne, avec ou sans son accord, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 Euros d'amende.

III. - Lorsque les infractions prévues par le présent article sont commises par une personne condamnée, elles entraînent de plein droit le retrait de toutes les réductions de peine dont cette personne a pu bénéficier et interdisent l'octroi de nouvelles réductions de peine.

Article 5

Conformément aux [dispositions de l'article 112-2 \(2°\) du code pénal](#), les articles 706-11 à 706-140 et D. 47-27 à D. 47-32 du code de procédure pénale, résultant de la [loi n° 2008-174 du 25](#)

[février 2008](#) relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental et du présent décret, sont immédiatement applicables aux procédures en cours.

Celles des articles 706-122 à 706-128, 706-135, 706-136, D. 47-28 et D. 47-29, qui remplacent les dispositions de l'article 199-1 de ce code abrogé par le [III de l'article 4 de la loi du 25 février 2008 précitée](#), s'appliquent aux audiences de la chambre de l'instruction saisie d'un appel formé contre une ordonnance de non-lieu motivée par les [dispositions du premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal](#).

Pour permettre l'application de ces dispositions, la chambre de l'instruction peut le cas échéant renvoyer l'examen de l'affaire à une audience ultérieure.

Après avoir annulé l'ordonnance de non-lieu du juge d'instruction, la chambre de l'instruction rend l'un des arrêts prévus par les articles 706-123 à 706-125.

Article 6

Les dispositions du présent décret sont applicables sur tout le territoire de la République.

Article 7

La garde des sceaux, ministre de la justice, et la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 avril 2008.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La garde des sceaux, ministre de la justice,

Rachida Dati

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative,

Roselyne Bachelot-Narquin

THEORIE DU CHAOS ET PRINCIPE D'INCERTITUDE

Le dépôt du stylo de l'expert psychiatre peut-il entraîner un séisme politique ?

Le 16 avril 2008, Edward Lorenz, météorologiste américain est décédé. Il avait décrit la célèbre théorie du chaos et avait publié en 1972 un article au titre original : « *Prévisibilité, le battement d'aile d'un papillon au Mexique peut-il provoquer une tornade au Mexique ?* ».

Déjà au début du XX^e siècle, en 1927, le physicien Werner Karl Heisenberg formule qu'il est impossible de mesurer à la fois la position d'une particule en même temps que sa vitesse de façon exacte et que l'univers est ni prévisible ni déterministe (principe d'incertitude d'Heisenberg).

Si dans deux domaines des sciences fondamentales, dites exactes, **l'incertitude** et **l'imprévisibilité** dominant, comment peut-on prétendre prédire le comportement d'un être humain ?

Les politiques qui sont bien habitués aux incertitudes électorales (par exemple le deuxième tour des présidentielles de 2002), aux retournements de vestes et autres traîtrises en ont parfaitement conscience. Le souhait de certains est de boucler à vie quelques individus. L'expert psychiatre n'est qu'un alibi pour enfermer jusqu'à ce que mort s'ensuive (naturelle ou par suicide) certains hommes. Ce dont on peut être certain, dans ce monde d'incertitude, c'est que la loi de rétention de sûreté ne pourra pas être appliquée si aucun psychiatre n'accepte de signer le « bon d'admission » dans les centres socio-médico-judiciaires.

Le dépôt du stylo de l'expert psychiatre peut-il provoquer un séisme politique ?

APPEL DU 20 MARS 2008 DEMANDANT
L'ABOLITION DE LA RETENTION DE SURETE

A l'initiative du collectif contre la rétention de sûreté

www.contrelaretentiondesurete.fr

La rétention de sûreté doit être abolie !

Article 3 : « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains et dégradants » (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales)

Malgré l'opposition de très nombreux professionnels et citoyens, la loi instaurant une « rétention de sûreté » qui permet, après l'exécution de la peine de prison, de prolonger - sans limitation de durée et sans infraction - l'enfermement des personnes considérées comme d'une « particulière dangerosité » est entrée en vigueur.

La mise en place d'un tel dispositif relève d'une philosophie de l'enfermement qui dénie à l'homme toute possibilité d'amendement.

La présomption d'innocence devient secondaire et la justice de sûreté prend le pas sur la justice de responsabilité.

NOUS NE POUVONS ACCEPTER UN TEL MODELE DE SOCIETE :

- parce que la rétention de sûreté, comparable dans sa philosophie à la peine de mort, est une peine d'élimination préventive susceptible de graves dérives ;
- parce que la rétention de sûreté ajoute de l'enfermement à la peine de prison, déjà anormalement longue en France au regard des standards européens, et constitue en conséquence un traitement inhumain et dégradant ;
- parce que la rétention de sûreté implique un pronostic arbitraire de la « dangerosité », dont les contours ne peuvent être clairement définis, ni par les psychiatres, ni par les juristes ;
- parce que la rétention de sûreté crée l'illusion du « risque zéro » de récidive par l'exploitation démagogique de la douleur des victimes ;
- parce que la rétention de sûreté témoigne du renoncement des pouvoirs publics à faire de la prison un temps utile à la prévention de la récidive et à la réinsertion ;
- parce que la rétention de sûreté, malgré l'accomplissement de la peine, n'autorise plus l'oubli du crime, réduisant ainsi la personne à son acte criminel passé avec le risque de l'y enfermer à jamais ;
- parce que la rétention de sûreté est une violence institutionnelle inacceptable qui prive les détenus de tout espoir de liberté ;

Pour toutes ces raisons, la rétention de sûreté n'est en aucun cas un instrument de prévention de la récidive et de protection des citoyens.

Nous appelons tous les professionnels concernés à la résistance contre cette nouvelle disposition répressive, emblématique d'une régression majeure de leurs principes déontologiques.

Nous appelons tous les citoyens à la mobilisation pour l'abolition de la rétention de sûreté, véritable honte pour la France.

Pour signer cet appel : rendez-vous sur le site www.contrelaretentiondesurete.fr

RETENTION DE SURETE ? UNE PEINE INFINIE

Un film réalisé par Thomas Lacoste

[www.contrelaretentiondesurete](http://www.contrelaretentiondesurete.fr)

Sur le site www.contrelaretentiondesurete.fr, vous pouvez visionner, télécharger ou acheter le film « rétention de sûreté, une peine infinie », réalisé par Thierry Lacoste.

Le film est présenté ainsi sur le site :

Rétention de Sûreté, Une peine infinie

Réfutations III (68')

un film de Thomas Lacoste

Une co-production de La Bande Passante et du Syndicat de la magistrature

Visionnez le film et soutenez l'initiative sur www.lautrecampagne.org

Signer l'appel pour l'abolition de la loi : <http://www.contrelaretentiondesurete.fr>

Huit intervenants, praticiens, militants et chercheurs prennent ici la parole pour déconstruire méticuleusement ce populisme pénal prôné par le chef de l'Etat, qui a dicté l'adoption de la loi sur la Rétention de sûreté, et le populisme constitutionnel qui veut l'appliquer par-delà les principes supérieurs de notre droit.

