

## LE SYMPTÔME CHÂTEAU-THIERRY

Ou le scandaleux sort fait aux personnes souffrant de troubles mentaux en prison

Michel DAVID

Le Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) vient de publier le rapport de sa seconde visite du Centre pénitentiaire de Château-Thierry dans l'Aisne effectuée en 2015<sup>1</sup>. La première visite avait eu lieu en 2009.

Pour mémoire, un bref rappel historique s'impose. La construction de l'établissement pénitentiaire a débuté en 1850 pour une mise en service en 1890. En 1950, la prison devient un centre d'observation spécialisé dans la prise en charge des détenus « psychopathes ». En 1986, elle devient une maison centrale sanitaire<sup>2</sup>. Avec la loi de 1994 attribuant l'organisation des soins en milieu pénitentiaire au service public hospitalier, la prison redevient un « centre pénitentiaire », mais le quartier maison centrale (QMC) de la prison continue à accueillir des « *personnes détenues souffrant de troubles du comportement rendant difficile leur intégration à un régime de détention classique* »<sup>3</sup> selon les termes de la circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues.

### « Avant la loi il y a les psychiatres »

Les troubles du comportement listés dans la circulaire sont les suivants :

- Peur ou refus de sortir d'un isolement de longue durée ;
- Manque d'hygiène grave, régression, état de prostration, retrait par rapport à la collectivité ;
- Ingestion fréquente de corps étrangers ;
- Automutilations habituelles ;
- Tentatives de suicides répétées ;
- Passages à l'acte auto ou hétéro agressifs fréquents ;
- Propos et conduites inadaptés.

Comme on le constate à la lecture de ces symptômes, ces personnes se portent à merveille sur le plan mental, elles ne souffrent d'aucune maladie mentale relevant de soins spécialisés autres qu'en prison. D'ailleurs pour être affectées à Château-Thierry, le psychiatre qui les suit doit attester qu'elles ne relèvent ni d'un SMPR, ni d'une hospitalisation d'office<sup>4</sup> ni d'une UHSA. Pourtant les rapporteurs notent que « *Les différents professionnels interrogés affirment que la situation n'a pas changé depuis (c'est-à-dire une inspection des services sanitaires en 2007) et pour beaucoup, si ces personnes étaient libérées, entre 80 et 90 % d'entre elles relèveraient de l'hôpital psychiatrique* ». C'est donc sans aucune honte que l'État

---

<sup>1</sup> CGLPL. <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-de-la-deuxi%C3%A8me-visite-du-centre-p%C3%A9nitentiaire-de-Ch%C3%A2teau-Thierry-Aisne.pdf>

<sup>2</sup> Ne dirait-on pas « hôpital-prison » en des termes contemporains ?

<sup>3</sup> Circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues. NOR : JUSK1240006C. [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir\\_34819.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34819.pdf)

<sup>4</sup> On remarque d'ailleurs qu'en février 2012 ; le ministère de la justice n'avait pas encore intégré que depuis le 5 juillet 2011 l'hospitalisation d'office n'existait plus, mais était remplacée par des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

français rédige un tel document officiel. Il est vrai qu'à Château-Thierry, la loi semble lointaine car le CGLPL a souvent entendu le constat : « *Ici avant la loi il y a les psychiatres* »...

## Les constats du CGLPL

**Je pourrais très bien m'en tenir à ces propos liminaires qui doivent permettre au lecteur de constater qu'il y a un dysfonctionnement majeur de nos organisations.** Alors doit-on s'étonner que le CGLPL signale des injections forcées, parfois prescrites sans que le psychiatre n'ait vu le patient, une absence de respect du secret médical, une chimiothérapie intensive (uniquement pour des troubles du comportement...), mais qui devrait être plutôt prescrite en milieu hospitalier, des traitements oraux pris sans consentement uniquement pour éviter des injections et d'autres situations de non-respect des bonnes pratiques médicales.

