Kamo de Socapsyleg

La Société Caraïbéenne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

socapsyleg@orange.fr

Année 2012 **N° 1-2012**

Année 7, numéro 1

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

Adrien **DUPORT**, Discours sur la peine de mort, Assemblée nationale, 31 mai 1791.

SOMMAIRE

1. Sommaire 1
2. Éditorial. De l'autorité et de son abus 2
3. Loi de programmation relative à l'exécution des peines 4
4. Audition ASPMP et APSEP sur le projet de loi de programmation de l'exécution des peines 6
5. Communiqué ASPMP et APSEP sur le projet de loi de programmation de l'exécution des peines 15
6. Communiqué ASPMP « 10 mesures » 18
7. Du co-détenu de soutien 20
8. Rapport d'information sur le suivi des AICS 24
9. Evolution actuelle du fonctionnement des hôpitaux publics. Académie de Médecine 28
10. Sur les méthodes actuarielles 30
11. Bureau de l'ASPMP 32
12. Offre d'emploi au Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) de Lausanne 33
13. Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie Criminelle 35
14. Notes de lecture et documentation 41
15. Agenda 43
16. Groupe multiprofessionnel des prisons 44
17. Sites internet et lettres d'information 47
18. Pub ! 48
19. Où trouver les anciens numéros de Kamo ? 55

EDITORIAL
De l'autorité et de son abus

Et revoilà Kamo !

Il n'aurait pas été concevable que la traversée de l'Atlantique et l'atterrissage sur les terres du débarquement se soit soldés par un embourbement silencieux dans les marais du Cotentin. Sur cette terre aux paysages remarquables si contrastés qui a vu tant de combats, de destruction, d'actes de résistance, pour reconquérir une liberté captée par un dictateur démonique, Socapsyleg avec Kamo se devait de poursuivre son petit travail d'analyse résistante (qui demande toutefois moins de courage), stimulée en outre par un climat moins émollient que celui des tropiques….

D'autant plus que depuis le dernier numéro, fin 2011, l'histoire nationale a connu bien des événements. L'ère Sarkozy a connu ses derniers soubresauts avec une ultime loi sécuritaire, la loi de programmation de l'exécution des peines (pas très poétique comme titre) dont vous trouverez dans ce numéro une courte analyse ainsi que l'engagement d'associations pour tenter d'en soustraire les aspects les plus rébarbatifs.

Donc, le changement serait maintenant. Parfois, on pourrait en douter comme a pu le faire craindre la poursuite de la mise au pinacle des méthodes actuarielles par une éphémère ministre déléguée à la Justice. Si on change d'ère, pourrons-nous quitter la phase d'autoritarisme que nous avons connu pour rechercher la concertation et une réelle démocratie participative dans le domaine sanitaire ? Allons-nous pouvoir sinon oublier le glacial discours d'Antony du précédent président de la République, au moins en mettre les principales dispositions sur le compte de politiques en mal de protestations viriles, pour reprendre une expression un peu désuète d'un certain A. Adler. Gardons toutefois de ce discours l'aspect comique du président s'emmêlant dans les non et les oui, annulant ainsi en direct le sens du message qu'il voulait transmettre. Le roi fut alors vraiment nu (« *Le pouvoir de dire non, en fait n'existe p…. existe et le pouvoir de dire oui, non, parce que chaque pouvoir….équilibre l'autre dans un mouvement de paralysie quasi générale* » http://www.dailymotion.com/video/xefke5_discours-siderant-de-sarkozy-a-anto_webcam).

Mais il a fait pour autant beaucoup de mal.

Les pleins pouvoirs accordés aux directeurs d'hôpitaux ont fait et font encore l'objet de nombreux contentieux. Les médecins ont perdu leur indépendance professionnelle. Les chefs de service nommés par le ministère ont disparu. Il ne subsiste plus que des chefs de pôle, homme ou femme de paille, nommés et dénommés par les directeurs comme bon leur semble. Les contrats de pôle - outils juridiques léonins - ne sont, quand ils existent, que des apparences de contractualisation. Le pouvoir des directeurs, autres rois nus, est limité au bon équilibre des budgets, à s'efforcer de réduire ou d'éviter les déficits. Leur pouvoir se cantonne sur la mobilité des pions hospitaliers en les annotant selon leur bon vouloir. Les CME ne servent qu'à faire perdre du temps aux médecins qui les fréquentent de moins en moins. Leur avis est demandé pour satisfaire aux convenances. Les directoires n'ont d'utilité qu'à annoncer par leur appellation leur transformation vers le consulat, puis l'Empire (L'an pire…). Un communiqué de l'Académie de médecine reproduit dans ce numéro exprime bien la perte de repères que les réformes hôpital 2007 puis loi HPST ont créé, aussi bien pour les professionnels du soin que pour les usagers.

Pâtir du pouvoir arbitraire directorial est bien ce qui m'est arrivé (et à bien d'autres que je ne nommerai pas ici mais à qui vont toutes mes pensées et que je sais se débattre face à l'adversité sans avoir les mêmes facilités que je moi pour se soustraire à l'intolérable).

Un mal pour un bien finalement : cette mutation forcée m'aura permis d'exercer dans le dispositif de soins psychiatriques (DSP) d'une petite maison d'arrêt (Coutances dans la Manche) et de voir les problèmes rencontrés par des modestes unités soignantes dans les prisons. L'expérience professionnelle initiale dans un grand centre pénitentiaire (Fresnes) en bénéficiant du savoir d'un regretté chef de service pionnier et disponible (Le Dr Jaques Laurans) complétée ensuite par celle d'un SMPR « ultrapériphérique » (Guadeloupe) puis enfin celle d'un DSP devrait m'aider à assumer au mieux l'animation de l'ASPMP (cf. nouveau bureau de l'ASPMP) tout en bénéficiant encore des conseils du Dr Catherine Paulet, précédente présidente exigeante de l'ASPMP devenue, à la grande satisfaction de tous, présidente d'honneur.

Alors le changement sera-t-il maintenant ?
La communauté hospitalière va-t-elle se remobiliser en demandant un sain équilibre des pouvoirs, sans pour autant retomber à l'époque heureusement révolue du mandarinat médical, autre forme d'abus de pouvoir ?

Le prochain numéro de Kamo pourrait être un « Spécial CPU » (commissions pluridisciplinaires uniques). Des contributions sur ce sujet seraient les bienvenues pour alimenter contradictoirement le débat.

Michel **DAVID**
Chef de service du SMPR de Baie-Mahault (Guadeloupe) de 2002 à 2011

PS. Cet éditorial est dédié à toutes celles et tous ceux de l'équipe du SMPR de Baie-Mahault qui ont eu un réel engagement dans les soins aux personnes détenues et ont participé au développement de ce service en s'engageant dans des projets novateurs. Sans elles et eux, n'auraient pas été possibles notamment le quotidien du travail auprès des patients, l'animation de groupes thérapeutiques comme des projets plus ambitieux : ouverture d'une consultation extrapénitentiaire pour faire le relais entre la prison et l'extérieur, dépôts de programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), lauréat de la bourse Zoummeroff pour la réinsertion des personnes détenues, participation aux premières journées de recherche clinique du CHU de Pointe-à-Pitre, projets MILDT, information sur le suivi socio-judiciaire ou tentative désespérée et ultime d'ouvrir un CRIAVS, communications et enfin Socapsyleg et son Kamo.
Je n'oublie pas non plus le SPIP et ses anciennes directrices avec qui des projets communs ont pu être menés ou auraient pu aboutir ni celles et ceux parmi la direction du centre pénitentiaire qui ont su respecter les missions soignantes du SMPR ainsi que les surveillants, notamment celui affecté au SMPR en charge des mouvements au sein du service et de la sécurité de l'équipe.
Mes remerciements ne vont pas à tous ceux qui ont contribué à la désorganisation et au démantèlement du service.

Loi de programmation relative à l'exécution des peines
N°2012-409 du 27 mars 2012
Michel DAVID

La dernière loi sécuritaire du précédent quinquennat est donc née le 27 mars 2012. Les associations professionnelles, comme l'ASPMP, l'APSEP, l'ARTAAS, ont été auditionnées parfois ensemble parfois séparément mais leurs argumentations, entendues ou non, ont eu la cohérence que ne peuvent qu'avoir des professionnels qui cumulent connaissance de terrain et scientifiques.

La navette parlementaire a vu un Sénat à majorité de gauche proposer un tout autre projet que celui des députés à majorité de droite mais le dernier mot est logiquement venu à l'Assemblée nationale de droite qui n'a même pas tenu compte d'une proposition du Sénat de gauche qui a repris une ancienne proposition du Sénat de droite (sur la diminution du quantum de peine pour les responsables d'infractions ayant un discernement altéré) mais qui a été rejetée par sa propre majorité. Si les professionnels ont de la cohérence, les politiques répondent à une autre logique, inquiétante car incohérente. Et rien nous dit que la même incohérence ne se répète pas à l'avenir mais en inversant les acteurs dans l'incohérence. En effet, il faudra bien que la diminution du quantum de peine pour les personnes ayant un discernement altéré soit bien prise un jour mais qui nous dit que cette proposition, qui a donc fait l'objet d'un accord de la gauche ne soit pas de nouveau éviter afin de ne pas passer pour de doux angéliques.

Il faut d'ailleurs mettre au crédit de l'ASPMP lors de son audition auprès du Sénat d'avoir incidemment évoqué le problème de l'altération du discernement, en opposant le paradoxe de l'importance accordée à la délivrance d'attestations tous les trois mois, alors qu'on laisse dans les établissements pénitentiaires des personnes très perturbées psychiquement). Il faut aussi mettre au crédit des associations suscitées d'avoir insisté sur l'incongruité déontologique, légale et thérapeutique d'obliger les soignants à transmettre directement au juge d'application des peines des attestations de suivi sans que ce ne soit le patient qui les transmette. Malheureusement, il n'a pas été possible de faire entendre aux députés que la délivrance d'attestations de suivi tous les trois mois est aussi absurde qu'inutile.

Vous trouverez dans l'article suivant l'argumentaire remis aux parlementaires cosigné par l'ASPMP et l'APSEP mais il faut retenir de cette loi, concernant directement notre domaine les points suivants :

1. La transmission d'information au médecin ou au psychologue par le juge d'instruction ou le juge d'application des peines relatives à la personne condamnée est systématisée qu'elle soit en milieu ouvert ou fermé. Il peut s'agir des documents suivants :
    a. l'ordonnance de placement sous contrôle judiciaire,
    b. les rapports d'expertises,
    c. la décision ayant ordonné une injonction de soins,
    d. le réquisitoire définitif de renvoi devant la juridiction de jugement

2. En milieu pénitentiaire, le médecin traitant de la personne condamnée lui délivre une fois par trimestre des attestations indiquant que le patient suit de façon ou non régulière le traitement proposé par le JAP.
   Cette disposition est très critiquable pour de multiples raisons qui demandent de longs développement pour exposer ce que représente un traitement notamment

psychothérapeutique, qui peut parfois avec l'accord du patient et du thérapeute, connaître des pauses. Ces pauses seront-elles considérées comme un traitement irrégulier. Face à l'incompréhension des politiques par rapport à un traitement psychothérapeutique, il suffit d'apporter le minimum de subtilité dont les psys sont parfois capables. Régulier peut s'entendre deux manières : une régularité dans la dispensation du traitement : tous les jours, deux à trois fois par semaine, une fois par semaine etc. Cette acception n'est pas la première dans le petit Robert (mais la 5ème sur 6 dans l'édition dont je dispose), tandis que la première acception est « *qui est conforme aux règles, ne fait pas exception à la norme* ». Donc, si nous convenons le patient et moi d'une modalité de suivi du patient quitte à le revoir dans 6 mois, j'attesterai qu'il suit son traitement de façon régulière puisqu'il s'agit de la règle et de la norme contractuellement consentie. **Le présent écrit attestera de ma pratique et d'une règle que Socapsyleg en tant que société savante recommande.** A voir comment les autres associations pourront se positionner.
Un autre point critiquable de cette disposition est la formulation : le traitement proposé par le JAP. Seul un soignant peut proposer un traitement sinon ne serait-ce pas un exercice illégal de la médecine ? D'autant plus qu'un traitement est souvent imposé plus que proposé par le magistrat, notamment dans le suivi socio-judiciaire encouru sans qu'une expertise psychiatrique préalable en ait posé l'indication médicale.

3. Face à la pénurie d'experts psychiatres et sous la belle excuse habilement non discutable, certaines expertises qui devaient être faites par deux psychiatres pourront être réalisées par un psychiatre et un psychologue (art. 730-2 CPP)

4. Toujours pour lutter contre le manque d'experts, des internes en psychiatrie pourront signer un contrat d'engagement à réaliser des expertises ou des missions de médecins coordonnateur en contrepartie d'une allocation mensuelle. Cette disposition a été très critiquée par tous les professionnels car, quelle que soit la formation complémentaire reçue, ces missions demandent un temps d'exercice professionnel avant de pouvoir réaliser ces tâches très spécialisées.