Avec par ordre d'apparition :

- Emmanuelle Perreux, juge de l'application des peines au Tribunal de Grande Instance de Périgueux et présidente du Syndicat de la magistrature ;
- Christian Charrière-Bournazel, avocat et bâtonnier de Paris ;
- Daniel Zagury, psychiatre, chef de service au Centre psychiatrique du Bois-de-Bondy, expert auprès de la Cour d'appel de Paris ;
- Véronique Mao, surveillante pénitentiaire, secrétaire nationale de l'Union générale des surveillants pénitentiaires (UGSP-CGT) ;
- Sophie Desbryères, conseillère d'insertion et de probation (CIP), secrétaire nationale du syndicat national de l'ensemble des personnels de l'administration pénitentiaires (Snepap-FSU) ;
- Jean Bérard, historien, Université de Paris VIII, membre de l'Observatoire international des

prisons (OIP) ;

- Claude-Olivier Doron, philosophe, AMN Paris VII (REHSEIS) et secrétaire éditorial des *Cahiers du Centre Canguilhem* ;
- Jean-Pierre Boucher, juge de l'application des peines au Tribunal de Grande Instance de La Rochelle et ancien président du Syndicat de la magistrature.

Voir le film

- Visionnez le film sur www.lautre campagne.org
- Soutenez et achetez le DVD 12 € (frais de port inclus) par paiement en ligne sur le site www.lautre campagne.org ou par chèque à l'ordre de L'Autre association, 3, rue des Petites Ecuries, F-75010 Paris. Le DVD comporte, en plus du film, différents textes et une filmographie.

Faire circuler

Nous vous invitons à faire connaître, circuler et projeter le film "Rétention de sûreté, une peine infinie [Réfutations III]". Ce film peut être repris sur les sites, blog, etc. Nous pouvons également nous déplacer lors d'éventuelle projection publique. Nous vous demandons cependant une seule mention obligatoire :

"Pour soutenir cette initiative et les futurs opus de la série "Réfutations" vous pouvez acheter le DVD 12 € (frais de port inclus) par paiement en ligne sur le site www.lautre campagne.org ou par chèque à l'ordre de L'Autre association, 3, rue des Petites Ecuries, F-75010 Paris. Merci de nous informer de toutes initiatives afin que nous relayons l'information sur nos différents sites."

Lire les critiques

<http://www.lautre campagne.org/medias.php>

Retrouver l'ensemble de nos films

<http://www.lautre campagne.org/filmographieTL.php>

Contact

info@labandepassante.org

N'hésitez pas à diffuser largement ce message.

Un film réalisé par Thomas Lacoste

CLUB « DES Maintenant, en Europe »

Club « DES Maintenant, en Europe »

« Aller à l'idéal et comprendre le réel », Jean Jaurès

Samedi 17 mai 2008 - 10h -17h

L'Estran, 10, rue Ambroise Thomas, Paris 9^{ème}

« Si détestables qu'ils soient, si tarés qu'ils soient » ? (1).

Sous la présidence d'Elisabeth GUIGOU,

Députée de Seine-Saint-Denis, Ancienne Garde des Sceaux

3^{ème} séance de l'Atelier populaire « Éloge de la prison, en démocratie », la réunion (publique) du 17 mai sera consacrée à des échanges **autour du procès de Michel Fourniret et Monique Olivier**, qui tous deux encourent la réclusion criminelle à perpétuité, poursuivis à la suite de viols ou tentatives de viols, meurtres ou assassinats de Céline Saison, 18 ans, Isabelle Laville, 17 ans, Natacha Danais, 13 ans, Elisabeth Brichet, 12 ans, Fabienne Leroy, 20 ans, Jeanne-Marie Desramault, 21 ans, Mananya Thumpong, 13 ans.

La réflexion portera sur la question suivante « Comment sanctionner les crimes les plus graves dans le respect des victimes et de leurs proches, avec le souci de protéger les victimes potentielles d'un traitement pénal et/ou psychiatrique qui serait inadéquat et dans le respect des droits inaliénables des criminels, « si détestables qu'ils soient, si tarés qu'ils soient » (1) ?

(1) « *Les criminels, si détestables qu'ils soient, si tarés qu'ils soient, oui, empêchez-les de nuire, frappez-les, invitez-les par une répression sévère à un retour sur eux-mêmes et recherchez la part de responsabilités individuelles qui s'ajoutent à la responsabilité sociale, mais laissez-les vivre pour qu'ils aient le loisir de penser et de réfléchir et pour que vous-mêmes, en prolongeant ces vies coupables devenues, je le veux bien, inutiles pour vous, onéreuses pour vous, vous reconnaissiez du moins la part de responsabilité sociale mêlée à toutes les responsabilités individuelles* ».

Jean Jaurès, séance du 18 novembre 1908, à l'Assemblée nationale, cité par Marc Renneville dans son ouvrage *Crime et Folie*, Fayard, 2003.

"Déviances & Social-démocratie en Europe", c/o M. Pierre V. Tournier

43, rue Guy Môquet 75017 PARIS, Tél. Fax Rép. 01 42 63 45 04

pierre-victor.tournier@wanadoo.fr

- PROGRAMME -

Matinée (10h -12h30) - « Une humanité peu ordinaire »

10h - 10h30. Accueil de Robert Schnatter, *directeur de l'Estran* et introduction de Pierre V. Tournier, *directeur de recherches au CNRS, animateur de DES Maintenant en Europe*

10h30 - 11h. « Au nom de la loi », par Pierre Pélissier, *conseiller à la cour d'appel de Versailles, ancien président de l'Association nationale des juges de l'application des peines (ANJAP)*.

11h - 11h30. « Mal, maladie, malheur » par Olivier Boitard, *psychiatre des hôpitaux*.

11h30 - 11h45. Pause

11h45 - 12h15 « L'exécution des très longues peines, quelles perspectives ? », par Philippe Pottier, *directeur de service pénitentiaire d'insertion et de probation*.

12h15 - 12h30. Réaction spontanée aux propos de la matinée de Julie Bonnier-Hamon *avocate, président du Syndicat des avocats de France de l'Essonne (SAF)*.

Après-midi (14h - 17h) « Que faire ? »

*** Première Table ronde : « Faut-il modifier le code pénal concernant les crimes les plus graves ? ».** Animée par Tito Galli, *militant associatif*.