On relève aussi une remarque intéressante, malheureusement pas développée, détaillée et analysée par le CGLPL. Il s'agissait d'envisager des programmes de soins pour des patients hospitalisés à l'unité de soins intensifs (USIP). Si les patients refusent leurs injections de neuroleptiques à action prolongée à leur retour en prison, ils seront de nouveau hospitalisés et sont avertis de la « menace ». Rappelons qu'un programme de soins peut survenir après une hospitalisation sous contraintes, pour permettre un suivi ambulatoire, qui ne lève pas la mesure initiale de soins contraints, et qui peut permettre si l'état clinique le justifie (et non uniquement le non-respect du programme de soin) de diligenter une nouvelle hospitalisation. Il s'agit d'une contrainte indirecte et la mesure n'étant pas levée, les soins ne pouvant être imposés en prison (mais pour combien de temps ?), le programme de soins est illégal et contre-productif sur le plan thérapeutique en prison. Le psychiatre en fonction au temps de la visite du CGLPL soutient toujours cette position : « *En prison, il me semble qu'un programme de soins sous contrainte, comme ce qui existe à l'extérieur, fait défaut. Cela nous permettrait de contraindre une personne à prendre son traitement, en étant couvert par la loi, et sans extraction. Sinon, nous sommes dans un vide juridique. C'est vrai qu'il y a eu des patients qui ont eu des injections retard pour faciliter la compliance thérapeutique. Quand un patient refuse son traitement, malgré nos incitations, on le fait hospitaliser, parfois de façon programmée, ne serait-ce que le temps de l'injection, pour éviter les risques de décompensation ou de souffrances psychiques liés à la non-observance.* »<sup>5</sup> Les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire sont farouchement opposés aux programmes de soin en milieu pénitentiaire<sup>6</sup>. Pour améliorer la compliance aux soins, les propositions les plus étranges ne manquent d'ailleurs pas. Aux Pays-Bas, on offre 30 € aux patients souffrants de schizophrénies pour accepter les injections mensuelles de neuroleptiques retard. C'est ce qu'on appelle un consentement totalement libre !<sup>7</sup>

D'où la conclusion du CGLPL : « *D'une façon générale, l'exercice de la psychiatrie au CP de Château-Thierry est apparu plus coercitif que soignant et contraire à la déontologie médicale* ».

---

<sup>5</sup> Le quotidien du médecin. Coline Garré. 07/09/2017.

[https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/09/07/un-psychiatre-repond-au-controleur-general-des-lieux-de-privation-de-liberte\\_850013#](https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/09/07/un-psychiatre-repond-au-controleur-general-des-lieux-de-privation-de-liberte_850013#)

<sup>6</sup> Sans compter sur le fait que les programmes de soin en milieu ouvert ne sont pas sans poser de problèmes et qu'une réflexion sérieuse sur ce dispositif bancal devrait faire l'objet d'une réflexion approfondie.

<sup>7</sup> Payer les patients pour qu'ils prennent leur traitement ? Pierre Bienvault. 12/09/2017. La Croix. <http://www.la-croix.com/Journal/Payer-patients-quils-prennent-leur-traitement-2017-09-12-1100876049>

Pour moduler ce constat, mais doit-on le moduler, je peux témoigner, lorsque j'ai exercé à temps plein dans un SMPR, de quelle obstination je devais faire preuve pour ne pas résister à la pression pénitentiaire quand je refusais de pratiquer une injection forcée en l'absence d'indication psychiatrique et que mes objections quant à la nécessité de recueillir un consentement n'étaient que la marque de mon incompétence laxiste et de l'inutilité du respect du droit pour des « méchants ».

Répondant à ce rapport et aux 8 recommandations du CGLPL (Tableau 1), la ministre de la Santé ne trouve comme solutions que des aménagements (Tableau 2), mais non une réflexion de fond qui pourtant s'impose et qui n'est malheureusement plus alimentée par des intellectuels de la trempe de Michel Foucault.