5. L'obligation imposée par la loi HPST de pratiquer les expertises psychiatriques en-dehors du temps de travail et avec l'accord du directeur de l'hôpital pour les praticiens hospitaliers serait abolie (article L 6152-4 du CSP)

6. Une augmentation de la rémunération des médecins coordonnateurs de 700 à 900 € annuels par personne condamnée suivie. Cette agréable mesure oublie de considérer les médecins coordonnateurs à se faire payer. A l'heure de la rédaction de ces lignes, j'ai eu connaissance qu'au moins deux régions ne paient pas les médecins coordonnateurs pour diverses raisons. Votre serviteur peut témoigner des difficultés rencontrées pour obtenir le légitime paiement en Guadeloupe.

7. Développer le suivi pédopsychiatrique dans les centres éducatifs fermés par la création de 37.5 ETP de pédopsychiatre. Déjà que la pénurie de pédopsychiatres est importante dans les services de pédopsychiatrie, alors…. Etonnant que la loi n'est pas précisé qu'il faudrait que ces pédopsychiatres ne soient pas de formation psychanalytique, au cas où il leur viendrait à l'esprit de faire des packs. C'est étonnant, ils ne pensent pas à tout ces législateurs. Parfois, ils ont d'étranges oublis !

AUDITION PAR LES PARLEMENTAIRES
DE l'ASPMP ET DE L'APSEP
Projet de loi de programmation relative à l'exécution des peines

ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE
A.S.P.M.P.

Et

ASSOCIATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE EXERCANT EN PRISON
A.P.S.E.P.

COMPLEMENTS AUX NOTES
SUR LE PROJET DE LOI DE PROGRAMMATION
RELATIF A L'EXECUTION DES PEINES

Suite aux auditions de l'ASPMP et de l'APSEP :

1. A **l'Assemblée nationale**, le mercredi 14 décembre 2011, par monsieur le député Jean-Paul **GARRAUD**, rapporteur de la commission des Lois de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines

2. Au **Sénat**, le vendredi 13 janvier 2012, par madame la sénatrice Nicole **BORVO COHEN-SEAT,** rapporteure de la commission des lois du Sénat sur le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines.

Membres de l'ASPMP auditionnés

Dr Michel DAVID
Psychiatre des Hôpitaux
Vice-président de l'ASPMP
Ancien Chef du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de Baie-Mahault, Guadeloupe

Dr Cyrille CANETTI
Psychiatre des Hôpitaux
Secrétaire de l'ASPMP
Chef du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire de la Santé, Paris

Dr Walter ALBARDIER
Psychiatre des Hôpitaux
Adhérent ASPMP
Responsable du Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violence sexuelles (CRIAVS) Midi-Pyrénées

Membre de l'APSEP auditionné

Dr Virginie **BRULET**
Vice-Présidente de l'ASPEP
Praticien Hospitalier, Nantes

SOMMAIRE

PREAMBULE

A – L'APSMP insiste sur l'essence de la mission soignante des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et les conditions nécessaires à son exercice

B – L'ASPMP apporte les remarques suivantes relativement à l'article 5 du projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines

C – L'ASPMP apporte les réflexions suivantes sur les articles 6 et 7

D - L'ASPMP apporte les réflexions suivantes sur l'amendement CL 162 relatif à l'article 1

D - Conclusion

PREAMBULE

L'**A**ssociation des **S**ecteurs de **P**sychiatrie en **M**ilieu **P**énitentiaire (ASPMP) a été auditionnée à l'**Assemblée nationale** et au **Sénat** dans le cadre du projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines.

Lors des deux auditions, l'ASPMP a demandé le retrait de l'article 5 dont les dispositions risquent de compromettre gravement le déroulement des soins en milieu pénitentiaire.
A l'issue de l'audition à l'Assemblée nationale, le retrait d'une disposition importante de l'article 5 a été heureusement constaté : la transmission directe des attestations de suivi par le médecin au juge d'application des peines sans que le patient en soit l'acteur.

Malheureusement, les députés ont retenu la disposition suivante : « *Le médecin traitant du condamné délivre à ce dernier, **au moins une fois par trimestre**, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines. Le condamné remet ces attestations au juge de l'application des peines, afin qu'il puisse se prononcer, en application des articles 721, 721-1 et 729 du présent code, sur le retrait des réductions de peine, l'octroi de réductions de peine supplémentaires ou l'octroi d'une libération conditionnelle* ».

La discussion de ce point, développée au §B, ne manquera pas de perturber le bon déroulement des soins, et entrainera une régression inévitable de la qualité des soins en milieu carcéral avec toutes les conséquences que cela peut entraîner.

A – L'APSMP insiste sur l'essence de la mission soignante des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et les conditions nécessaires à son exercice

Mission : prodiguer des soins pour améliorer un état pathologique dans l'intérêt du patient conformément aux lois et règlementations nationales ou européennes.

Pour la France, l'article 1 de la loi HPST : « *Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes* » (art. L. 6111-1 csp).

Pour l'Europe : « *Le rôle du médecin exerçant en milieu pénitentiaire consiste d'abord à dispenser des soins médicaux et des conseils appropriés à toutes les personnes détenues dont il est cliniquement responsabl*e » ((Recommandation n° R(98)7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire).

Prise en compte du contexte pénitentiaire :

Sur la population pénale
Les conditions du contexte pénitentiaire sont bien connues des parlementaires qui ont, à plusieurs reprises, fait le constat d'un état des lieux complexe et difficile :

- surpopulation (tout spécialement en maison d'arrêt),
- promiscuité,
- absence d'intimité,
- responsabilisation insuffisante de la personne détenue,
- sous-activités en matière d'éducation, de formation et peu d'emplois,
- risques élevés de violences de toutes sortes (agressions physiques, sexuelles, psychologiques, racket etc.),
- trafics divers, consommation de toxiques difficilement contrôlables etc. en dépit des efforts déployés par l'administration pénitentiaire pour les contrer.

Les conditions du soin vont être dépendantes de ce contexte et rendues plus complexes. Pour pallier ces difficultés, les soignants devront adapter l'outil thérapeutique en devenant plus exigeants sur certains critères nécessaires aux soins, identiques dans leur essence à ceux du milieu hospitalier.

Sur les soignants
Les services hospitaliers sont hébergés dans les locaux gérés par l'Administration pénitentiaire. Ils ont à tenir compte du contexte carcéral avec ses rythmes, ses règles, ses modalités de circulation, ses contraintes sécuritaires légitimes etc. On relèvera en particulier que la confidentialité de la tenue d'une consultation et de sa spécificité (médecine générale, psychiatrie, spécialités etc.) ne peut être garantie. Plus grave encore, les consultations, quand elles nécessitent une extraction à l'hôpital, peuvent se dérouler en présence de surveillants pénitentiaires pour des raisons avancées de sécurité et de risque d'évasion.
En conséquence, les atteintes à l'exercice habituel de la médecine sont très fréquentes à cause des spécificités du milieu. Il convient donc de ne pas ajouter des contraintes inutiles et improductives à l'exercice de la médecine.

Conditions nécessaires à l'exercice de la mission :

Indépendance professionnelle
La pratique médicale nécessite que l'indépendance professionnelle médicale soit respectée. C'est d'ailleurs une des règles du code de déontologie médicale : *« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* » (art. 5 du code de déontologie médicale et R.4127-5 du code de la santé publique).
Non seulement la règlementation nationale insiste sur cette indépendance nécessaire à l'exercice médicale, mais la réglementation européenne énonce les mêmes recommandations en consacrant un chapitre à l'indépendance professionnelle (Recommandation n° R(98)7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire) : « *Les décisions cliniques et toute autre évaluation relatives à la santé des personnes incarcérées devraient être fondées uniquement sur des critères médicaux. Le personnel de santé devrait pouvoir exercer son activité en toute indépendance, dans la limite de ses qualifications et de ses compétences* ». Le médecin est responsable du projet de soin et en rend compte à l'usager qui peut faire lui-même valoir ses droits comme il le souhaite.

Secret professionnel (confiance, méfiance, intimité)
Le secret professionnel est une obligation légale qui s'impose aux médecins et à tout personnel soignant hospitalier. Il n'est guère besoin d'en détailler les déclinaisons juridiques (délit en cas de violation), toutefois il est intéressant de rappeler que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en a précisé le contour en le limitant à un échange d'information entre professionnels de santé dans le cadre d'une prise en charge commune sanitaire (art. L. 1110-4 code de la santé publique, ci-dessous). Le Conseil de l'Europe dans la recommandation citée *supra* dans le paragraphe consacré au consentement du malade et au secret médical impose que « *Le secret médical devrait être garanti et observé avec la même rigueur que dans la population générale* ».

> « Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.
> « Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.
> « **Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.** Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Outre ces contraintes légales, il faut insister sur l'outil thérapeutique que représente le secret professionnel. Il permet d'instaurer une confiance nécessaire à tout travail, notamment psychothérapeutique (selon l'adage classique : « une confiance rencontrant une conscience »).

C'est le garant de la construction d'un cadre thérapeutique qui va permettre au collectif soignant d'instaurer des soins dans lesquels la personne détenue va pouvoir s'engager. Il est d'autant plus important que cette confidentialité soit respectée dans une perspective psychothérapeutique qui se démarque d'autres modalités thérapeutiques, notamment chimiothérapeutiques, en imposant une démarche active de la part du patient. L'intimité étant plus que restreinte en prison et la méfiance étant assez généralisée, il importe que les modalités du soin restent protégées. En particulier, **toute information concernant les soins ne peut être communiquée à des tiers que par le patient lui-même**.

Indépendance et secret professionnels n'impliquent pas une étanchéité totale entre services sanitaires et services pénitentiaires. Partageant un espace de travail commun, même cloisonné pour respecter les diverses organisations inhérentes à leurs destinations respectives, ayant à répondre aux besoins d'une même population, les services sanitaires ont à s'articuler mais non se confondre pour répondre au mieux à leurs missions. Des espaces de concertation institutionnelle (réunions de coordination) ou encore des modalités informelles de communication pour signaler les situations critiques ou à risque sont prévus et sont tout à fait satisfaisants pour permettre la circulation d'informations partageables.

B – L'ASPMP apporte les remarques suivantes relativement à l'article 5 du projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines corrélées aux conditions nécessaires à l'exercice professionnel

1 – Remarques avant amendements

L'article 5 contrevient à toutes les conditions énoncées précédemment (indépendance professionnelle, non-respect des modalités du secret professionnel, absente totale d'intimité dans le soin etc.).

Le contrôle soutenu par la justice des modalités de suivi du traitement par le patient expose aux risques d'un soin factice de pur affichage à propos duquel tous les protagonistes seraient perdants :

- Le patient qui n'aura bénéficié d'aucun soin efficace ou qui saura utiliser les failles du dispositif à ses propres fins, uniquement pour justifier d'une démarche auprès des services de soin,
- Les soignants dont le temps (déjà très occupé) aura été embolisé par des actions improductives,
- Le juge d'application des peines qui aura la fausse garantie d'un soin efficace,
- Les responsables politiques à l'initiative d'une mesure coûteuse, inefficace, de pure apparence,
- L'opinion publique qui aura été dupée sur la fausse sécurité apportée par un soin censé diminuer la dangerosité et les probabilités de récidive.

Cet article poursuit et renforce les mesures improductives qui mettent en concurrence soin et remises de peine. L'audition publique sur la psychopathie avait déjà dénoncé cette dérive.

Rappelons que tout soin doit être librement consenti en prison, que l'injonction de soin pour être opposable au condamné ne doit être prononcée qu'après qu'une expertise psychiatrique en ait proposé l'indication et que toute transmission d'information d'un soin doit être transmise par l'intéressé.

Si les Pouvoirs publics insistent depuis des années pour que les soins aux personnes détenues

s'alignent en qualité sur celui du milieu ouvert, aussi faut-il en accepter toutes les modalités et les contraintes.