Avec Dr Evry Archer *psychiatre, chef du SMPR de Lille*, Laurent Bonelli, *politiste, chercheur associé au Groupe d'analyse politique (GAP) de l'Université Paris 10 Nanterre*, Julie Bonnier-Hamon *avocate, président du Syndicat des avocats de France de l'Essonne (SAF)*, Pierre Pélissier, *conseiller à la cour d'appel de Versailles*, Dominique Rizet, *journaliste à Planète Justice et au Figaro Magazine ...*

- Réaction spontanée aux propos de la 1^{ère} table ronde de Daniel Dériot, *travailleur social*.

- Débats.

- Pause 15h15 – 15h30

*** Seconde table ronde. « Comment concevoir l'exécution des très longues peines ? ».**

Aminée par Pierre Meheust, *président du GENEPI.*

Avec Olivier Boitard, *psychiatre des hôpitaux*, Philippe Combessie, *professeur de sociologie à l'Université Paris 10 Nanterre*, Daniel Dériot, *travailleur social*, Pascale Bruston, *vice-présidente chargée de l'application des peines au Tribunal de grande instance de Melun, membre du CA de l'ANJAP*, Daniel Reisz, *Inspecteur d'Académie honoraire et visiteur de prison*, Philippe Zoummeroff, *industriel en retraite, membre de l'AFC ...*

- Réaction spontanée aux propos de la 2^{ème} table ronde de Morgane Léonard, *étudiante en design à Nantes, auteur d'une étude sur le bracelet électronique.*

- Débats.

16h45 Le point de vue **d'Elisabeth Guigou**, *députée de Seine Saint-Denis, ancienne Garde des Sceaux.*

*** L'Atelier populaire « Éloge de la prison, en démocratie »**

Cet atelier a tenu sa 1^{ère} séance publique le 16 février 2008. Dans le contexte du projet Dati de loi pénitentiaire, dans lequel certains gardent encore quelques espoirs, d'autres n'y voyant que de la « poudre aux yeux », face à la création d'établissements du 3^{ème} type – ni prisons, ni

hôpitaux – pour les « criminels dangereux » (1), après la fin de leur peine, face au développement (sans fin ?) de toutes sortes de mesures de contrôle post-pénal, il nous paraît urgent de porter un regard critique sur la « doxa abolitionniste » (de la prison ? de l'enfermement ? de la sanction pénale ?) dont la gauche de gouvernement n'arrive pas à se départir, au risque de perdre toute crédibilité auprès de nos concitoyens en matière de lutte contre les crimes et les délits, ou, pire encore, au risque de renforcer la démagogie sécuritaire de l'extrême droite et d'une grande partie de la droite. Approche sémiologique, analyse des discours, réflexions sociologiques et épistémologiques, tels seront les outils de ce regard critique qui portera aussi bien sur les discours assumés comme politiques et militants que sur la littérature présentée comme scientifique. Sur le plan politique, une telle réflexion a vocation à trouver sa place dans un champ beaucoup plus large : celui de la reconstruction d'une gauche radicalement réformiste, intégrant ses diverses sensibilités et fidèle à ses valeurs humanistes.

L'atelier se réunit une fois par mois, à Paris. Il rassemble des personnalités de sensibilités et de professions très diverses : chercheurs et universitaires, étudiants, magistrats, avocats, fonctionnaires pénitentiaires, fonctionnaires d'autres ministères, architectes, travailleurs sociaux, militants associatifs, citoyens intéressés...

(1) Loi du 25 février 2008, « relatif à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pour cause de trouble mental ».

*** DES Maintenant en Europe**

Club de réflexion politique, constitué à Paris le 28 octobre 2004, dans la mouvance de la social-démocratie européenne, « *Déviances & Social-démocratie, Maintenant en Europe* » a vocation à faire travailler ensemble adhérents et sympathisants des organisations progressistes, qui pour des raisons professionnelles et / ou militantes s'intéressent à la question des "déviances" et de leur "contrôle" et ressentent le besoin impérieux d'un débouché politique, résolument réformiste, à leur réflexion, à leur action sur le terrain, à leurs engagements militants.

MEDECIN COORDONNATEUR EN GUADELOUPE

Loi de 1998 – Suivi socio-judiciaire – Injonction de soins

Michel DAVID

Le tsunami de médecins coordonnateurs (MC) voulu par la ministre de la justice lors de la discussion sur la loi du 10 août 2007 relative à la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs

n'a pas eu lieu. Rappelons que la garde des sceaux souhaitait voir passer le nombre des médecins coordonnateurs de 150 en août 2007 à 500 fin mars 2008.

J'ai finalement accepté de poser ma candidature qui a été retenue sur les listes du TGI de Basse-Terre et de Pointe-à-Pitre. Mon hésitation était due principalement au souhait qu'au moins deux médecins coordonnateurs soient candidats. Cette situation me permettait de me désister si j'étais déjà en situation de médecin traitant au niveau du SMPR pour un patient pour lequel je pourrais être désigné comme MC. Il aurait également été souhaitable que préalablement à la nomination de MC, une ébauche de réseau de soins soit mise en place. Un MC sans soignant n'aura pas grand-chose à coordonner, si ce n'est la pénurie.

Une fois de plus, il faut commencer sans moyens, seule manière de forcer le destin. Je me suis finalement décidé à cause des mesures répressives, iniques votées ces derniers temps, considérant que l'injonction de soins, avec ses limites et sa complexité, restent un moyen rationnel, juste, digne d'une société fondée sur le droit, d'aider à la réinsertion et de limiter la récurrence d'infractions lorsque celles-ci sont, et uniquement, en relation avec des mécanismes psychopathologiques.

Il faudra sinon se donner des moyens matériels, tout au moins voir émerger la volonté des professionnels engagés (JAP, CIP, Psychiatres et Psychologues traitants, Experts psychiatres) à jouer les règles du SSJ et de l'IS : communiquer les documents prévus par la loi, respecter les règles de l'indication de l'IS (ne pas être extensif sur les indications de l'IS : trop de soins tue le soins), trouver les bons ajustements entre les différents professionnels etc.

Pour solliciter d'autres collègues à me rejoindre en tant que MC, je rappelle que l'arrêté du 24 janvier 2008 a modifié quelques points de la pratique des MC : le nombre de personnes suivies par le MC passe de 15 à 20 par an ; la rémunération est augmentée et passe de 450 € à 700 € bruts par personne (pour au moins 3 entretiens par an, en dessous de trois entretiens, réduction de moitié de la rémunération). Le MC établit annuellement un état justificatif de ses suivis, visé par le JAP avant d'être adressé à la DDASS (DSDS aux Antilles) qui rémunère. Pour s'inscrire, il faut déposer sa candidature auprès du procureur de la république d'un ou plusieurs TGI selon les modalités prévues à l'article R3711-5 du code de la santé publique.