### **C. L'unité sanitaire**

18. Les effectifs du personnel hospitalier doivent être en conformité avec le protocole et un kinésithérapeute doit être recruté (cf. § 9.1.2).
19. Les urgences dentaires doivent être traitées sans délai à l'hôpital (cf. § 9.1.3).
20. Un protocole doit prévoir qu'en cas d'urgence, les médecins du centre 15 aient accès aux dossiers des patients (cf. § 9.1.3).
21. Le mode de distribution des médicaments doit être adapté à l'état clinique du patient. Les modalités d'administration de la buprénorphine doivent être conformes au résumé des caractéristiques du produit (cf. § 9.1.4).
22. L'administration d'un traitement est un acte soignant ; il ne doit pas se faire sous le regard des agents de l'administration pénitentiaire (cf. § 9.1.4).
23. Les soins prodigués aux urgences de l'hôpital doivent se faire dans des conditions respectant la dignité des patients et la confidentialité des échanges (cf. § 9.2.1).
24. La pratique de la psychiatrie doit s'inscrire dans un véritable projet de service, et un terme doit être mis à la confusion régnant entre les missions de surveillance et de soins qui nuit aux droits des personnes détenues (cf. § 9.2.3).
25. Les personnes accueillies au centre pénitentiaire de Château-Thierry ne doivent pas relever d'une prise en charge en établissement hospitalier ou d'une suspension de peine pour raison psychiatrique, conformément à la circulaire du 21 février 2012 relative à l'orientation en établissement pénitentiaire des personnes détenues et à l'article D398 du code de procédure pénale (cf. § 9.2.4).
26. Il doit être mis fin immédiatement à la pratique illégale des soins forcés en détention (cf. § 9.2.5).

*Tableau 1. Les 9 recommandations sanitaires du CGLPL*

- rétablir un cadre serein de fonctionnement et d'exercice professionnel pour les psychiatres, les soignants, les personnels pénitentiaire afin d'éviter la confusion entre les missions de surveillance et de soins,
- concilier l'impératif du soin psychiatrique chez des malades mentaux chroniques lourds et le respect du libre consentement,
- respecter la réglementation en cours notamment le code de déontologie médicale en particulier dans le cadre des soins sous contrainte,
- revaloriser la vocation spécifique et reconnue de l'établissement.

*Tableau 2. Plan d'action du ministère de la Santé*

### Qui est responsable ?

Encore un peu d'histoire. Le psychiatre Paul Hivert, un des pionniers de la psychiatrie en milieu pénitentiaire rappelait dans les années 80<sup>8</sup> que les psychiatres hospitaliers étaient défavorables aux interventions psychiatriques en prison. Ils craignaient un détournement des moyens du secteur et une déviation de la politique de secteur, sans oublier qu'il leur apparaissait que la prison étant une institution répressive était à l'origine des troubles mentaux et qu'en conséquence elle devait s'en occuper elle-même. Point de vue qui a été lourd de conséquences. D'abord, même si la prison n'est pas un lieu propice à un épanouissement psychique, il était quelque peu « malhonnête » de considérer que les personnes qui pouvaient y souffrir de troubles mentaux ne le devaient qu'à la prison. Ensuite, ce refus de s'impliquer a été vraiment à l'origine d'un détournement des moyens du secteur de psychiatrie générale, mais pas dans le sens de celui qui était redouté. En légalisant le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP) en 1986, les moyens qui auraient pu être attribués au secteur de psychiatrie générale l'ont été au SPMP, alors que finalement il n'y a que 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) pour environ 175 unités sanitaires dont la couverture psychiatrique est assurée par le secteur de psychiatrie générale, mais avec des moyens limités et un intérêt tout aussi limité pour y intervenir. La notion de secteur a d'ailleurs pratiquement complètement disparu. La loi HPST l'avait omis. La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 évoque une vague mission de psychiatrie de secteur, mais préfère la création de concepts aux signifiants intéressants : la soumission aux sirènes « boursières » (Groupements Hospitaliers de Territoire/GHT/'ai acheté) ou la névrose d'échec (Communautés Psychiatriques de Territoire/CPT/c'est pété) et la notion grandiose de territoire, équivalent sanitaire, mais nettement moins gouleyant, des IGP (Indication Géographique Protégée).