Il faut insister sur le fait que la transmission de tout certificat ne peut se faire que par l'intermédiaire de l'intéressé et non directement par le médecin au juge d'application des peines pour la double raison légale (secret professionnel) et thérapeutique (qualité du lien relationnel) en conformité avec de nombreuses dispositions légales ou règlementaires et notamment celles de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

2 – Remarques après amendements et après le texte adopté par l'Assemblée nationale

Le député rapporteur du projet de loi propose un amendement à l'article 5 excluant l'envoi direct d'une attestation au juge d'application des peines faisant état de la régularité ou non du traitement pendant l'incarcération (Annexe 1).
Toutefois, le texte issu de l'Assemblée nationale prévoit que : « *Le médecin traitant du condamné délivre à ce dernier,* ***au moins une fois par trimestre****, des attestations indiquant si le patient suit ou non de façon régulière le traitement proposé par le juge de l'application des peines. Le condamné remet ces attestations au juge de l'application des peines, afin qu'il puisse se prononcer, en application des articles 721, 721-1 et 729 du présent code, sur le retrait des réductions de peine, l'octroi de réductions de peine supplémentaires ou l'octroi d'une libération conditionnelle* ».
Si le renoncement à l'envoi direct d'une attestation au JAP est un progrès, il n'en reste pas moins des ambiguïtés sur la notion de régularité d'un traitement. Est-ce une question de fréquence qui pourra paraître insuffisante au magistrat mais adéquate pour le soignant ? Il faut insister sur le fait qu'un traitement, notamment psychothérapeutique, peut-être interrompu pendant plusieurs mois afin de permettre une maturation progressive de la nécessité d'un accompagnement psychologique. L'absence de consultation effective peut paraître comme un refus de soin alors qu'il s'agit du temps nécessaire à son élaboration. Etant donné que pendant cette durée, il n'est pas possible pour le thérapeute d'attester de l'effectivité d'une consultation, le magistrat pourrait conclure à un refus du soin proposé et prendre les mesures qui s'y rapportent, notamment les refus de remise supplémentaire de peine, d'octroi de permission ou de libération conditionnelle**. Il s'ensuit un positionnement négatif du patient potentiel qui risque de le mettre en position de méfiance et de réticence par rapport aux soins et aux soignants** que ce soit en milieu fermé ou ultérieurement en milieu ouvert. Il faut absolument, dans l'intérêt de tous**, renoncer à préciser ou non la régularité d'un soin en milieu pénitentiaire et laisser aux médecins les modalités d'attestation de leur intervention.** Dès maintenant, et déjà depuis plusieurs années, les dispositifs soignants en milieu pénitentiaire sont encombrés de demandes récurrentes de certificats. Exiger une délivrance trimestrielle d'attestations est un aveu de méconnaissance grave des réalités thérapeutiques et matérielles de services de soin en prison.

L'appréciation de l'évolution d'une personne condamnée devrait être du domaine exclusif de l'expertise.
En conséquence, l'ASPMP souhaite le retrait de l'article 5. La règlementation actuelle est suffisante pour s'assurer du suivi d'une personne condamnée et de son évaluation par l'expertise.

C – L'ASPMP apporte les réflexions suivantes sur les articles 6 et 7

L'ASPMP n'est impliquée dans la problématique de l'expertise que par les conséquences du manque d'experts psychiatres, notamment en matière correctionnelle (comparutions immédiates), conduisant à incarcérer des personnes qui nécessiteraient essentiellement des soins en milieu hospitalier, mais qui n'ont pas été expertalement évaluées. Il en est de même dans les situations relevant du suivi socio-judiciaire (SSJ) encouru qui détourne l'esprit de la loi du 17 juin 1998 en imposant des soins à des personnes condamnées pour des infractions relevant du SSJ mais qui n'ont pas bénéficié d'une expertise posant ou non l'indication d'une injonction de soin dans le cadre du SSJ.

L'article 6 entérine le manque criant d'experts psychiatres et par défaut y supplée par un expert psychologue. Il est regrettable que l'opportunité d'une dualité d'expert psychiatre/psychologue soit traitée par défaut de psychiatres et non par l'apport que pourrait représenter une dualité d'expert de professions complémentaires.

L'article 7 cherche aussi à compenser le manque d'experts psychiatres en cherchant à « lier » des étudiants dans une pratique future. On ne peut que s'interroger sur le sens que peut prendre un engagement précoce dans les études pour une pratique professionnelle spécialisée qui exige une expérience clinique déjà notable (et qui a été rappelée dans la réforme de l'expertise qui prévoit une période probatoire accompagnée par un expert sénior). L'amendement à l'article 7 qui prévoit l'engagement des internes « *à suivre une formation spécifique, en sciences criminelles, en psychologie ou en psychiatrie criminelle ou légale, ou toute autre formation relative à l'expertise judiciaire ou à la prévention de la délinquance* » ne sera pas suffisant pour donner aux jeunes praticiens compétences et autorité pour mener ces difficiles et complexes missions aux conséquences lourdes, sans compter les incertitudes qui peuvent peser sur la mise en place de ces formations spécialisées (idéal théorique qui se heurtera aux complexités de la réalité).
Les internes en psychiatrie ont bien perçu cette difficulté très précisément et justement exprimée dans un courrier en date du 29 novembre 2011 de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP) adressé à l'ISNIH.

A l'instar de ce qui, dans la loi de rétention de sûreté, a été instauré pour les psychologues qui ne peuvent exercer les fonctions de psychologue traitant au cours d'une injonction de soins qu'après cinq ans de pratique professionnelle, il convient d'ouvrir l'accès aux fonctions d'experts et de médecins coordonnateurs qu'après un temps de pratique clinique si possible auprès de la population concernée.

Mais surtout, il faut noter l'extrême paradoxe qui consiste à constater le déficit en experts psychiatres (cf. études d'impact) tout en mettant en place des dispositions règlementaires l'entravant. En effet, depuis le décret du 29 septembre 2010, les praticiens hospitaliers ne peuvent plus pratiquer des expertises sans l'accord du directeur de l'établissement de santé tout en devant les mener en-dehors du temps de travail (y compris les comparutions en cour d'assises). Face à la mobilisation des professionnels au regard de ces incohérences, le ministère de la santé a émis un moratoire permettant aux praticiens hospitaliers de poursuivre les expertises selon les modalités antérieures en attendant les conclusions d'un avis de l'IGAS. La dualité d'expert, psychiatre et psychologue, très théorique fait fi de toutes les difficultés pratiques auxquelles les praticiens seront confrontés pour mener les expertises.

Il ne serait pas surprenant de voir les présentes dispositions projetées confrontées aux contradictions réglementaires : les internes s'engagent contractuellement dans une pratique qu'ils n'auront pas le droit d'exercer….

Egalement, il est constaté en de nombreux endroits la difficulté que rencontrent les impétrants à la fonction de médecin coordonnateur pour se faire inscrire sur les listes des TGI établies par les procureurs de la République, sans compter les méandres administratifs pour qu'en soient réglés les frais.

D – L'ASPMP apporte les réflexions suivantes sur l'amendement CL162 à l'article 1

Sept amendements sont apportés à l'article 1 en relation avec l'évaluation de la dangerosité et le souhait que l'évaluation de la dangerosité recoure à l'utilisation d'outils actuariels.

L'audition publique organisée par la Haute Autorité de santé en décembre 2010 intitulée « *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur* » dans la partie consacrée à la démarche d'évaluation clinique du risque de comportements violents a énoncé la recommandation suivante (n°41) : « *En pratique, les échelles actuarielles, parce qu'elles s'appuient essentiellement sur les facteurs statiques de risque de violence, ne sont pas adaptées à l'évaluation psychiatrique. Si l'on souhaite recourir à une échelle, les échelles semi-structurées sont préférables aux échelles actuarielles, car elles prennent en compte les facteurs dynamiques et leur évolution dans le temps* ».

L'audition publique organisée par la Fédération Française de Psychiatrie avec la Haute Autorité de santé en janvier 2007 consacrée à l'expertise psychiatrique pénale soulignait également la prudence nécessaire pour évaluer les comportements violents : « *Ainsi, la littérature scientifique sur la violence des malades mentaux et le risque qu'ils représentent pour la société est devenue plus précise. Elle nous indique un niveau de risque plus élevé que pour la population non malade même si la proportion de malades mentaux demeure faible parmi l'ensemble des auteurs de violence. Ceci nous incite à évaluer les facteurs de risque et à utiliser un jugement clinique structuré, mais la prédiction absolue de gestes de violence demeure impossible. Les recherches actuelles s'orientent vers une utilisation judicieuse de ces données et vers des instruments d'évaluation en articulation avec la clinique, dans le souci de fournir les meilleurs soins possibles à cette population.* ***Il existe cependant une tentation actuelle d'utiliser des échelles d'évaluation indépendamment de toute évaluation clinique, laissant en particulier à des enquêteurs non médecins la prédiction du risque de violence. Au vu de la littérature, la commission d'audition se prononce clairement contre ce type de pratiques*** ».

Il paraîtrait raisonnable de s'appuyer sur les travaux scientifiques élaborés collectivement par les professionnels pour légiférer, sinon il faut s'étonner de l'utilité de mener conférences de consensus et auditions publiques, coûteuses financièrement et en temps de personnel, finalement inutiles.

D - Conclusion

L'ASPMP souhaite :

- La suppression de l'article 5. **Les modalités du soin doivent être impérativement transmises par la personne qui les reçoit et au rythme entendu entre le thérapeute et l'intéressé.**

- Ouvrir l'accès à l'expertise judiciaire et aux fonctions de médecins coordonnateurs aux praticiens ayant un temps de pratique clinique suffisant après l'obtention de leur diplôme tout en ayant bénéficié d'une formation complémentaire adaptée.

- La promotion de l'expertise psychiatrique et des fonctions de médecin coordonnateur doit commencer par :
    - Eviter d'édicter des dispositions réglementaires contradictoires entre elles qui tendent à décourager les praticiens à s'engager dans une pratique professionnelle très spécialisée, complexe et ardue.
    - Clarifier et simplifier leur situation réglementaire pour les promouvoir et non pour en dissuader l'engagement auprès de nouveaux médecins.

- L'évaluation de la dangerosité doit reposer entre autres travaux scientifiques sur les conclusions des conférences de consensus ou des auditions publiques.

Sur les points discutés par l'ASPMP en relation avec les modalités du soin, l'adoption du projet de loi en l'état ira directement à l'encontre des motifs exposés par le ministre, notamment en matière de **crédibilité** et **d'efficacité** de l'exécution des peines.

ASPMP
Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

COMMUNIQUÉ
ASPMP et APSEP
Le 15/04/2012

APSEP

DE LA LOI DE PROGRAMMATION DE L'EXECUTION DES PEINES

La loi de programmation relative à l'exécution des peines est parue au JO le 27 mars 2012. Plusieurs associations et syndicats professionnels ont été audités par les parlementaires et notamment l'ASPMP (Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire), l'APSEP (Association des Professionnels de Santé Exerçant en Prison) et l'ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle).

Le projet de loi sous le régime de la procédure accélérée a d'abord été étudié par les députés puis remanié complètement par le Sénat pour finir par être adopté dans ses grandes lignes initiales par l'Assemblée nationale.

Les **avancées obtenues** dans le projet final concernant le domaine sanitaire se limitent à deux points :

- L'absence de transmission directe d'attestation de suivi par les soignants en milieu pénitentiaire au juge d'application des peines. Ces attestations doivent transiter obligatoirement par la personne détenue.

- La possibilité pour les **experts psychiatres praticiens hospitaliers** de mener les expertises **sur leur temps de travail en tant que mission de service public**. Cette disposition existante de longue date, abolie par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) en 2009, n'était pas prévue dans le projet de loi mais a été ajoutée par les sénateurs et acceptée par les députés. En l'absence de rétablissement de cette mesure, les procédures pénales risquaient de se trouver paralysées par incapacité par les experts de mener leurs missions.

Les **dispositions retenues et pourtant récusées par les professionnels** sont les suivantes :

- Le médecin traitant de la personne **condamnée** pour laquelle un **suivi socio-judiciaire est encouru** doit lui délivrer **au moins une fois par trimestre** des attestations indiquant si le traitement proposé par le juge d'application des peines est suivi de manière régulière.
  Ces modalités sont incompatibles avec les règles d'exercice professionnel notamment :
  - Automatisation infraction = soin et non indications médicalement posées et proposées, le plus souvent sans expertise psychiatrique préalable (pourtant règlementairement obligatoire)

- Discordance entre les critères d'appréciations médicaux et judicaires de la régularité d'un traitement
- Détournement de l'absence d'obligations de soins en prison (consentement forcé à un soin pour obtenir des réductions de peine), invalidant la portée de l'efficacité des soins
- Insuffisance fréquente des moyens pour assurer un suivi régulier (au sens médical) des patients)

Ces modalités ont été argumentées techniquement de manière très précises par les diverses associations sans rencontrer l'assentiment des parlementaires qui semblent se considérer plus compétents que les soignants pour déterminer les modalités d'un traitement tout en ne tenant pas compte du contexte sanitaire des prisons qu'ils semblent méconnaître.

Il convient d'insister sur le fait que si la loi prévoit le contrôle par le juge d'application des peines d'un suivi **uniquement** pour les personnes condamnées à un suivi socio-judiciaire encouru, il existe très fréquemment une extension de ce contrôle aux **personnes détenues non condamnées** ou aux **condamnées pour des infractions qui ne relèvent pas du suivi socio-judiciaire** (et parfois à l'ensemble de la population détenue dans un établissement pénitentiaire) conduisant à une psychiatrisation systématique de la délinquance.