Les psychiatres, les psychologues et les médecins traitants qui seraient intéressés par ces suivis sont invités à me contacter afin d'initier une organisation et de commencer à constituer un réseau de soins. Socapsyleg travaille à l'élaboration d'une plaquette d'information sur ce sujet.

Dr Michel DAVID – Pôle de Psychiatrie Légale – Centre pénitentiaire – Fond Sarraill – BP 43
– 97122 Baie-Mahault – Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – Michel.DAVID@ch-monteran.fr

PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE (PHRC)
EN GUADELOUPE
L'essentiel est de participer

Le pôle de psychiatrie légale – PPL- (SMPR) du centre hospitalier d Montéran en Guadeloupe a répondu à l'appel à projet national pour le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2008 qui comportait la thématique suivante : « *Traitement et prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles* ».

Trois membres de l'équipe du PPL se sont attelés à monter le projet : Michel DAVID psychiatre, investigateur principal, Franciane CONVERTY psychologue clinicienne et Nicolle MARCHAL cadre de santé et surtout avec le soutien méthodologique indispensable et efficace de la délégation à la recherche clinique (DRC) et du pôle de recherche clinique du CHU de Pointe-à-Pitre, Dr Jacqueline DELOUMEAUX et Valérie SOTER, attachée de recherche clinique.

L'intitulé du projet était le suivant : « Caractérisation des profils psychopathologiques et de personnalité des personnes condamnées pour infractions sexuelles en Guadeloupe ». Il s'agissait de suivre les recommandations de la conférence de consensus de 2001 sur les auteurs d'agressions sexuelles qui constatait le peu de connaissances scientifiques sur ce sujet et la nécessité de promouvoir des recherches en ce sens.

Le projet n'a pas été retenu et les expertises motivant le rejet du projet devraient être communiquées à la DRC durant la troisième semaine de mai. Nous connaissons alors les motifs du rejet même si on présentait un des motifs possibles de rejet : l'absence d'étude multicentrique. Ce travail a été présente aux journées nationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire à Lille en novembre dernier (*Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique en Milieu Carcéral, deux projets en Guadeloupe, Intérêts et difficultés*, M. David et F. Converty. A paraître dans les actes des journées)

et deux importants SMPR ont alors proposé de s'associer à nous si le projet était retenu : Lille (Chef de service : Dr ARCHER) et Caen (chef de service : Dr KOTTLER). L'analyse du rejet et les correctifs nécessaires nous permettront éventuellement de relancer cette recherche avec d'autres partenariats. Nous en ferons état dans un prochain Kamo.

En cette année olympique, nous ne pouvons éviter de rappeler que l'essentiel est de participer. Ce travail, qui nous a fortement sollicité (notamment sur notre temps personnel), nous a permis de réfléchir sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle, de nous documenter, d'établir une étroite collaboration avec l'équipe du CHU qui nous a initié à la méthodologie d'un programme de recherche.

Merci encore au pôle de recherche clinique du CHU pour sa disponibilité, son écoute et son professionnalisme et à l'équipe de direction du centre hospitalier de Montéran, notamment son directeur, Francis FARANT et sa directrice des affaires financières et du système d'information, Christiane BOURGEOIS, pour le soutien et l'accompagnement administratif qu'ils nous ont prodigués. Michel DAVID – Franciane CONVERTY – Nicolle MARCHAL.

LE POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE DE GUADELOUPE
RECHERCHE SON QUATRIEME PRATICIEN HOSPITALIER

Un poste de psychiatre des hôpitaux – praticien hospitalier temps plein devrait être mis au prochain choix d'octobre 2008. Une mutation en Guadeloupe, si l'on vient de la métropole, se prépare obligatoirement. Aussi, en anticipation de cette parution, vous trouverez ci-dessous le profil du poste qui sera mis au prochain choix.

Pour tout renseignement complémentaire sur l'aspect médical du poste, n'hésitez pas à me contacter :

Dr Michel David – Responsable de Pôle – Centre pénitentiaire – PPL/SMPR – Fond Sarrail – BP 43 – 97122 Baie-Mahault – Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – Michel.DAVID@ch-monteran.fr

POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE
PROFIL DE POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER

(Selon l'arrêté du 22 juin 2007 fixant les caractéristiques du profil de poste de praticien hospitalier)

ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Tél. : 0590 80 52 52
Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01. Pôle de Psychiatrie Légale (service médico-psychologique régional) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).

SPECIALITE

Psychiatrie en milieu pénitentiaire

COMPETENCES COMPLEMENTAIRES SOUHAITEES

- Connaissances en psychiatrie légale
- Intérêt pour les prises en charges psycholégales (violences sexuelles ou non)
- Expérience éventuelle en tant que médecin coordonnateur (loi de 1998) et souhait de s'engager dans cette fonction

Intérêt pour les projets de recherche et les activités de communication et de publication

POSITION DU PRATICIEN DANS LA STRUCTURE

Intervention possible sur les sites suivants :

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (maisons d'arrêt hommes et femmes ; centre de détention homme ; quartier mineur ; centre de semi-liberté)
- Maison d'arrêt de Basse-Terre (hommes)
- Espace d'accompagnement psycho-légal à Baie-Mahault (EAPL) : consultation extrapénitentiaire en milieu ouvert
- Dans l'avenir participation à l'hospitalisation à domicile et aux appartements thérapeutiques post-carcéraux.

STATUT DE RECRUTEMENT

Praticien hospitalier à temps complet

Tableau de service de 10 demi-journées par semaine

Prise en considération des contraintes et de la réglementation pénitentiaires, notamment dans le service rendu aux patients.

CARACTERISTIQUES DES FONCTIONS

Participation à l'astreinte opérationnelle sur le centre pénitentiaire de Baie-Mahault (une semaine sur quatre)

Poste à recrutement prioritaire

OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA STRUCTURE

Participation à l'évolution et au développement du service :

- Ouverture et montée en charge de la consultation extrapénitentiaire (EAPL)
- Préparation et mise en place des projets d'hospitalisation à domicile (HAD) et d'appartements thérapeutiques post-carcéraux
- Ouverture de l'hôpital de jour du SMPR
- Participation au projet à long terme d'ouverture d'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA)

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Intégration dans une équipe composée de :

- 4 psychiatres (3 ETP, 1 ETP), y compris le poste en recrutement. Les trois autres postes sont pourvus.
- 3 ETP psychologue
- 1 ETP cadre de santé
- 11 ETP Infirmiers
- 1 ETP Psychomotricien
- 1 ETP travailleur social
- 2 ETP secrétaires médicales

Equipe appelée à se développer en fonction de la réalisation des projets du pôle (HAD et AT)

GROUPE MULTIPROFESSIONNEL DES PRISONS

Réunion du 6 mai 2008 avec Serge PORTELLI et Pierre MEHUST

Groupe Multiprofessionnel des Prisons

18 rue de la Poste 94250 Gentilly Tel : 01 48 38 76 84

Email : lazarus@univ-paris13.fr

La prochaine réunion du GMP aura lieu le
Mardi 6 mai

Début 19 h, fin 22h30

Maison des sciences de l'homme 52-54 Bd Raspail 75006 Paris

(En face de l'Hôtel Lutétia; Métro Sèvres Babylone et Saint Placide)

Les portes d'entrée sont fermées un peu après 20h (pendant environ une heure)

Première partie :
Échange discussion des informations du mois

Deuxième partie :

Si ce n'est pas la rétention de sûreté, faut-il imaginer autrement la non répétition voire la prévention des crimes les plus graves ?

avec :

Serge Portelli

Vice président du tribunal de Paris,
membre du syndicat de la magistrature
et auteur de « Récidives » qui vient de sortir aux éditions Grasset.