**Feu le secteur de psychiatrie** qui a été créé pour répondre à la concentration asilaire, et notamment les drames de la Seconde Guerre mondiale<sup>9</sup>, a accepté, soutenu et participé à la création d'un troisième secteur de psychiatrie, mais dans d'autres murs concentrationnaires. Le mouvement de rejet des personnes détenues souffrant de troubles mentaux s'est poursuivi quand il fallait les hospitaliser en psychiatrie, en privilégiant isolement, contention et séjours très courts peu ou non thérapeutiques, d'où la finalisation d'une filière ségrégative avec la création des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)<sup>10</sup>. Tous les psychiatres qui exercent en prison quel que soit le niveau de soin, pour recourir au vocabulaire technocratique actuel (c'est-à-dire les trois niveaux de soin de la consultation « ambulatoire » à l'hospitalisation en UHSA en passant par l'atypique

<sup>8</sup> Hivert P. Les C.M.P.R. Aspects historiques. L'Information psychiatrique, 59, n° 2, 1983, 155-159 cité in David M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Coll. Nodules, PUF, 1993, p.19.

<sup>9</sup> On estime à environ 45 000 personnes mortes de faim dans les asiles psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale : [http://www.lexpress.fr/culture/livre/l-hecatombe-des-fous-la-famine-dans-les-hopitaux-psychiatriques-francais-sous-l-occupation\\_812050.html](http://www.lexpress.fr/culture/livre/l-hecatombe-des-fous-la-famine-dans-les-hopitaux-psychiatriques-francais-sous-l-occupation_812050.html)

<sup>10</sup> Sept ans après, où en sont les UHSA. Sandra Mignot. L'Infirmière Magazine, N° 385, septembre 2017.

hospitalisation de jour des SMPR) consentent à exercer dans cette filière carcérale, avec le soutien satisfait et soulagé des psychiatres de secteur de psychiatrie générale.

**L'expertise psychiatrique** joue aussi un rôle, soit par minoration des troubles mentaux, soit par son absence, ce qui est le plus fréquent en matière correctionnelle. L'état critique de l'expertise psychiatrique pénale est bien connu, tandis que les moyens pour y remédier, si tant est qu'ils existent, sont bien difficiles à mettre en place ou à inventer.

La **Justice** a un rôle évidemment important. Telle cette situation récemment rapportée à l'ASPMP. Une demande de suspension de peine pour raison psychiatrique bien argumentée par les psychiatres en milieu pénitentiaire, l'expert, les psychiatres hospitaliers (qui acceptent une prise en charge), et le juge d'application des peines très favorable, mais le procureur s'y oppose pour des motifs d'ordre public non suffisamment argumentés.

Et la prison est tellement bien pourvue en psychiatres que leurs consultations sont encombrées par des demandes factices de consultation pour obtenir des réductions supplémentaires de peines. Ce sujet mérite évidemment à lui seul un long développement sur lequel j'espère revenir prochainement et qui devrait, il faut le souhaiter, être traité lors de l'audition publique sur les auteurs d'infraction sexuelle qui doit se tenir en juin 2018.

**La responsabilité politique** est particulièrement importante. Les projets ne semblent se concentrer que sur l'augmentation de l'incarcération et la construction de prisons. On ne doit la dernière manifestation de dernier courage politique qu'à Christiane Taubira, mais qui a trouvé bien des oppositions dans son propre camp. La contrainte pénale, la libération sous contrainte, la réduction du quantum de la peine en cas d'altération du discernement et la précision que la suspension de peine ou de détention provisoire pouvait aussi être diligentée pour les troubles mentaux sont à mettre à son crédit, malgré le frein mis par le ministère de l'Intérieur de l'époque qui avait même minoré l'importance de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive qu'elle avait lancée très rapidement en arguant que son « *projet de loi reposait sur un socle de légitimité fragile, la conférence de consensus* »<sup>11</sup>. Et comme le rappelait Adeline Hazan en août sur France inter<sup>12</sup>, il faudrait beaucoup de courage politique pour éclairer l'opinion publique quant aux bienfaits des alternatives à l'incarcération. Mais on n'est pas encore sorti du débat affligeant entre les laxistes irresponsables de gauche et les sérieux responsables de droite<sup>13</sup>.