- Un contrat d'engagement relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice est créé pour les internes qui accepteront, dès leur installation professionnelle, des missions d'expertise psychiatrique ou de médecins coordonnateurs (pour pallier à la pénurie médicale dans ces domaines d'exercice professionnel). Les professionnels concernés, y compris les internes, ont manifesté leur opposition à ce contrat. Les internes en cours d'apprentissage de la psychiatrie ne sont pas en mesure de se déterminer pour exercer ces missions qui nécessitent un temps d'exercice minimal avant de s'engager dans ce domaine psychiatrique très spécialisé.

Une **disposition proposée par les sénateurs, non prévue dans le projet initial, a été rejetée par les députés** alors que cette mesure avait fait l'objet d'un **consensus sénatorial** en 2010 : il s'agit de la diminution de la sanction pénale pour les sujets reconnus pénalement responsables d'une infraction mais présentant une altération de leur discernement du fait d'une pathologie mentale.

Ce point très technique, mais fondamental quand on considère la manière dont une société envisage le traitement des personnes souffrant d'une maladie mentale, résume à lui seul les contradictions des pouvoirs publics et donc l'analyse qui peut être faite de cette nouvelle loi « sécuritaire ».

Cette disposition avait fait l'objet d'une proposition de loi votée à l'unanimité en 2010 par les sénateurs (sauf une voix contre, comme le note un député : « *J'étais rapporteur de la proposition de loi Lecerf. Nous avions entendu tous les acteurs, les conclusions de notre mission étaient consensuelles. La proposition de loi a été votée à l'unanimité, avec l'opposition de la seule Mme Berra qui nous est apparue quelque peu décalée* » (Séance au

Sénat du 1er février 2012). Le Sénat actuel, à majorité de gauche, propose de reprendre cette disposition à l'origine du Sénat à majorité de droite, mais est repoussée par l'actuel garde des sceaux pour les raisons suivantes : *« Imagine-t-on que l'auteur de crimes odieux puisse échapper à la réclusion, alors que la Cour d'assises l'estime justifiée ? »* réfutant ainsi les propositions émanant de sa propre majorité politique.

Ces incohérences invalident de nombreuses dispositions de cette loi, encore adoptée en procédure accélérée, ne tenant pas compte des réalités pratiques et pour lesquelles il faut espérer une **réécriture radicale et cohérente** hors la mesure prévue pour les expertises.

ASPMP

Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire

L'ASPMP réunit les professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire dans le cadre de leur mission soignante hospitalière. Elle a pour but d'aider au développement de la psychiatrie en milieu pénitentiaire tant dans son fonctionnement institutionnel que dans la recherche théorique et pratique, ainsi que, par le biais de l'enseignement et de la formation, de faire bénéficier toutes les personnes intéressées des expériences acquises. Elle est un lieu d'expression des professionnels de santé mentale exerçant une activité de soin en milieu pénitentiaire et elle les représente auprès des instances administratives et professionnelles.

Association loi 1901 ouverte à tout professionnel de santé exerçant en prison: Aide-soignante, Infirmier (ère), Chirurgien-dentiste, Kinésithérapeute, Manipulateur radio, Médecin, Pharmacien, Secrétaire ...

Cette association est née en 1997 suite à la création des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (Loi du 18 janvier 1994) pour assurer et promouvoir, auprès des professionnels de santé exerçant en milieu pénitentiaire l'échange d'informations, les réflexions sur les problématiques de leur exercice ainsi que leur formation.

ASPMP
Association des Secteurs de Psychiatrie

COMMUNIQUÉ de l'ASPMP

Le 01/05/2012

L'ASPMP demande aux candidats aux élections présidentielles et législatives de faire respecter 10 mesures relatives aux soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

1. **L'exercice soignant en milieu pénitentiaire** doit relever exclusivement du **registre sanitaire** et doit se conformer aux règles d'exercice professionnel.

   Les soins prodigués et proposés sont soumis aux mêmes exigences que ceux en milieu ouvert. Ils relèvent d'une mission de service public sous tutelle exclusivement sanitaire en étant rattachés à un service hospitalier. Afin d'éviter les disparités dans les modalités des soins prodiguées sur l'ensemble du territoire national, il est du devoir des autorités sanitaires, notamment des Agences Régionales de Santé, de s'assurer que les soins aux personnes détenues sont délivrées en conformité avec les pratiques professionnelles habituelles dans **tous** les établissements pénitentiaires.

2. Les **soins en prison doivent être librement consentis.**

   Ils ne doivent pas faire l'objet d'un consentement forcé en conditionnant les remises de peine à l'effectivité des soins. Toutefois, l'offre sanitaire en prison peut être une opportunité pour inciter à des soins qui n'auraient jamais été demandés en milieu ouvert, souvent pour des raisons socio-culturelles et permettre la responsabilisation du demandeur de soins conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Les soins psychiatriques indispensables mais refusés par la personne malade doivent être prodigués en milieu hospitalier selon les prescriptions légales et dans des conditions dignes et accueillantes propices à une amélioration de l'état de santé.

3. **Reconsidérer précisément le programme UHSA** et évaluer notamment la première tranche avant de lancer la construction de la deuxième tranche.

   L'évaluation doit porter sur les divers aspects de ce programme (thérapeutiques, économiques, organisationnels etc.) avant d'envisager son déploiement total **ou bien** de promouvoir des soins hospitaliers de proximité en donnant la priorité au statut de malade sur celui de détenu et en favorisant la création d'unités de soins régionales ou départementales accueillant aussi bien des personnes détenues ou non détenues, inscrites dans un **dispositif sectoriel revitalisé et reconnu** dans le cadre d'une **loi de santé mentale**.

4. **Rechercher par tout moyen l'inscription des soins en milieu pénitentiaire en continuité avec les dispositifs soignants en milieu ouvert** afin de ne pas créer une filière ségrégative non favorable à la réinsertion.

5. **L'indépendance professionnelle** des soignants est un devoir de leur état et doit être garantie par les pouvoirs publics.

Les professionnels du soin ne doivent pas devenir des prestataires de service pour l'Administration pénitentiaire. Une étanchéité absolue doit être respectée entre les activités thérapeutiques et les missions expertales ou évaluatives que ce soit à la demande des magistrats ou de l'Administration pénitentiaire. Concernant les CNE de Fresnes et Réau, il convient que les professionnels de santé qui concourent à l'évaluation expertale ne soient pas ceux qui exercent dans l'établissement au titre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

6. Le **secret professionnel**, obligation légale et outil thérapeutique, doit être strictement respecté et ne faire l'objet d'aucun détournement insidieux.
   Il est le garant de la confidentialité de la relation soignante et du respect de l'intimité de la vie des personnes détenues. Il faut renoncer à tout échange obligatoire d'informations nominatives entre institutions médicales, judicaires et pénitentiaires tout en favorisant les échanges organisationnels permettant de mieux connaître les contraintes de chacune d'entre elles et d'optimiser les organisations.

7. **Réaffirmer l'importance de l'irresponsabilité pénale** en cas d'abolition du discernement chez une personne ayant commis une infraction et prévoir une diminution du quantum de la peine chez celle présentant une altération du discernement.

8. Prévoir une **suspension de peine** en cas de troubles psychiatriques graves rendant la personne inaccessible à la sanction pénale et à la vie en détention selon les mêmes dispositions que celles prévues en cas de troubles somatiques graves.

9. Envisager la **prévention du suicide** non dans une optique prioritairement sanitaire mais en prenant en compte les conditions de vie de la personne détenue et en évitant la mise en place de fausses solutions qui peuvent se révéler avoir un effet néfaste en aggravant la crise suicidaire comme par exemple les équipements de pyjama en papier en quartier disciplinaire.

10. **Abroger la loi de rétention de sûreté**.

Du co-détenu de soutien[1]

Michel DAVID

L'administration pénitentiaire a lancé une expérimentation sur cinq sites pour la mise en place des codétenus de soutien. Le Directeur Général de la Santé dans une lettre circulaire en date du 3 juin 2010 a manifesté son souhait que « *les professionnels de santé y participent, notamment pour la sélection des candidats à la fonction de codétenus de soutien. Cette participation prendra, le cas échéant, la forme d'un avis défavorable lorsque, après entretien avec la personne proposée par l'administration pénitentiaire, complété s'il l'estime nécessaire par la prise d'avis d'un confrère psychiatre, le médecin estime qu'une telle responsabilité représenterait un danger pour cette personne ou pour autrui* ».

En quoi consiste exactement la mesure de codétenus de soutien. Un protocole précise les modalités de cette expérimentation dont il paraît intéressant de relever les lignes directrices essentielles. Le principe repose sur celui dit des « pairs aidants » qui consiste à trouver un appui auprès de personnes qui partagent des intérêts communs ou ont des expériences similaires.

La première phrase du protocole en précise l'objectif : il s'agit de « *reconnaître le rôle actuel d'alerte et de « sauvetage » en matière de prévention du suicide des personnes détenues qui assurent dans les faits, par le doublement en cellule[2] ou de simples échanges verbaux, des fonctions de soutien, de repérage, de protection de la personne détenue présentant une souffrance psychique, un risque suicidaire ou un état de crise suicidaire* ».

Le deuxième paragraphe apporte une dénégation immédiate intéressante pour ne pas blesser les acteurs principaux[3] : « *Il ne s'agit pas de confier aux personnes détenues une nouvelle mission et une nouvelle responsabilité en les retirant aux personnels pénitentiaires et aux personnels sanitaires, acteurs principaux de la prévention du suicide* ». Débuter un projet sur une dénégation n'est pas de bon augure, mais tout le monde n'est pas « psy »….

Bien entendu, les expériences étrangères ont été positives, comme toujours[4] et celles des « ange-gardiens » d'Espagne ou des « écoutants » de Grande-Bretagne sont convoquées comme modèle.

Il va falloir sélectionner les codétenus de soutien, éventuellement avec l'aide du médecin généraliste qui peut aussi recourir aux conseils avisés du psychiatre. Les médecins, également potentiellement ou déjà thérapeutes de l'impétrant codétenu de soutien, pourront refuser sa candidature ce qui ne risque guère d'être apprécié du fait de la perte des avantages qui s'y rattachent comme on le verra ci-après. La confusion rôle pseudo expertal ou de médecin du travail avec celle de soignant est instaurée d'emblée et la relation médecin/patient est pervertie. Le plus amusant, car il faut reconnaître que parfois les projets technocratiques font sourire, et l'on rirait franchement si le sujet n'était pas aussi tragique, ce sont les critères de sélection qui sont retenus pour choisir les codétenus de soutien.

---

[1] Extrait d'un ouvrage en préparation et en phase de finalisation
[2] Ce qui permet d'ailleurs de justifier le non-respect de l'encellulement individuel.
[3] C'est justement la fonction de la dénégation : c'est-à-dire confirmer que ce que l'on nie est bien ce que l'on veut dire….
[4] C'est étonnant comme les « étrangers » sont parfois les bienvenus !

Les critères de sélection déterminés au niveau national[5] sont les suivants :

1. *volontaires motivés* présentant une solidité psychique, une capacité d'écoute, d'altruisme, un respect de l'autre et le sens des responsabilités ;
2. « installés durablement » dans l'établissement ou ayant une certaine expérience de la prison, *sans avoir* eu de problèmes de comportement ou *fait l'objet récemment de sanctions disciplinaires* ;
3. *condamnés avec un reliquat* de peine à purger d'au *minimum un an,* ou *prévenus,* si non opposition du magistrat en charge du dossier ;
4. qui n'est *pas usager de substances psycho-actives*.

De nombreux établissements pénitentiaires sont encore installés dans d'anciens établissements religieux, dont on peut espérer que les murs exhalent encore l'atmosphère de piété qui y régnait alors, mais on a l'impression que l'on confond la population pénale avec une communauté de bénédictins. Probablement une inspiration que l'on doit aux anges-gardiens espagnols.

Comment peut-on croire que l'on va recruter aisément en prison une personne solide psychiquement, ayant une capacité d'écoute et d'altruisme (on aurait aimé - surtout la ou les victimes - qu'elle ait eu ses qualités lors de son infraction), dénués de problèmes de comportement et sans sanction disciplinaires (quoiqu'une limite dans le temps soit apportée) et non usager de substances toxiques ? Rien que dans la population générale, cette perle rare doit être difficile à trouver. Il n'ya que le reliquat de peines qui ne pose pas trop de problèmes. Toutes ses qualités recherchés, ce sont exactement celles que les personnels pénitentiaires, les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et les personnels sanitaires vont chercher à développer chez les personnes ayant commis des infractions. Et l'on considère qu'elles sont acquises ?