Pierre Méheust

Président du Genepi

Antoine Lazarus animera la discussion

Pour le GMP, Antoine Lazarus

Comme d'habitude, toutes les personnes pouvant nous aider à bâtir et à élargir le point de vue sont invitées. Merci de bien vouloir diffuser cette invitation, autour de vous, notamment aux personnes qui n'ont pas d'adresse électronique et que nous ne pouvons pas joindre.

Prochaines réunions en 2008

Chaque premier mardi du mois sauf au mois d'août

A l'adresse habituelle

Mardi 3 juin

Mardi 2 juillet

reprise le Mardi 2 septembre

IL Y A 100 ANS

DANS LES ARCHIVES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

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

La réduction des dépenses de santé a de tout temps été une préoccupation des décideurs. Voici comment l'Assistance publique de Paris réduisait ses coûts il y a cent ans (AAC, Tome vingt-troisième, p. 898) :

« La fin des sangsues. – L'usage des sangsues tend à se restreindre de plus en plus. Ainsi, les dépenses de l'Assistance publique à Paris pour achats de sangsues, qui s'élevaient en 1849 à 80.200 francs, ne se chiffraient plus en 1905 qu'à 170 francs ».

On imagine que quelques poulbots jobeurs ont dû bien regretter cette perte de revenus.

COURRIER DES LECTEURS

Un lecteur de Kamo, ni soignant ni juriste, a envoyé d'intéressantes et très pertinentes remarques concernant la rétention de sûreté. Cette rubrique pourrait servir d'échanges en attendant que Socapsyleg ait son site et son blog.

« J'ai la réponse à ton édito (Kamo n°2-2008), "pourquoi choisir le métier de psychiatre?" : eh bien, pour ceux qui n'ont pas réussi le concours de la magistrature, ou, mieux qui ont envie d'avoir le pouvoir discrétionnaire de mettre des gens en tôle à vie, pour ceux-là, visiblement il y a de l'avenir dans la psychiatrie...

Evidemment, pour les autres, ceux qui veulent respecter le secret médical, ceux qui espèrent soulager, soigner, voire guérir leurs patients, ceux qui veulent pouvoir compter sur la confiance des patients pour leur apporter quelque chose. Ceux là feraient mieux de renoncer de suite !

Plus sérieusement, les personnes condamnées à cette peine de sûreté préventive, elles sont condamnées certes par prévention ; mais cela ne conduit-il pas à les condamner par anticipation pour des crimes à venir, ou supposés tels. Cela ne peut-il pas les conduire à considérer, cette peine préventive étant effectuée, qu'ils ont comme une créance sur la société, comme on a un "avoir" auprès du fisc quand on a trop payé d'impôts. En somme ne peuvent-ils pas considérer que cela leur confère un droit à commettre de nouveaux crimes, puisqu'ils ont payé par avance pour ça ???

Deuxième question, le fait de dire à un criminel "vous êtes encore dangereux" "vous êtes un criminel à vie" etc. Cela ne peut-il pas justement les empêcher de changer et de tourner la page ?

Questions sans doute stupides ... »

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

La frénésie sécuritaire

Retour à l'ordre et nouveau contrôle social)

Sous la direction de Laurent Mucchielli

Edition La Découverte

Paris, 2008, 140 pages, 10 €

Sous la direction de Laurent Mucchielli, sociologue, directeur de recherches au CNRS (Cesdip), vous pouvez pendant 10 chapitres, vous débattre dans les affres de notre actuelle ambiance de frénésie sécuritaire, décrite par des professionnels de métiers divers.



Le livre est introduit par Laurent Mucchielli qui décrit les principaux mécanismes qui ont prélué à une évolution de la sécurité à la frénésie sécuritaire : dramatisation, criminalisation, déshumanisation, disciplinarisation et désocialisation. Il en ressort « *un recul des idées de réinsertion et de redressement des délinquants au profit de celles de punition ou de gestion des risques sacralisation de la victime, dramatisation du crime et moralisation du discours politique, émergence d'un nouveau populisme pénal, introduction des outils du management pour gérer les flux, recours accru à l'emprisonnement...* »

Les dix autres articles suivants vont tour à tour aborder les thèmes suivants : 1) Cinq ans de frénésie pénale (Jean Danet - juriste) ; 2) Un populisme pénal contre la

protection des mineurs (Christine Lazerges – professeur de droit) ; 3) De la frénésie de sécurité à la surpénalisation : la justice sous pression (Philip Milburn – professeur de sociologie) ; 4) La nouvelle inflation carcérale (Bruno Aubusson de Cavarlay, statisticien et sociologue ; 5) Politique d’immigration : un laboratoire de frénésie sécuritaire (Serge Slama – maître de conférence en droit public) ; 6) Police : de la proximité au maintien de l’ordre généralisé (Christian Mouhanna - sociologue) ; 7) La guerre à l’intérieur : la militarisation du contrôle des quartiers populaires (Mathieu Rigouste – chercheur en sciences sociales) ; 8) Faire du chiffre : le « nouveau management de la sécurité³ (Laurent Mucchielli) ; 9) La vidéosurveillance, un mirage technologique et politique (Eric Heilmann – maître de conférence en sciences de l’information et de la communication) ;10) La biométrie : usages policiers et fantasmes technologiques (Pierre Piazza – maître de conférence en science politique).

Il ne manque que les psychiatres comme acteur de la frénésie sécuritaire...

L’APEV et les comptes-rendus d’audience du procès Fourniret

Sur le site de l’APEV (Aide aux Parents d’Enfants Victimes – www.apev.org), vous pourrez retrouver les comptes-rendus précis des audiences du procès Fourniret. Il convient de saluer ce travail qui rend bien compte de l’épreuve redoutable que représente ce procès pour les victimes et leur famille.