**L'opinion publique** évidemment. Il est en effet aisé de dire que les psychiatres, la justice seraient les seuls responsables. Car il y a des arguments pour expliquer ces résistances. Sans pouvoir les exposer dans le détail, il s'agit de les résumer par la préoccupation sécuritaire, le réflexe parapluie, le refus de prendre des risques (dont thérapeutiques), les manques de moyens. On en voit un exemple actuel avec la question du retrait des militaires dans l'opération sentinelle, l'État d'urgence, etc. Et s'il se passe un attentat et que des moyens ont été retirés... Dans son deuxième rapport thématique consacré aux personnels des lieux de privation de liberté<sup>14</sup>, le CGLPL fait état des responsabilités excessives des professionnels, de la crainte de prendre des risques, de la sécurité au détriment du soin et des injonctions contradictoires et doubles contraintes qui paralysent l'action des professionnels<sup>15</sup>.

---

De celui <sup>11</sup> Lettre de Manuel Valls à François Hollande du 25 juillet 2013 : [http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/13/la-lettre-de-valls-a-hollande-qui-torpille-la-reforme-taubira\\_3460787\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/08/13/la-lettre-de-valls-a-hollande-qui-torpille-la-reforme-taubira_3460787_3224.html)

<sup>12</sup> <https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-8h20/l-invite-de-8h20-17-aout-2017>

<sup>13</sup> En attendant de voir où se situent ceux « d'En marche ».

<sup>14</sup> CGLPL. Le personnel des lieux de privation de liberté. Dalloz. 2017. [http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-th%C3%A9matique-personnel\\_web.pdf](http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-th%C3%A9matique-personnel_web.pdf)

<sup>15</sup> On pourrait faire les mêmes remarques quant à l'isolement et la contention.

Le CGLPL fait un constat proche : « *La présence au sein de l'établissement, de malades mentaux relevant d'une prise en charge en service de psychiatrie, n'est pas conforme à la vocation du centre pénitentiaire de Château-Thierry*<sup>16</sup> ; elle doit interroger les insuffisances des dispositifs nationaux de soins psychiatriques destinés aux personnes détenues ainsi que les carences de la justice pénale » (recommandation II-1).

### Que faire ?

Adeline Hazan considère que quand on présente une pathologie aussi grave que la schizophrénie, on ne doit pas être en prison. Dans le film de Régis Sauder de 2012 « *Être là* » tourné au SMPR de Marseille, les soignants se demandent s'ils doivent être-là (dans la prison), mais quand on regarde le film, la première question que l'on doit se poser en constatant la gravité de l'atteinte de l'état psychique des personnes détenues est : doivent-ils être là ?

Difficile de proposer des solutions, ne serait-ce que sur le plan économique, puisqu'une journée de prison coûte environ 5 fois moins qu'une journée d'hôpital psychiatrique (100 € vs 500 €). Par exemple, quels moyens humains, architecturaux faudrait-il prévoir pour accueillir ces personnes délinquantes ou présumées délinquantes dans les hôpitaux psychiatriques ou ailleurs selon les accompagnements nécessaires.

La psychiatrie hospitalière a été rejetante par rapport aux personnes détenues pour des raisons plus ou moins bonnes. La crainte de l'évasion est réelle et sa kyrielle de reproches administratifs dont préfectoraux ; la réticence à faire côtoyer dans un même service des patients délinquants ou non est aussi une réelle difficulté non négligeable. La dangerosité présumée systématique des détenus est souvent exagérée, mais difficile de combattre des fantasmes. Et ce n'est pas le contexte actuel de « *psychiatriebashing* », en focalisant sur l'isolement et la contention, en assimilant les soins dans les hôpitaux à de la torture ou des actes inhumains ou dégradants que l'on peut s'attendre à des jours meilleurs<sup>17</sup>.

Le symptôme Château-Thierry révèle toutes les contradictions de notre société : déni grave face à des troubles psychiatriques sévères, nécessitant parfois des moyens qui ne sont pas systématiquement de **dernier recours** en milieu hospitalier tandis qu'on accepte des « soins » dans des lieux inadaptés en **premier recours** (il n'y a pas que les propos et les conduites des personnes détenues qui sont inadaptés...).