Il appartient à la direction de l'établissement et à la commission pluridisciplinaire unique de choisir ces « saints hommes » qui bénéficieront également d'un entretien avec le médecin qui participe à l'expérimentation.

Les heureux candidats retenus verront leur dévouement altruiste reconnu en bénéficiant d'une large diffusion de leur disponibilité dans tout l'établissement : information au quartier arrivants ; réunions d'information ; affichage et vidéo interne ; identification avec photos sur panneaux d'affichage dans les postes des personnels (sont-ils au même niveau que le personnel pénitentiaire ?).

Une formation leur sera donnée, validée par une attestation[6], qui portera sur :

1. La « Prévention et secours civique de niveau 1 »
2. Une « détection du risque suicidaire »
3. Les « bases du soutien psychologique »

---

[5] « Déterminés au niveau national » est souligné dans le texte. Il ne s'agit donc pas critères choisis par un obscur gratte-papier mais par un « niveau national ». Inutile d'en relever le caractère ubuesque.

[6] Utile pour la réinsertion ; à présenter à un futur employeur : « je suis qualifié en prévention du suicide en prison… ». A présenter en cas de récidive dès l'entrée en prison !

Mieux lotis que les soignants sommés de partager leur connaissance sur leurs patients dans les commissions pluridisciplinaires uniques, les codétenus de soutien sont soumis à une *obligation de confidentialité* sur le contenu des conversations et des confidences reçu de ses codétenus et qui perdure au-delà de ses fonctions.

L'engagement dans cette fonction n'est pas qu'altruiste. Des bénéfices secondaires sont proposés. L'abnégation a ses limites. Le codétenu de soutien intervient à titre bénévole mais des avantages lui sont octroyés :

1. La formation vue ci-dessus
2. Possibilité de bénéficier d'une cellule seul avec portes ouvertes à certaines heures (pas pratique pour être cocellulaire de soutien…)
3. Possibilité de disposer gratuitement d'une télévision[7]
4. Plus d'autonomie permettant une plus grande liberté de circulation (pas de risque de facilitation de trafics vu le profil honnête sélectionné)
5. Pour le codétenu de soutien sans ressource, une aide en espèce peut lui être octroyée (mais ce n'est pas une rémunération[8])
6. Son engagement peut lui faciliter l'accès au travail ou à d'autres activités
7. L'autorité judiciaire peut prendre en considération son engagement en lui octroyant des remises de peine supplémentaires et des aménagements de peine
8. Des facilités dans son parcours d'exécution de peine (transfert) ou l'octroi de grâces peuvent lui être accordées (transfert certes, mais au vu des critères de sélection, il doit avoir un avenir dans l'établissement en question plutôt stable)
9. La pénibilité de son action est reconnue car « *pour un accompagnement sur plusieurs semaines, il est recommandé de mandater successivement plusieurs codétenus de soutien auprès de la personne à soutenir, afin d'éviter un épuisement dans ses fonctions de soutien »*[9]. Les surveillants pénitentiaires ont-ils droit à une telle considération ? On imagine qu'une transmission d'information pour faciliter le relais de prise en charge est prévue, avec assurance de la continuité de la confidentialité[10]….
10. Son engagement est aussi reconnu en étant assuré que *« dans le respect des secrets professionnels* », il sera informé des mesures mises en œuvre à l'issue de son signalement ou de son suivi.

Les quelques commentaires émaillant cette présentation permettent d'entrevoir ce que je peux penser de ce protocole, en ayant l'impression de ne pas travailler dans cet univers de bonnes intentions. A chacun de se faire une idée mais il n'est pas à douter que les représentations collectives largement répandues sur les prisons vont se heurter à cette vision idéalisée de l'univers carcéral transformé en un monde de bisounours. Ce protocole illustre bien que la prison est un monde qui rend fou et qui est pervers. Il faut manifestement une certaine solidité psychique pour prendre le recul nécessaire pour ne pas être entraîné dans ce monde de confusion. On peut se rendre compte avec ce protocole comment la prison peut conduire à édicter des dispositions

[7] Et la télévision est souvent assez coûteuse en prison.

[8] Qu'est-ce qu'une rémunération en prison ? Les « bulletins de salaire pour les personnes détenues dites « auxi classés » (travaux de ménage p. ex.) peuvent comporter 169 h pour 200 à 300 €/mois. Difficile dans ces conditions de valoriser le travail honnête/vol.

[9] Dans la discussion sur la pénibilité dans le cadre de la réforme des retraites, pourquoi une surcote ne pourrait-elle pas être prévue ?

[10] Mais où sont les assurances que ces informations ne seront pas consignées dans le cahier électronique de liaison afin que la traçabilité obligée exigée en toute circonstance dans notre monde moderne soit bien assurée ?

folles et perverses probablement par des professionnels qui n'y travaillent pas régulièrement ou au plus près de la population carcérale mais qui arrivent quand même à être contaminés par la perte des repères les plus basiques.

Que penser de ces mesures ?

Il semble que le Dr Albrand n'ait pas apprécié que ne soient retenues de son rapport que les mesures comme les kits papier, les cellules de protection d'urgence, les codétenus de soutien alors que les modifications générales du contexte carcéral seraient à considérer en premier :

- pas de surpopulation,
- établissements pénitentiaires de dimension modeste,
- rapidité des procédures judicaires,
- soutien efficace par les avocats,
- facilitation de l'octroi des permis de visites
- aide à la gestion des problématiques sociales, etc. Pour ce dernier point, un administrateur ad hoc avait été proposé lors de la discussion de la loi pénitentiaire en 2009 mais avait été repoussée. Pourtant, prévoir une aide pour la résolution de problèmes quotidiens, même les plus élémentaires quand on vient d'être incarcéré st souvent extrêmement important, permettrait d'amoindrir le choc carcéral et les impulsions suicidaires. De nombreuses personnes n'ont pas les ressources externes pour gérer les problèmes de logement, de travail, de famille, même les plus élémentaires. Par exemple, que faire de ces animaux domestiques ou d'élevage quand on s'en occupe seul ? Ou de la gestion de son entreprise (surtout quand elle de dimension modeste) ?

Tant que les conditions de vie en milieu pénitentiaire ne seront pas améliorées, les suicides et tentatives continueront. La cassure existentielle que peut représenter la prison pour certaines personnes - « malheureusement » pas toutes d'ailleurs car nombreuses sont celles qui y trouvent de meilleures conditions de vie qu'en milieu libre (logement, nourriture et accès aux soins) – est source d'un désarroi intense qui peut conduire au suicide. Les motifs des suicides ou des tentatives sont en fait rarement strictement psychiatriques.

Paradoxalement, limiter les moyens de se suicider peut aussi renforcer les angoisses. La surveillance renforcée (réveils répétés) aggrave l'état psychique. Le principe du codétenu de soutien est étonnant, plaçant certaines personnes détenues dans un rôle ambigu, avec de probables « bénéfices secondaires » ou *a contrario* une mise en situation difficile lorsqu'après s'être engagé pour soutenir une personne détenue, celle-ci se suicide, d'autant plus qu'il peut arriver qu'un détenu véritablement aidant, spontanément, sans qu'on le lui ait demandé, se trouve mis en difficulté lors d'un suicide, pouvant même être soupçonné d'y avoir contribué. Insistons de nouveau aussi sur la déconsidération que cette proposition comporte vis-à-vis du personnel pénitentiaire et ce ne sont pas les dénégations avancées qui sont porteuses de réassurance.

RAPPORT D'INFORMATION
SUR LE SUIVI DES AUTEURS D'INFRACTION A CARACTERE SEXUEL
Assemblée nationale – 29 février 2012

Michel DAVID – Médecin coordonnateur (TGI Coutances)

A voir les suites données à ce rapport très complet qui nécessiterait des commentaires détaillés par les professionnels et les associations concernés. Ci-dessous, les recommandations avec quelques commentaires de Socapsyleg mais une lecture détaillée du rapport est recommandée à tous ceux qui s'intéressent au sujet.

Recommandation n° 1 : simplifier et clarifier le code de procédure pénale, en confiant cette mission à un comité composé de magistrats, d'avocats, de professeurs de droit et de personnalités qualifiées dont les propositions ne seront pas nécessairement faites à droit constant.

Recommandation n° 2 : limiter le recours obligatoire à l'expertise psychiatrique et rendre possible sa substitution, sous certaines conditions, par une expertise psychologique ou médico-psychologique.

Recommandation n° 3 : permettre au juge de l'application des peines de demander une évaluation de dangerosité non seulement avant une éventuelle libération conditionnelle mais à tout moment au cours de la détention.

Recommandation n° 4 : faire évoluer le dispositif technique de placement sous surveillance électronique mobile afin de permettre au juge d'utiliser de façon optimale cette possibilité.

Recommandation n° 5 : harmoniser la répartition des compétences entre le juge de l'application des peines et le conseiller d'insertion et de probation et favoriser l'établissement d'une relation directe entre ces deux acteurs.

Recommandation n° 6 : favoriser la signature de conventions ou de protocoles entre les acteurs locaux du suivi des auteurs de violences sexuelles, afin de mieux coordonner l'action des différents professionnels intervenant dans ce domaine.

Recommandation n° 7 : rendre possible la mise en place d'une cellule de suivi renforcé, réunissant le juge de l'application des peines, le procureur, le conseiller d'insertion et de probation, la police ou la gendarmerie, ainsi que les autorités municipales et préfectorales dans les cas où le risque de récidive apparaît particulièrement élevé.

Recommandation n° 8 : assurer une meilleure répartition des effectifs de conseillers d'insertion et de probation sur le territoire et recentrer ces personnels sur leur cœur de métier.

Recommandation n° 9 : généraliser la possibilité de confier les dossiers particulièrement complexes à deux conseillers d'insertion et de probation.

Recommandation n° 10 : mettre en place des modules de formation communs à l'ensemble des intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles, par le biais des CRIAVS.

Commentaire Socapsyleg : Le rôle des CRIAVS revient à plusieurs reprises dans ces recommandations. A voir quels moyens, quel développement et quelle latitude donne-t-on à ces centres dont la place (non soignante et non thérapeutique) est mal définie par le milieu hospitalier, avec souvent un « détournement » des fonds alloué à leur fonctionnement pour d'autre structures hospitalières, voire pour combler les déficits.

Recommandation n° 11 : rénover le logiciel APPI afin qu'il soit effectivement utilisé par les juges et conseillers d'insertion et de probation et qu'il assure un gain de temps réel à ses utilisateurs.

Recommandation n° 12 : accélérer la mise en service du Répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre des procédures judiciaires.

Recommandation n° 13 : poursuivre la spécialisation des établissements pénitentiaires et des équipes soignantes en milieu carcéral, tout en respectant le principe de maintien des liens familiaux par une meilleure répartition des établissements sur le territoire.

Commentaire Socapsyleg : La spécialisation est un problème complexe (d'ailleurs parfois peu entendu des administrations hospitalières) et les ruptures des liens familiaux représentent un risque certain.

Recommandation n° 14 : mettre en place, en milieu fermé, des programmes intensifs volontaires à destination des auteurs de violences sexuelles dans chaque établissement spécialisé sur le modèle de l'Unité psychiatrique de Fresnes.

Commentaire Socapsyleg : On peut toujours espérer que des « programmes intensifs volontaires » (pensée un peu magique : on force sur la dose comme avec les médicaments) soient en capacité de modifier profondément et rapidement un trouble grave de la personnalité.

Recommandation n° 15 : permettre aux thérapeutes de continuer à suivre en milieu ouvert les patients qu'ils accompagnaient en détention, dans un souci de continuité des soins et d'efficacité au long cours des thérapies suivies grâce au maintien de l'« alliance thérapeutique ».

Commentaire Socapsyleg : Pourquoi pas ? Mais une telle proposition semble en parfait décalage avec les réalités pratiques et d'organisation du travail. De telles continuités ne pourront être qu'exceptionnelles.

Recommandation n° 16 : favoriser l'émergence et le développement de consultations post-pénales identifiées et spécialisées dans le traitement des auteurs de violences sexuelles, sur le modèle de l'unité ÉRIOS de Bordeaux ou de l'unité PARI de Grenoble.

Commentaire Socapsyleg : La question des consultations post-pénales (et pas seulement pour les auteurs de violences sexuelles) est très discutée dans le milieu professionnel. Ces consultations doivent s'envisager en fonction des contextes et des besoins locaux. Il importe surtout qu'un maillage diffus sur l'ensemble du territoire puisse permette un accès de proximité pour des soins ou un accompagnement régulier. Des consultations plus spécialisées peuvent être envisagées pour des cas complexes (cf., recommandation n°17) ou des prestations qui nécessitent un recrutement suffisant (groupes thérapeutiques)

Recommandation n° 17 : confier à un centre post-peine spécialisé le suivi médical, psychologique et psychiatrique des cas les plus complexes.