Expertise psychiatrique pénale

Psychiatrie et justice : de nécessaires clarifications à l’occasion

de la loi relative à la rétention de sûreté

Jean-Louis Senon et Cyril Manzanera

Actualité Juridique Pénal, N°4/avril 2008

Le Professeur Jean-Louis Senon et Cyril Manzanera contribuent au débat sur la rétention de sûreté dans le numéro d'avril d' *Actualité Juridique Pénal*.

Après avoir exposé les points essentiels de la loi de rétention de sûreté qui ont de quoi « émouvoir le psychiatre comme tout citoyen car que dire de cette nouvelle forme de privation de liberté qui n'est ni du domaine de la nécessité d'administrer des soins pour une personne malade mentale non consentante comme le permet la loi de 1990, ni de la peine prononcée par un tribunal pour un crime commis », les auteurs rappellent que la maladie mentale est surtout corrélée à un risque de victimation multiplié par 17 alors qu'elle n'est associée à un risque de violence que dans un facteur de 4 à 7. Le taux d'homicide est en général de 1 à 5 pour 100 000 h et les troubles mentaux graves ne seraient responsables que de 0.16 cas d'homicide pour 100 000 h. Quant aux violences sexuelles, les études internationales montrent que 1 à 5 % de leurs auteurs présentent une pathologie psychiatrique. Bien entendu, la violence inhérente aux maladies mentales ne doit pas être négligée, ce qui fait dire aux auteurs, qu'à une époque où le soin psychiatrique est essentiellement centré sur l'ambulatoire, il ne faut pas pour autant que la psychiatrie publique oublie de conserver des unités fermées.

Parmi ses missions, la psychiatrie a la charge de traiter les troubles mentaux pour lesquels les règles thérapeutiques sont codifiées au mieux ce qui est loin d'être le cas pour les troubles de la personnalité : « ...face aux troubles de la personnalité, il n'y a pas de traitement faisant consensus et les soignants sont là à la marge de leur exercice ». L'exemple de la psychopathie, comme trouble de la personnalité est particulièrement développé et les travaux de l'audition publique organisée par la Haute autorité de santé dans ce domaine sont rappelés et notamment que « la prise en charge de la

psychopathie est par essence multidisciplinaire : elle suppose que la loi soit représentée et que l'institution soit contenante ». D'où la proposition des auteurs, à préciser certainement, de création « d'un établissement de défense sociale qui pourrait avoir une convention avec la santé lui permettant de compléter un travail socio-éducatif par des prises en charges psychiatriques complémentaires réalisées par des équipes psychiatriques sur spécialisées et formées à cette fin ».

Le statut du futur « retenu » est également étudié : ni malade, ni puni qui est-il ? L'extension de l'application de l'injonction de soins à des crimes autres que sexuels pose également question. Comment y répondre pratiquement (en termes de moyens) et est-il bien légitime de proposer un soin de manière aussi extensive, sans que l'on connaisse exactement l'impact de la démarche ne serait-ce que sur la récidive ? D'autant plus que ce type de prises en charges « suppose une formation et une pratique que nombre de psychiatres ou de psychologues ne possèdent pas... Cela suppose un travail en équipe et une formation théorique que peu d'équipes peuvent proposer en France que ce soit dans un cadre théorique psychanalytique (...) ou avec des références cognitivo-comportementales ».

Les auteurs concluent sur l'attente de la mission confiée au premier président de la cour de cassation : « s'il prend en compte que les auteurs de crimes ne sont pas des malade mentaux et que l'HO ne leur est pas applicable, il faudra proposer un support à la rétention relevant du droit pénal qui permette, comme le souhaite le législateur de mettre en place une structure relevant de l'administration pénitentiaire et liée par convention avec la santé pour l'intervention d'une équipe multidisciplinaire et transversale ayant une mission expérimentale. Difficiles négociation... ».

Et si par hasard, les criminels devaient tous relever de l'HO ? Quelles seraient les réactions des psychiatres hospitaliers (question que je pose et qui n'est pas dans l'article.). MD.

Expertise psychiatrique pénale

Audition publique du 25 et 26 janvier 2007

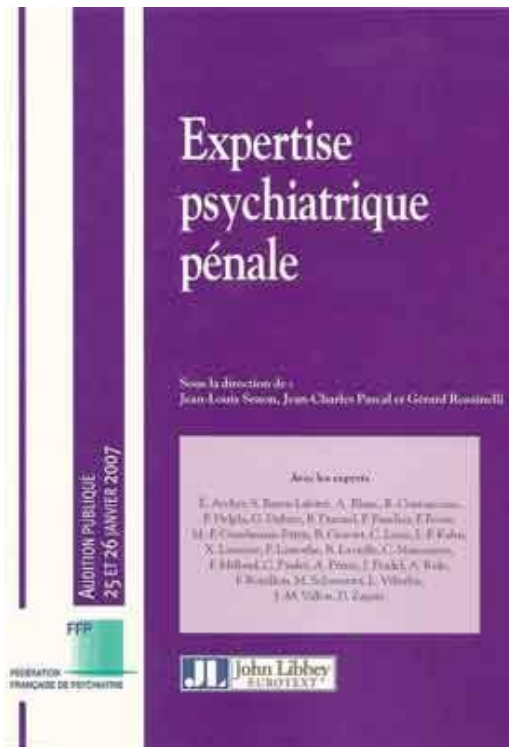
Sous la direction de Jean-Louis Senon, Jean-Charles Pascal

et Gérard Rossinelli

John Libbey Eurotext et Fédération Française de Psychiatrie

Paris, 2007, 308 pages, 59 €

Cet ouvrage expose les travaux de l'audition publique consacrée à l'expertise psychiatrique pénale et qui s'est tenue au ministère de la santé en janvier 2007. On y trouve les recommandations de la commission d'audition et son rapport et les textes des experts qui se sont organisés autour des cinq questions suivantes :



1. Quelle est la place dans la procédure pénale de l'expertise psychiatrique pénale et quels en sont les enjeux ?

2. Quels sont les incidences, les problèmes et les débats actuels autour de la clinique expertale dans les différents temps judiciaires ?

3. Quelles doivent être les évolutions de la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?

4. Quelles doivent être les règles éthiques et déontologiques dans la pratique de l'expertise psychiatrique pénale ?

5. Comment développer la qualité expertale ?

Ne doutons pas que ce livre sera lu par tous ceux qui s'intéressent aux implications légales de la psychiatrie ; en revanche, nous doutons fort que les décideurs politiques y trouvent une source d'inspiration, obnubilés à multiplier les motifs d'expertise psychiatrique et à confier à la psychiatrie des domaines qui n'en relèvent pas.

Un prochain numéro de Kamo devrait être consacré à l'expertise psychiatrique pénale et à un exposé des travaux de cette audition qui comportent 27 textes d'experts.