Soigner en prison est une vraie question éthique et impose une vigilance plus importante qu'à l'hôpital pour que les principes et les valeurs du soin ne soient pas bafoués. Adeline Hazan le rappelle d'ailleurs dans son récent livre thématique : « *L'exercice de la fonction soignante en milieu clos place les professionnels de santé dans une situation particulière de complexité, tant en ce qui concerne la gestion des actes nécessaires à leur pratique qu'en ce qui concerne leurs relations avec les autres professionnels* » (p. 10). Un journaliste me demandait récemment, face à la pénurie de personnels soignants dans certaines régions de France, s'il fallait augmenter le nombre de soignants. Adhérer à cette proposition accrédièterait le fait qu'on peut incarcérer des personnes malades. C'est le sens de la réponse de la ministre de la Santé au rapport du CGLPL sur Château-Thierry : « *Revaloriser la fonction spécifique et reconnue de l'établissement* ».

Pour proposer des changements, il est utile aussi de connaître l'état des lieux et notamment l'état mental de la population pénale. La dernière grande enquête épidémiologique, celle de B. Falissard

<sup>16</sup> Bien que l'on puisse se demander quelle est la « vocation » du CP au vu de la circulaire du 21 février 2012.

<sup>17</sup> David M. La psychiatrie sous contraintes. *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 (7) : 535-42 doi : 10,168 4/ipe.2017.1667

et F. Rouillon remonte à 2004. Réactualiser ces données est un des objectifs du comité stratégie santé des personnes sous main de justice. Il s'agit d'un travail d'ampleur consistant non seulement à connaître l'état de santé à l'incarcération, mais aussi à la libération. Il serait également utile de procéder à un **recensement plus ciblé**, comme celui de repérer dans les centres de détention et les maisons centrales le nombre de personnes condamnées qui présentent de graves troubles psychiques et qui sont largement connus à la fois par l'Administration pénitentiaire (comme ceux transférés à Château-Thierry) et par le personnel soignant, auquel il faudrait ajouter le nombre de suspensions de peine pour trouble mental, à la fois demandé et réalisé (et éventuellement pour les personnes prévenues, le même dénombrement pour les suspensions de détention provisoire). Ce travail serait couplé avec les éventuels constats experts avant ou en début d'incarcération<sup>18</sup>. Ce travail plus modeste aurait le mérite de s'intéresser aux situations psychopathologiques les plus lourdes.

Est-ce le projet d'une société démocratique d'incarcérer des malades mentaux en prison en premier recours ? Certes, la prison française est républicaine comme l'écrit Robert Badinter<sup>19</sup> ; certes les personnes incarcérées le sont dans le cadre de lois démocratiques et non dans un but d'élimination pour des raisons politiques, religieuses, etc., mais elle reste un lieu de concentration difficile avec une surpopulation, une oisiveté, une violence peu aidante si on opte pour des objectifs de réinsertion ou d'insertion et des surveillants dont la fonction n'est pas d'accompagner des personnes malades et que se trouvent ainsi fortement en difficulté.

Et plutôt que d'envisager de donner les moyens corrects à la psychiatrie d'exercer son cœur de métier, le gouvernement ne trouve rien de mieux que de vouloir recruter les psychiatres dans la chasse aux djihadistes<sup>20</sup> tout en les déconsidérant dans leur action dans d'autres domaines, comme l'autisme qui reste considéré pourtant dans les classifications scientifiques internationales des maladies (DSM, CIM) comme un trouble mental ou bien en n'aidant pas la pédopsychiatrie dans son rôle de prévention et qui a beaucoup à dire sur les contextes familiaux et sociaux critiques qui peuvent contribuer à construire des jeunes révoltés<sup>21</sup>.

Il reviendra au comité de pilotage de la psychiatrie et au comité national de suivi de la stratégie santé des personnes placées sous main de justice de faire des propositions pour contribuer pour sa petite part à une réflexion d'envergure qui doit dépasser largement le domaine de la santé.

---

<sup>18</sup> Comme l'a fait le CGLPL à Château-Thierry. Cf. rapport 79-80.

<sup>19</sup> Badinter R. La prison républicaine. Fayard, 1992.

<sup>20</sup> Sujet sur lequel il faudra revenir de manière plus détaillée et argumentée

<sup>21</sup> Écouter notamment Gisèle Apter, présidente de la Société de l'Information Psychiatrique et vice-présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux jeudi 17 août sur Europe 1 : <http://www.europe1.fr/societe/incident-de-la-tour-eiffel-drame-de-sept-sortis-tout-acte-commis-en-france-ne-lest-pas-par-des-personnes-malades-3413021>