Recommandation n° 18 : permettre à des psychologues spécialisés dans les auteurs de violences sexuelles d'exercer les fonctions de coordonnateur, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, afin de répondre à la pénurie de médecins coordonnateurs.

Commentaire Socapsyleg : Il est déjà souvent bien difficile pour les médecins coordonnateurs de faire la liaison avec les thérapeutes alors s'il faut coordonner avec des psychologues qui doivent coordonner eux-mêmes… Une machine à gaz va se mettre en place, perturber les repères dans lesquels certains patients vont s'engouffrer avec délectation. Autant recourir aux compétences des psychologues pour les psychothérapies, car rien ne sert d'voir des coordonnateurs s'il n'y pas de thérapeutes à coordonner. Sans compter qu'il s'agit de toucher à un sujet sensible : les relations médecins/psychologues….

Recommandation n° 19 : formaliser les conditions d'exercice des fonctions de coordonnateurs et les relations avec les services de la Justice par la diffusion d'un vade-mecum et référentiel des pratiques ainsi que par la conclusion d'un protocole de collaboration institutionnalisée.

Commentaire Socapsyleg : Il importe que les professionnels sanitaires se saisissent eux-mêmes de ces référentiels. L'ARTAAS a tenté une telle action. Actuellement, le SPH et la Société de l'Information psychiatrique s'engagent sur cette voix.

Recommandation n° 20 : établir des indicateurs de ressources et de résultats afin d'évaluer l'action des CRIAVS, qui prendraient notamment en compte l'exercice systématique de la mission d'appui opérationnel et de coordination de l'offre de soins destinée aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Recommandation n° 21 : accorder aux CRIAVS la compétence de principe de constituer des plateformes référentielles cliniques avec les structures assurant les consultations post-pénales ouvertes aux auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Recommandation n° 22 : charger les CRIAVS d'une mission d'information et de sensibilisation destinée à inciter les thérapeutes à l'exercice des fonctions de médecins coordonnateurs.

Recommandation n° 23 : mettre en place un numéro d'écoute d'urgence, anonyme et gratuit, disponible 24h sur 24h, pour prévenir le passage à l'acte et orienter rapidement les personnes en demande de soins vers des structures d'accueil d'urgence.

Commentaire Socapsyleg : Cette recommandation est une de plus intéressantes car elle pense enfin la prévention. Par définition, les premiers actes de délinquance sexuelle sont plus nombreux que les récidives. L'anonymat devra être strict en s'assurant que la tendance au fichage généralisé et aux pratiques des grandes oreilles ne viennent pas s'immiscer pour repérer de supposés futurs délinquants.

Recommandation n° 24 : expérimenter l'accompagnement des auteurs d'infractions à caractère sexuel par des cercles de soutien et de responsabilité impliquant, avec une certaine sélection, des associations bénévoles.

Recommandation n° 25 : créer un centre public de recherche fondamentale et appliquée spécialisé dans le traitement et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles qui s'attache à produire et à collecter une réflexion théorique portant à la fois sur les soins et de formation, en associant l'ensemble des acteurs du monde judiciaire et médical.

Commentaire Socapsyleg : Un centre très ouvert dans ses orientations et libre dans ses recherches. On a les sous ?

Recommandation n° 26 : intégrer la problématique des infractions à caractère sexuel parmi les axes de travail de l'Observatoire national de la délinquance et de la réponse pénale (ONRDP), notamment sous l'angle de l'étude des cas de récidive.

Recommandation n° 27 : développer une véritable filière universitaire de criminologie en France, accessible en formation initiale comme en formation continue.

Commentaire Socapsyleg : La formation initiale est souvent contestée. La formation complémentaire s'appuyant sur une formation et une compétence professionnelle semble plus admise.

Recommandation n° 28 : aborder la délinquance sexuelle dans le cadre de la formation initiale de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'exécution de la peine et la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel : juges, personnels de l'administration pénitentiaire, psychiatres et psychologues.

Commentaire Socapsyleg : Ce sera le plus souvent une sensibilisation car le programme de formation des médecins-psychiatres est déjà bien chargé, à moins d'envisager un DESC de psychiatrie légale souvent demandé mais pas suivi (cf. recommandation n° 30).

Recommandation n° 29 : favoriser l'accès des magistrats à des éléments précis et actualisés de criminologie par le biais de la formation continue.

Recommandation n° 30 : créer un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de psychiatrie médico-légale ainsi qu'un tutorat pour les internes en psychiatrie désireux de s'engager dans l'expertise, le suivi ou le traitement notamment des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

Recommandation n° 31 : revaloriser le statut des experts pour orienter vers cette fonction des praticiens libéraux et de jeunes psychiatres : revalorisation financière, raccourcissement des délais de paiement, mise en place d'un tutorat, révision du statut des praticiens hospitaliers, simplification des démarches administratives, possibilité d'un travail collégial.

Commentaire Socapsyleg : On en cause, on en cause, mais les dispositions contraignantes de la loi HPST restent de vigueur malgré la loi du 27 mars 2012.

Recommandation n° 32 : développer de nouveaux centres régionaux d'évaluation pluridisciplinaires, afin de répondre à l'augmentation des besoins expertise et intégrer des psychiatres spécialisés au sein des équipes.

Commentaire Socapsyleg : Il y a tellement de psychiatres spécialisés disponibles…. A noter que les psychiatres spécialisés dans la loi du 5 juillet 2011 sont eux plus nombreux vu le nombre de certificats qu'ils doivent rédiger….

Recommandation n° 33 : valider une échelle actuarielle française prenant en compte des facteurs de protection ainsi que des facteurs dynamiques, dans le cadre des expertises psychiatriques en complément des entretiens cliniques.

Commentaire Socapsyleg : On fait passer la pilule des échelles actuarielles du moment qu'elles sont bien de chez nous !

L'EVOLUTION ACTUELLE DU FONCTIONNEMENT DES HÖPITAUX PUBLIC

Communiqué de l'Académie de Médecine
5 juin 2007
Daniel Loisance au nom de la Commission XV*

L'Académie nationale de Médecine suit avec attention l'évolution du fonctionnement des hôpitaux publics et a déjà été amenée à s'exprimer, à plusieurs reprises, à ce sujet (1,2,3,4). Les Ordonnances de mai 2005 et la loi Hôpital Patients Santé Territoires ont profondément modifié l'organisation hospitalière. Aujourd'hui, elle souhaite faire connaître son inquiétude devant la tentative d'effacement d'une structure essentielle, le Service Hospitalier. Elle en constate les graves conséquences sur la prise en charge des malades et s'élève contre les effets néfastes d'une gestion purement comptable des établissements.

L'organisation des Services en Pôles, censée organiser autour d'un parcours de soins cohérent l'activité de structures complémentaires tout en réduisant les coûts, a fait perdre au Service son identité. Celui-ci reste cependant l'unité facilement reconnue par le malade et les étudiants. La mutualisation des personnels infirmiers, aggravée par la pénurie, supprime insidieusement le sentiment d'appartenance à une équipe et compromet le bon fonctionnement des soins. Le Chef de Service, qui a perdu l'autorité sur l'équipe non médicale, dépendante de la Direction des Soins Infirmiers, se sent néanmoins moralement responsable des dysfonctionnements éventuels bien qu'il ne le soit pas au regard du droit administratif. La conséquence de cette situation est double : les malades et les personnels infirmiers et aide soignants souffrent de l'absence d'un encadrement médical, le Chef de Service est démotivé et se désengage de l'animation de son équipe et de ses responsabilités.

La priorité a été donnée à la gestion comptable. L'évolution de la contrainte économique justifiait certes un réajustement des responsabilités respectives du corps médical et du corps administratif. Si la rigueur budgétaire ne peut être négligée, elle ne doit pas compromettre la recherche constante de la qualité des soins. Elle ne prend en compte que les aspects quantitatifs de l'activité technique et non pas la qualité de la prestation médicale et le temps médecin consacré aux malades et à leurs familles, ainsi qu'aux activités de recherche et d'enseignement. Une bonne codification devrait prendre en compte la qualité des soins et la pertinence clinique et socioéconomique de la prescription des examens complémentaires et des décisions thérapeutiques. La mise en place de moyens informatiques adaptés, tenant compte d'indicateurs de qualité et la promotion d'une véritable culture de l'évaluation au sein des Services sont essentielles pour suivre l'activité et l'amélioration de la prise en charge des malades.

Il s'ensuit une insatisfaction grandissante des patients et un malaise persistant chez les médecins (5). Finalement, c'est l'attractivité du secteur hospitalier public qui est mise en cause.

L'Académie nationale de médecine recommande donc, pour améliorer la qualité des soins et redonner confiance aux malades et aux personnels soignants de :

1. recentrer l'activité médicale sur le soin au malade dans une approche véritablement humaniste,
2. reconnaître clairement l'existence du Service hospitalier et confirmer les responsabilités du Chef de Service notamment vis-à-vis des personnels non médicaux,

3. développer une culture de l'évaluation au sein des Services, avec un dossier informatique prenant en compte non seulement le niveau d'activité (classes pathologiques, gestes techniques), mais aussi des indices de qualité de la prescription.
4. redonner aux corps médical une part de responsabilité dans la gestion des hôpitaux en appliquant notamment la délégation de gestion prévue dans la loi.

Références

1- Loisance D.au nom de la Commission XV Contribution de l'Académie nationale de médecine à la réflexion sur la réforme de l'hôpital. Bull Acad Natle Médecine, 2008,192, 1277-1286
2-Loisance D, Queneau, Mornex R, Recommandations de l'Académie nationale de médecine sur l'évolution des CHU, Bull Acad. Natle Med 2009, 193, 447-454
3-Mornex R, au nom d'un groupe de travail, Positions de l'Académie nationale de médecine vis-à-vis du projet de loi HPST, Bull. Acad. Natle Méd, 2009, 193, 781-785
4- Michel FB, Loisance D, Couturier D, Charpentier B. L'Académie nationale de médecine recommande, dans l'intérêt des malades, un humanisme médical pour notre temps. Bull.Acad.Natle.Méd. 2012 in press
5- Dreux C, Mattéi JF. Santé, égalité, solidarité: des propositions pour humaniser la santé. Springer ed 2011

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt avec le contenu de ce communiqué.

*Membres de la Commission XV contributeurs : Membres titulaires : CHARPENTIER, COUTURIER, MALAFOSSE, MALVY, MORNEX, QUENEAU (secrétaire).
Membres correspondants : BERCHE, BRUNELLE, DELPECH. Membres invités : MM BARBIER, CHAPUIS.
L'auteur et les membres contributeurs déclarent l'absence de tout conflit d'intérêt.

SUR LES METHODES ACTUARIELLES POUR PREDIRE LA DANGEROSITE
Droite/Gauche, mêmes combats ?
Le changement est-il vraiment maintenant ?

Libération 12 06 2012

Récidive : pour une autre prévention

Dans un texte publié par «Libération», sociologues, magistrats et conseillers d'insertion prônent de nouvelles pistes après dix ans de politique sécuritaire.
Par SONYA FAURE

Les récidivistes, dont Nicolas Sarkozy faisait la figure majeure de ses discours sur la justice, doivent-ils n'être que les repoussoirs de la droite ? Quand on est de gauche, peut-on évoquer, voire tenter de **prévenir, la dangerosité** des délinquants sans tomber dans le tout-sécuritaire ? Depuis janvier, des sociologues, des statisticiens, des magistrats, des conseillers d'insertion de la pénitentiaire ont tenté de dessiner ce que pourrait être une prévention de la récidive nouvelle, plus efficace. On pourrait aussi dire de gauche… même si, par bien des points - notamment la volonté de s'appuyer sur l'expérience anglo-saxonne, il s'agit d'un aggiornamento. Ils présentent aujourd'hui dans Libération un manifeste, fruit de leur réflexion. «Depuis dix ans, le système pénal français est engagé dans une course à l'abîme. Une véritable frénésie législative - 29 lois pénales votées en dix ans - a conduit à la multiplication des incriminations et des occasions de recours à l'emprisonnement. Les résultats de cette politique doivent être pris pour ce qu'ils sont : le témoignage d'un échec et la promesse d'une faillite.»

Selon la note de synthèse que le groupe de travail a rédigée, «l'enfermement n'est pas efficace à prévenir la récidive». Il faut donc le réserver «aux cas les plus graves». Les auteurs - dont Valérie Sagant et Pascale Bruston, devenues depuis conseillères au ministère de la Justice - prônent la création d'un nouveau type de peine : la **probation**. Prononcée par le tribunal, elle deviendrait la principale alternative à l'incarcération. Le condamné serait contraint de suivre une évaluation régulière et bénéficierait d'un suivi, voire d'un traitement thérapeutique individualisé, en dehors des murs de la prison, «dans la communauté» (les Canadiens parlent de «sanctions communautaires»).
«Retard». «En France aujourd'hui, l'idée de probation s'incarne surtout dans le sursis avec mise à l'épreuve, qui tend à se résumer au contrôle de quelques obligations (aller chez le psy, rembourser sa victime…), estime Jean-Claude Bouvier, juge d'application des peines à Créteil et coauteur de l'appel. On vérifie que la personne ramène bien ses justificatifs de recherche d'emploi, mais aucun travail n'est mené sur les causes de son passage à l'acte.»