Les chroniques du CIRAP)

Les nouvelles figures de la dangerosité, numéro 0

Les « chroniques du CIRAP » est le titre d'une nouvelle revue trimestrielle du Centre Interdisciplinaire de Recherche Appliquée au champ Pénitentiaire qui consacre son premier numéro à une synthèse du colloque « *Les nouvelles figures de la dangerosité* » qui s'est tenu à Agen en janvier 2008. La revue est téléchargeable à partir du lien suivant : <http://www.enap.justice.fr/actualite.php?actu=30>. Le livret des communications est également disponible sur le site de l'ENAP en attendant la publication des actes prévue en juin 2008 aux éditions L'Harmattan.

La lettre du Centre de ressources sur l'histoire des crimes et des peines

Le numéro 9 permet de découvrir la première enquête parlementaire sur les établissements pénitentiaires (1873). A télécharger à partir de : http://www.enap.justice.fr/files/lettre_crhpc_mars2008.pdf

Réincarcération et mortalité chez les détenus dépendants aux opiacés : une étude de cohorte prospective (2003-2006)

Observatoire français des drogues et toxicomanies

Paris, 2008, 95 pages

www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000142/index.shtml?xtor=EPR-526

Conduite entre 2003 et 2006 par un groupe de recherche réunissant le RECAMS (Réseau d'Etudes sur les Conduites addictives, Médicament et Société), Clinsearch, le GIP Recherche Droit et Justice et l'OFDT, l'étude présentée ici a été menée auprès de 507 patients, incarcérés dans 47 maisons d'arrêt (sur 117 en France métropolitaine), soit 46% de la capacité d'accueil pénitentiaire de l'ensemble du territoire. L'objectif principal de cette étude était de valider l'hypothèse selon laquelle la prise d'un traitement de substitution au cours de la détention permettrait de réduire significativement le taux de réincarcération évalué sur une période de 24 mois, ce qui n'a pas été confirmé par l'étude. En conclusion, l'existence d'un taux élevé de réincarcération et de mortalité durant la période suivant la libération pose le problème de l'efficacité des programmes de prise en charge des personnes dépendantes des opiacés durant l'incarcération comme après leur libération.

**Initialisation de traitements par méthadone en milieu hospitalier et
en milieu pénitentiaire**

OBRADOVIC Ivana, CANARELLI Tiphaine

FRANCE. Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Saint-Denis La Plaine; Observatoire français des drogues et des toxicomanies;
2008; 82 pages

[www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-
publics/084000169/index.shtml?xtor=EPR-526](http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000169/index.shtml?xtor=EPR-526)

L'OFDT a mené en 2007 une évaluation d'impact de la circulaire du 30 janvier 2002 qui habilite l'ensemble des médecins exerçant en établissement de santé à proposer un traitement de substitution à base de méthadone aux toxicomanes dépendants majeurs aux opiacés. Le rapport pointe les évolutions observables du point de vue de l'accessibilité de la méthadone et des pratiques médicales en vigueur dans les services nouvellement compétents pour primo-prescrire ce traitement : 107 services hospitaliers identifiés comme prescripteurs et 152 unités de soins intervenant en milieu pénitentiaire (UCSA ou SMPR) en métropole et dans les DOM ont ainsi été interrogés sur leurs pratiques de distribution de la méthadone et sur les conditions de sa prescription, ainsi que sur le profil des patients bénéficiaires de ce mode de prise en charge. L'enquête montre que l'accessibilité des traitements à base de méthadone a notablement progressé, même si elle ne s'est pas encore généralisée : six ans après la circulaire, la moitié des services hospitaliers prescripteurs et un tiers des services médicaux intervenant en milieu pénitentiaire (hors CSST) déclarent une part de patients sous méthadone supérieure à 50 %. En outre, les niveaux moyens de prescription initiale en milieu fermé se rapprochent de ceux observés en milieu libre, ce qui semble traduire une certaine homogénéité dans l'application des indications thérapeutiques. Les progrès qui restent à faire portent donc sur l'objectif d'une généralisation effective de l'accès à la méthadone dans l'ensemble des établissements de santé et sur celui d'un relais de prise en charge plus efficace (en particulier à la sortie de prison).

Profil et trajectoire des usagers de crack en Guadeloupe

FERDINAND Séverine, THEODORE Max

Observatoire régionale de la santé en Guadeloupe

L'Observatoire régional de la santé en Guadeloupe (ORSAG) vient de publier une étude relative à l'usage de crack en Guadeloupe. La présentation de ce travail sur le site de l'ORSAG. Le rapport peut être obtenue en s'adressant à Séverine FERDINAND *Chargée d'Etudes* Observatoire Régional de la Santé de Guadeloupe 1301 Cité Grain d'Or - Avenue Sidambarom 97 100 BASSE-TERRE Tél. : 05 90 38 74 48 Fax : 05 90 38 79 84 Courriel : sfe@orsag.org Web : <http://www.orsag.org>.

« La consommation de crack apparaît dans les années 1980 en Guadeloupe. La consommation régulière de crack crée une forte dépendance psychique et une neurotoxicité importante. Du fait de l'insuffisance des données existantes pour la Guadeloupe et du caractère illégal de la consommation, la connaissance des problèmes liés à l'usage du crack reste lacunaire. Afin d'apporter les éléments de connaissance nécessaires à la déclinaison régionale du plan national sur la prévention et la prise en charge des addictions, l'étude avait pour objectifs spécifiques de décrire les profils et trajectoires des usagers de crack et de recueillir le point de vue de la population générale.

En 2007 ont été interrogés 199 personnes ayant consommé du crack dans les 3 mois précédant l'enquête. Les données ont fait l'objet d'une analyse descriptive et de tests analytiques le cas échéant.

La moyenne d'âge des usagers est de 37 ans et les femmes représentent 11 % des usagers de l'échantillon d'étude. La situation sociale est marquée par un statut professionnel précaire (70 % activité intermittente ou RMI) ; 60 % de familles monoparentales. Quarante quatre pour cent des usagers rapportent l'existence de problèmes psychologiques et/ou des difficultés liées à une consommation d'alcool et/ou de drogue dans leur famille. La consommation de crack est initiée à 24 ans en moyenne, le principal motif évoqué est la curiosité. Les consommateurs excessifs de crack (plus de 8 prises par jour) ont une consommation quotidienne de tabac et d'alcool plus fréquente que les autres (28 % vs 7 %). Ils ont plus souvent recours à l'acte sexuel pour obtenir de l'argent ou du crack (16,1 % vs 4,8 %) et sont également incarcérés plus fréquemment (69 % vs 41 %). Les consommateurs de produits illicites autres que le crack ou le cannabis (25 %) sont davantage des usagers nés hors de Guadeloupe (37 % vs 17 % nés en Guadeloupe). Ils semblent avoir été initiés au crack plus tardivement (27 vs 22 ans pour les usagers n'ayant pas consommés de produits illicites autres). Trois quarts des usagers désirent arrêter leur consommation parmi eux, 83 % s'en sentent capables. Des réticences à fréquenter les structures de soins persistent et les structures sanitaires ou médico-sociales d'aide sont peu fréquentées (17 %). Les usagers ayant consommé des produits illicites, autres que crack et cannabis, fréquentent plus souvent les structures.