Les travailleurs sociaux chargés du suivi des condamnés, à l'intérieur ou au dehors des prisons, expérimentent bien, chacun dans leur établissement, des programmes de lutte contre la récidive. Mais souvent sans réelle méthodologie scientifique et sans bilan. Les membres du groupe de travail s'en inquiètent dans leur note : «La France a accumulé un retard extraordinaire, n'ayant pas initié une seule recherche sur ce qui marche à prévenir la récidive, quand d'autres pays en ont accumulé des centaines. Il n'existe donc pas en France de véritable outil d'évaluation des facteurs de risques de récidive.» A tel point qu'«on dit encore souvent qu'un homme qui ne reconnaît pas son crime présente de grands risques de répéter son acte… alors que les enquêtes

épidémiologiques étrangères montrent que ce critère tient davantage d'un jugement moral des professionnels et n'impacte pas la récidive», détaille une magistrate.
Les auteurs de l'appel s'appuient sur les travaux anglo-saxons. Et n'hésitent pas à s'éloigner de l'approche clinique qui prévaut dans le système pénitentiaire français : « *Dans la grande majorité des cas, c'est un expert psychiatre qui doit se prononcer sur l'existence d'une dangerosité criminologique. […] Une telle approche, qui relève d'une conception selon laquelle un individu pourrait être intrinsèquement "dangereux", est aujourd'hui critiquée pour son caractère subjectif et aléatoire.*» A la place, les auteurs préconisent de s'inspirer des expériences américaine et canadienne : le risque de récidive s'y calcule grâce à des critères préétablis et à des statistiques (la méthode «actuarielle») afin de définir le suivi le plus efficace pour un profil ainsi établi, notamment à l'aide de programmes cognitivo-comportementaux.

Symptômes. Le groupe de travail recense sept facteurs de risques de récidive :

- les «attitudes et croyances personnelles approuvant le comportement délinquant»,
- les difficultés conjugales,
- l'absence de loisir,
- des traits de «personnalité antisociale» : «Faible maîtrise de soi, peu de résistance à la frustration…»
-

Les méthodes actuarielles, expérimentées par les criminologues depuis plus de vingt ans outre-Atlantique, restent très controversées en France. Quant aux suivis cognitivo-comportementaux (également utilisés dans la lutte contre les addictions ou pour le traitement de l'autisme), ils sont souvent accusés de ne proposer qu'un traitement superficiel des symptômes.

La droite s'était elle aussi intéressée à ces programmes en instaurant le diagnostic à visée criminologique (DAVC) dans les prisons. Et la ministre déléguée à la Justice, Delphine Batho, connaît bien les méthodes actuarielles - elle a fait deux voyages d'observation au Québec sur le sujet. Les auteurs du texte l'ont rencontrée deux fois. « *Elle nous a dit que ces principes pourraient constituer sa feuille de route* », confie l'un des auteurs du texte. Ce qui permettrait à Delphine Batho de donner de la consistance à son portefeuille, dont les contours restent flous.

NOUVEAU BUREAU
DE L'ASSOCIATION DES SECTEURS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU PENITENTIAIRE (ASPMP)

Le nouveau conseil d'administration de l'ASPMP s'est réuni le 9 mars 2012 et a élu les membres de son bureau.
La composition du nouveau bureau est la suivante :

Présidente d'Honneur

Dr Catherine ***PAULET*** *- SMPR Marseille*

Président

Dr Michel ***DAVID*** *- DSP Coutances*

Vice-Président

Dr Cyrille ***CANETTI*** *- SMPR La Santé*

Secrétaire

Dr Aude ***NICOLI-DANIEL*** *- SMPR Marseille*

Secrétaire adjoint

Dr Walter ***ALBARDIER*** *- SMPR Toulouse*

Trésorier

Dr Gérard ***LAURENCIN*** *- SMPR Toulouse*

Trésorier adjoint

Dr Olivier ***GIRON*** *- SMPR Nantes*

Membres

Dr Eve ***BECACHE*** *- UHSA Lyon*

Dr Marc ***FEDELE*** *- SMPR Rennes*

Dr Anne ***HENRY*** *- SMPR Rennes*

Alain ***LETUVE*** *- SMPR Rouen*

L'ASPMP peut être jointe à l'adresse électronique suivante : aspmp.contact@gmail.com

Les adhérents de l'ASPMP peuvent être des membres ayant une activité soignante en milieu pénitentiaire ou des membres ayant eu une action soignante dans le milieu pénitentiaire.

Direction des ressources humaines
Les Allières
1011 Lausanne

OFFRE D'EMPLOI DU DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

Date de la demande : 3 septembre 2012

SMPP - Un-e Médecin cadre (associé/e ou adjoint/e) à 100% au Service de Médecine et psychiatrie Pénitentiaires (SMPP) du CHUV, Pôle d'Orbe (EPO et prison de la Croisée), Département de Psychiatrie (DP)	
Formation Expérience	Exigé : – Diplôme de spécialiste FMH en psychiatrie / psychothérapie ou titre reconnu comme équivalent. – Expérience conséquente de la pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire et/ou de la pratique de la psychiatrie avec des malades difficiles (unités pour malades difficiles ou autre structure accueillant des patients présentant des pathologies à expression violente ou sous main de justice). – Expérience dans un poste à responsabilité et en matière de conduite d'équipe. Goût pour le travail en réseau, intérêt pour la gestion, sens de l'engagement et des responsabilités et compétences communicationnelles requis. Hautement souhaitable : – Titre académique ou dossier académique (publications, recherches effectuées, fonds de recherche obtenus) permettant l'obtention à terme du titre de Maitre d'Enseignement et de Recherche à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne suivant les critères en vigueur (ceux-ci peuvent être consultés sous : http://www.unil.ch/webdav/site/fbm/shared/mprimus/Annexe_1_Regl_Comm_Rel_acad.pdf)
Description	Le SMPP assure les soins médicaux psychiatriques et somatiques dans les prisons du canton de Vaud (http://www.chuv.ch/psychiatrie/dpc_home/dpc_infos/dpc_infos_organisation/dpc_smpp.htm) Il assure aussi une consultation ambulatoire dédiée à la prise en charge des Auteurs d'Infraction à caractère Sexuel (AICS). Le SMPP a une mission d'enseignement (universitaire et non universitaire) et est impliqué dans nombre de recherches dans le cadre de l Institut de Psychiatrie Légale (IPL) du Département de Psychiatrie. Le candidat retenu aura pour tâches principales : • Gestion et responsabilité du fonctionnement des équipes médicales du pôle d'Orbe du SMPP (comprenant les Etablissements de la Plaine de l'Orbe et la prison de la Croisée). • Encadrement et supervision de l'activité clinique des unités sous sa responsabilité (2 services médicaux et unité de soins psychiatriques). • Etre l'interlocuteur direct des directions des deux établissements pénitentiaires concernés avec une participation régulière aux séances de coordination.

	• Articulation avec les autres unités du SMPP, les autres services du DP concernés par l'activité du pôle et les réseaux médico-sanitaires. • Participation à la gestion et aux instances de direction du SMPP. • Maintenir un lien étroit avec le responsable des soins somatiques du SMPP • Implication forte dans les projets de développement en cours au sein du SMPP • Participation à l'enseignement pré- et postgradué ainsi qu'à l'enseignement du CAS en psychiatrie forensique. Garantir l'encadrement des stagiaires du pôle. • Participer aux recherches menées par l'IPL et en impulser dans le cadre des axes définis par le SMPP (prise en charge des AICS, évaluation du risque de violence dans la clinique, gestion du risque suicidaire en prison).
Taux d'activité	100%
Classes salariales	Selon barème Etat de Vaud
Renseignements	Prof. Bruno Gravier, tel +41 21 643 68 60 ou Bruno.Gravier@chuv.ch
Envoi de candidature	*Dossier complet (lettre de motivation, cv et annexes) à envoyer à* : Prof. Bruno Gravier, Chef du Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, Site de Cery, CH- 1008 Prilly
Libre	1er janvier 2013 ou à convenir
Délai d'envoi des candidatures	30 septembre 2012

IL Y A 100 ANS
DANS LES ARCHIVES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE DE MEDECINE LEGALE ET DE PSYCHOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE
26e année

Responsabilité pénale et folie (116-125)

P. DUBUISSON et A. VIGOUROUX

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

Responsabilité pénale et Folie, tel est le titre d'un ouvrage des plus intéressants que vient de faire paraître le Dr A. Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, sous son nom et celui de
M. Paul Dubuisson.
Il s'agit d'une étude médico-légale dont son maître et ami, le Dr Paul Dubuisson, avait tracé une esquisse et à laquelle une mort prématurée ne lui a pas laissé la possibilité de mettre la dernière main. Reprise par le D r A. Vigouroux, elle est devenue, par son effort, un tableau dont l'ampleur nous permet d'embrasser dans un coup d'œil d'ensemble tous les détails du problème si complexe et parfois si troublant de la médecine légale des aliénés, envisagée au triple point de vue de la psychologie, de la sociologie et de la clinique.
Elève de P. Dubuisson, à l'asile Sainte-Anne, le Dr A. Vigouroux ne tarda pas à être séduit par les théories philosophiques de l'école d'Auguste Comte, que son maître, en apôtre infatigable, s'efforçait de répandre autour de lui et à la diffusion desquelles il avait voué tous les dons d'un esprit clair, admirablement servi par la précision et l'élégance de l'expression. Cette communauté de vues philosophiques désignait tout spécialement le Dr A. Vigouroux pour compléter et terminer une œuvre que P. Dubuisson n'avait eu que le temps d'ébaucher et qui, dans son esprit, était destinée à coordonner, pour l'éducation des médecins et des magistrats, les principes généraux que lui avait suggérés sa longue expérience des aliénés criminels.

Grâce à la louable initiative du Dr A. Vigouroux, M. le professeur Lacassagne a pu dire, avec raison, dans la courte préface qu'il a consacrée à l'ouvrage, que Paul Dubuisson, dont la pensée sur ces graves sujets, qui touchent à la fois à la sociologie et à la médecine, nous reste, ne périra pas tout entier, car ses vues n'ont rien à craindre du contrôle des ans.

L'ouvrage comprend une partie plus spécialement philosophique et une partie clinique. Cette dernière, avec des rapports médico-légaux, représente l'application pratique des conceptions théoriques ; mais l'une et l'autre sont animées du souffle de la doctrine positiviste d'Auguste Comte, qui donne à l'ensemble sa parfaite unité. La synthèse subjective, si j'ose dire, pour me servir d'une formule de l'école, c'est-à-dire, en l'espèce, l'exposé général des vues théoriques qui doivent servir à limiter et à préciser le domaine de la folie, en vue de la solution des cas particuliers qui s'offrent à la pratique, telle était la tâche que s'était assignée P. Dubuisson et qu'il n'eut pas le temps de mener à bonne fin. Le Dr Vigouroux y suppléa au moyen de notes de cours, de manuscrits, d'articles de revue, qui reflétaient les idées directrices de son maître. Il a pu ainsi nous exposer les théories de la pénalité, l'évolution des opinions en matière de responsabilité pénale et une théorie positive de la responsabilité et de la folie, en quelques chapitres, qui puisent leur haut intérêt dans l'originalité de vues dégagées de toute gangue

métaphysique et reposant sur une base scientifique, c'est-à-dire une base sur laquelle puisse s'établir la discussion.

Les limites restreintes de cet article ne nous permettent pas de nous étendre sur ces chapitres, mais nous ne pouvons, toutefois, nous dispenser de donner un rapide aperçu de la façon dont les auteurs, par une délicate analyse de la psychologie humaine, ou mieux, de la physiologie cérébrale, en arrivent à considérer *l'intimidabilité* comme le fondement de la responsabilité. Ils nous montrent le pervers sous l'aspect, non pas d'un malade, mais d'un sujet chez qui l'altruisme est très faible et l'égoïsme très fort, en un mot, d'un homme livré tout entier aux penchants les plus personnels. Il est, pour eux, une variété plus ou moins malheureuse de l'espèce, mais ses fonctions intellectuelles et morales s'accomplissent d'après le même mécanisme que chez le type que nous sommes habitués à considérer comme le type ordinaire ou moyen.