A la lumière de ces résultats et pour optimiser la prise en charge des usagers de crack en Guadeloupe, il apparaît nécessaire de mettre encore davantage l'accent sur la valorisation de la prise en charge sanitaire en renforçant l'implication des associations et de la famille dans la prise en charge des usagers : cela passe sans doute par l'amélioration de la coordination de tous les intervenants ».

Justice, un extraordinaire gâchis
De la justice vindicative à la justice réhabilitante
Pierre Delteil
L'Harmattan, avril 2008, 266 p. 22 €

« Justice un extraordinaire gâchis »: cette qualification péjorative de la justice pénale rend bien compte des médiocres résultats obtenus, tant sur le plan humanitaire que sur celui des performances dans la lutte contre la criminalité. A la finalité de la justice vindicative qui vise à punir doit se substituer une justice réhabilitante qui aspire à garantir efficacement la sécurité publique, mais associée à des actions préventives.

La Lettre de la Bibliothèque des rapports publics
N° 142 du 17 avril 2008
Quelles Missions pour l'hôpital ?
www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/

A l'occasion du dépôt du rapport Larcher, ce numéro, dans sa rubrique « Sélection de la quinzaine », liste de nombreux rapports sous le thème : « Quelles missions pour l'hôpital ? ». avec la présentation suivante (suivie des rapports que vous pouvez télécharger) : « *Comment concilier la continuité et la qualité des soins avec la logique d'optimisation des moyens de l'hôpital, dans un contexte de rationalisation des coûts de la santé ? Quelle est l'articulation dans le parcours de soins, entre l'hôpital et d'autres acteurs tels que la médecine de ville ? Qu'en est-il de l'enseignement et de la recherche au sein des hôpitaux ? Tarification à l'activité, création des agences régionales de santé, projet de création de « communautés hospitalières de territoire »*, retrouvez une sélection de rapports publiés depuis 2005, en lien avec ces sujets ».

● [Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher](#)

LARCHER Gérard *Présidence de la République ; Premier ministre ; Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative* (2008)

● [Contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier \(CREF\) par des hôpitaux « perdants » à la TAA](#) *Inspection générale des affaires sociales* (2008)

● [Rapport d'activité de la Commission nationale d'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique](#) *Direction générale de la santé* (2008)

● [La création des agences régionales de santé](#) RITTER Philippe *Ministère de la santé, de*

la jeunesse et des sports (2008)

●[Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH](#) BARTOLI Fabienne, BRAS Pierre-Louis *Inspection générale des affaires sociales (2007)*

●[Les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières : mission d'audit de modernisation](#) *Inspection générale des finances ; Inspection générale des affaires sociales (2007)*

●[Rapport d'information \(...\) sur la prise en charge des urgences médicales](#) COLOMBIER Georges *Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (2007)*

●[Mission "Démographie médicale hospitalière"](#) BERLAND Yvon *Ministère de la santé et des solidarités (2006)*

●[Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions](#) GIRAUD Francis *Premier ministre (2006)*

●[Rapport d'information \(...\) sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé](#) ROLLAND Jean-Marie *Assemblée nationale. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales (2006)*

●[Un programme pour la gériatrie : 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir](#) JEANDEL Claude, PFITZENMEYER Pierre, VIGOUROUX Philippe *Ministère de la santé et des solidarités ; Ministère de la sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille (2006)*

●[Les personnels des établissements publics de santé](#) *Cour des comptes (2006)*

●[L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France](#) VALLANCIEN Guy *Ministère de la santé et des solidarités (2006)*

●[Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé](#) ABALLEA Pierre, BRAS Pierre-Louis, SEYDOUX Stéphanie *Inspection générale des affaires sociales (2006)*

●[Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières](#) MERCEREAU François, BOUTEREAU-TICHET Sylvie, MAIGNE Gautier, GUILLAUME Henri, BERARD Marguerite, CLAVREUL Gilles, SARLAT Guillaume *Inspection générale des affaires sociales ; Inspection générale des finances (2005)*

●[L'hôpital public en France : bilan et perspectives](#) MOLINIE Eric *Conseil économique et social (2005)*

●[Aménagement du territoire et établissement de santé](#) PICARD Michel *Conseil économique et social (2005)*.

AGENDA

DIU de Psychiatrie criminelle et médico légale, Faculté de médecine d'Angers, Responsable d 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

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. Calendrier : 6 mai, 3 juin, 2 juillet. Tél. : 01 48 38 76 84 ; Email : lazarus@smbh.univ-paris13.fr.

La formation et la recherche en matière « stratégique » (Défense, sécurité, questions pénales et criminologiques), Débat public autour de la mission « Bauer » ? Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Centre d'histoire sociale du XX^e siècle, UMR CNRS 8058, mardi 10 juin, 9 h 30 – 13 h, Cité Saint-Martin, 4, rue de l' Arsenal, Paris IV^e, salle Van Gogh, métro Bastille.

Quel est le risque acceptable ?, 2^e Congrès international francophone sur la Psychiatrie et Violence organisé par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et le département de psychiatrie du CHUV de Lausanne, 11 et 12 septembre 2008, Lausanne, Appel à communications et renseignements : Dominique.Cousin@chuv.ch.

Meurtre d'enfant, enfant meurtrier : approches pluridisciplinaires, Colloque international, 27-29 novembre 2008, université Rennes 2. Renseignements : Eglantine Geslin : 02 99 14 19 63 – ICSHcolloqueME2008@univ-rennes2.fr. Appel à communications jusqu'au 15 mai 2008.

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.a pev.org

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et crimino-

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

ARTAAS : www.artaas.org/

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

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

Ban public : www.prison.eu.org

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

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

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

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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

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

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

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

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

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

Observatoire International des prisons : www.oip.org

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

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

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

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

ARTAAS : www.artaas.org/

Ban public : www.prison.eu.org

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

Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication

Michel DAVID

Psychiatre des Hôpitaux – Chef de service

Responsable du Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe

Médecin coordonnateur

Référent régional Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

Rédacteurs :

Sophia BOUDINE Psychologue

Franciane CONVERTY - Psychologue clinicienne

Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe

Référente régionale Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

Objet de Socapsyleg

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

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

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