« De la naissance à la mort, l'homme qui bénéficie.de la vie commune est tenu de se refréner sans cesse et dans chacune de ses passions. ». Il faut donc une assistance extérieure aux mieux doués, même aux meilleurs, pour ne pas succomber sous les assauts de la personnalité; a fortiori, une aide est-elle indispensable à ceux qui sont moins bien nés, qui portent le poids d'une fâcheuse hérédité, ou qui ont été soumis à l'influence corruptrice du milieu. La société, en dehors de laquelle l'homme n'a pas d'existence réelle, a pourvu aux exigences de ces différentes situations, en fournissant à chaque catégorie de sujets des moyens adaptés à sa mentalité propre et destinés à la maintenir dans le droit chemin.

Chez les natures d'élite — les bons sont tentés comme les méchants — le secours viendra des sentiments altruistes seuls, qui suffiront, après une lutte de durée variable, à triompher des velléités d'écart de la personnalité. A un degré moins élevé, la magistrature qui retient, récompense ou châtie, est l'opinion publique. En descendant encore de quelques degrés l'échelle morale, on rencontre la masse des hommes qui obéissent surtout à des mobiles personnels, mais chez lesquels existent des besoins d'attachement et de bonté, des sentiments d'orgueil et de vanité qui sont, à l'occasion, la bride qui refrène les mouvements trop vifs de l'égoïsme.

Enfin, à un degré plus inférieur, où les satisfactions d'orgueil, de vanité, les appels à la bonté, à l'attachement, à l'ambition, sont inopérants, la société a recours à des procédés qui s'appuient sur l'intimidation et qui constituent la répression pénale, laquelle atteint l'homme dans sa plus grossière personnalité.

« La menace de mort n'est, en somme, que le plus énergique de ces procédés d'intimidation, institués par la société, et dont la série débute modestement avec la peur du qu'en dira-t-on. »

Tous les hommes étant intimidables, tous doivent être considérés comme responsables de leurs actes.

C'est là une vérité d'évidence et qui ne peut guère paraître choquante que si l'on se dispense, dans la question de la responsabilité, de dissocier le point de vue moral ou individuel du point de vue social.

Il faut bien reconnaître que le dosage de la responsabilité, d'après une certaine idée de justice supérieure qui établirait une sorte de proportionnalité entre la faute et la rigueur des moyens de répression, est une opération qui n'a d'autre intérêt que celui de s'attarder à l'examen de controverses d'ordre métaphysique.

L'homme ne pouvant être considéré que comme une cellule constituante de l'organisme du corps social, c'est du point de vue social seulement que doit être envisagée la question de la responsabilité, et c'est ce point de vue seul qui permet de déterminer la nature et la rigueur des moyens de répression. Et quoi que certains en puissent penser ce sont les sujets moralement le moins coupables, en tenant compte de la force d'action des mobiles auxquels ils obéissent et de

la résistance qu'on les suppose capables d'y opposer, en un mot, les criminels des classes inférieures qui doivent encourir la responsabilité sociale la plus lourde, car, pour se mettre à l'abri de leurs atteintes, la société a besoin d'avoir recours aux moyens d'intimidation les plus énergiques.

Les auteurs, en déclarant que tous les hommes sont responsables, admettent pourtant que la règle qu'ils posent souffre des exceptions, et ces exceptions se rapportent toutes à l'aliénation mentale.

Encore conviendrait-il, à notre sens, de se demander si, même pour l'aliéné, il n'existe pas une responsabilité sociale qui, par des voies spéciales, il est vrai, aboutit néanmoins. En fait, à l'affirmation du droit pour la société de se mettre, en toutes circonstances et indépendamment des mobiles, à l'abri de tous les éléments qui tendent à perturber son dynamisme normal. Qu'est-ce en somme que l'internement d'office par exemple, sinon une mesure de préservation pour l'ordre social dont les conséquences, au point de vue de la liberté individuelle, ne sont pas foncièrement différentes de celles qui résultent, pour les sujets pervers, de l'exercice volontaire de leurs penchants égoïstes? Certes, il s'agit bien là d'espèces différentes, mais cette spécificité, qui pour le médecin n'est pas discutable, tend singulièrement à s'atténuer au regard de l'opinion publique, dans le cas par exemple où l'aliéné, en proie à son délire, accomplit un acte criminel.

Qui n'a entendu, à l'occasion d'un meurtre accompli par un aliéné atteint du délire de persécution, pour peu que la victime soit quelque personnage important, émettre l'idée que cet acte méritait l'expiation suprême? Telle est la puissance de l'ascendant qu'exercent encore, même sur les esprits cultivés, la notion métaphysique du libre arbitre et la conception de la peine envisagée comme réparation morale du préjudice causé par l'acte criminel. Cette mentalité n'est-elle pas la confirmation de l'aphorisme positiviste bien connu, qui proclame la domination exercée sur les vivants par les générations disparues? Bornons-nous, pour notre part, à voir même dans le mode d'assistance des aliénés l'affirmation du grand principe qui établit la prépondérance nécessaire de l'intérêt général de la société sur l'intérêt particulier de l'individu. Prenant comme base de la responsabilité l'intimidabilité et n'admettant comme irresponsables que les sujets atteints d'aliénation mentale, les auteurs ont dû déterminer et délimiter le domaine de la folie. Et comment y arriver, si l'on ne précise tout d'abord la notion de maladie? Aussi sont-ils partis, pour édifier une théorie positive de la folie, de la conception de Broussais, qui fait résider l'état de maladie dans une perturbation du dynamisme des phénomènes physiologiques, dans une modification en plus ou en moins de nos activités fonctionnelles, sous l'influence du milieu extérieur ou intérieur. Toutes les définitions de la folie qui ont été données jusqu'à ce jour ne leur semblent guère satisfaisantes; elles ne sont que des variantes de la définition d'Esquirol, laquelle se borne à une simple énumération de symptômes.

Il faut recourir à la théorie cérébrale d'Auguste Comte pour trouver le fil conducteur qui permette de se diriger avec quelque rectitude dans le dédale de nos opérations mentales, et partant, de se faire une idée un peu précise de l'état de folie. Notre cerveau est le siège des phénomènes du sentiment, de l'intelligence et du caractère. Pour réaliser l'unité mentale, il est nécessaire qu'une autorité commande à cette fédération et cette autorité revient incontestablement au sentiment. C'est le sentiment qui nous gouverne. « Les plus intellectuels des hommes, les Aristote, les Archimède, les Descartes, les Comte, ont pensé beaucoup moins pour satisfaire à des besoins intellectuels qu'à des besoins de sentiment. ». On conçoit donc que le sentiment soit la partie la plus facilement perturbable du cerveau et dès lors rien d'étonnant à ce que la folie soit due en général —- c'est-à-dire en dehors des cas où elle reconnaît pour cause l'infection ou l'intoxication — à la suractivité de tel ou tel de nos penchants. L'excitation exagérée du sentiment retentit sur l'intelligence qui devient inapte à remplir son rôle de conseillère éclairée et la perturbation peut s'étendre jusqu'au domaine de l'activité.

L'état de maladie, en l'espèce, ne réside donc que dans l'exagération d'une fonction avec retentissement sur les organes voisins.

Et la première conséquence qui découle de ce principe, c'est l'impossibilité d'admettre l'existence d'une folie morale qui consisterait dans l'exagération plus ou moins marquée de tel ou tel de nos penchants avec conservation du fonctionnement régulier de l'intelligence. Il permet aussi de ne pas établir de confusion entre des imperfections morales désagréables ou même dangereuses pour la société et un état de maladie, au sens exact du mot.

Quant à la limitation du champ de la folie, elle s'établit par la définition suivante : la folie consiste dans un désordre plus ou moins grave et durable de l'harmonie cérébrale, déterminé par l'activité exagérée d'une fonction morale, instinct ou penchant, entraînant des troubles secondaires dans les régions intellectuelles et motrices, et accessoirement, des accidents variés dans les autres parties de l'organisme.

Des considérations qui précèdent, il résulte que de l'état normal à l'état de folie, s'étend une gamme nuancée d'états intermédiaires, au sujet desquels la discussion pourra s'élever pour savoir s'il convient de les faire entrer dans le cadre des situations pathologiques. Mais là encore, le problème se trouvera simplifié par la règle de ne considérer comme états maladifs, que ceux qui s'accompagnent de désordre dans d'autres sphères en même temps que dans celle du sentiment.

L'instinct conservateur, pour ne prendre qu'un exemple, détermine, par son exagération fonctionnelle, des obsessions, parfois très pénibles, mais dont le malade a parfaitement conscience, et qui dès lors ne rentrent pas dans l'état de folie, tandis que de véritables maladies relevant de cet instinct sont constituées par le délire hypocondriaque, le délire mélancolique et le délire de persécution.

A propos des impulsions, les auteurs exposent des aperçus nouveaux, principalement en ce qui concerne le caractère d'irrésistibilité de certaines impulsions. Ils font ressortir le défaut de positivité des descriptions que beaucoup d'auteurs ont données de l'impulsion. Il semblerait pour ceux-ci « que l'impulsion est une sorte de puissance mystérieuse, de démon, qui s'empare de l'homme et le fait agir. » Pour eux, au contraire, les impulsions sont simplement « des désirs exagérés, inopportuns, absurdes, dangereux quelquefois, qui veulent être satisfaits malgré les représentations de l'intelligence ». Ils montrent qu'entre l'état normal et l'état pathologique, il n ' y a qu'une différence de degré dans l'intensité des phénomènes et qu'ici encore il est facile de suivre toutes les transitions entre ces deux états. Chacun est assailli par des désirs que l'intelligence se refuse à seconder.

Quant à l'irrésistibilité de l'impulsion, elle se ramènerait, pour une grande part, à un simple phénomène d'habitude. C'est plutôt par un artifice de raisonnement que par la constatation de faits rigoureusement et impartialement observés que l'on conclut à la possibilité et à l'existence des impulsions criminelles irrésistibles. En effet, pour établir l'existence d'impulsions morbides, irrésistibles, on a commencé par démontrer l'existence d'impulsions innocentes et, du fait de l'existence de ces dernières, on s'est cru autorisé à admettre, en vertu d'un mécanisme physiologique identique, la réalité d'impulsions dangereuses irrésistibles. Leur comparaison entre l'irrésistibilité de l'impulsion et l'irrésistibilité du tic nerveux, phénomènes à l'origine desquels on trouve en général un acte volontaire dont la tyrannie résulte avec le temps de la répétition, est des plus ingénieuses.

Elle fait bien apercevoir que les ressources de résistance qui s'offrent dans l'un et l'autre cas, à l'impulsif, sont en réalité bien différentes. L'onomatomane, l'arithmomane, le dipsomane, qui n'ont à opposer à leur impulsion que des moyens intrinsèques qu'ils trouvent dans leur force de caractère peuvent se laisser glisser sur la pente qui n'est en somme pas bien dangereuse.

Pour eux la répétition crée l'habitude et l'habitude l'irrésistibilité.

Mais quand il s'agit d'impulsions criminelles, les conditions sont fort différentes ; le soi-disant impulsif n'a plus à compter seulement avec sa force de résistance personnelle, il trouve un secours effectif dans la puissance de réaction du milieu contre les actes criminels ; en face de lui se dressent des obstacles moraux, sociaux, et tout l'arsenal de la répression pénale qui s'oppose par la graduation des peines à la répétition de l'acte et rend par suite l'habitude impossible. Et cela leur paraît si vrai qu'ils se demandent si l'on arriverait à découvrir, dans les auteurs, un cas d'impulsion criminelle répondant au type, c'est-à-dire entouré des caractères qui la distinguent réellement des impulsions non maladives.

Ils n'hésitent pas, en conséquence, à déclarer qu'au point de vue médico-légal, si l'homme atteint d'impulsivité criminelle dite irrésistible ne doit pas être traité comme un criminel quelconque, il ne peut pas être question de l'affranchir de toute responsabilité pénale. Il connaît son état, il en a conscience, il en souffre et dès lors s'il se sent capable de succomber dans la lutte, il n'a qu'à prendre de lui-même les précautions qui le préserveront de ses propres impulsions. Et des considérations identiques s'appliquent aux actes impulsifs des épileptiques.

Ceux-ci agissent, il est vrai, en état d'inconscience, leurs impulsions sont vraiment irrésistibles, mais ils connaissent aussi leur état et le danger qui peut résulter de leurs actes et, en bonne hygiène sociale, ils ont le devoir strict de se mettre en mesure de conjurer ce danger. « Il serait d'une naïveté vraiment prodigieuse de ne réclamer aucune précaution d'un individu atteint d'une si calamiteuse affection. Il n'est pas permis, à notre connaissance, de détenir chez soi ou de promener par les rues, sans s'astreindre à de très étroites pénalités, une substance dangereuse, comme de la dynamite ou du fulminate de mercure. Il ne l'est pas, il ne doit pas l'être davantage de promener au milieu de ses concitoyens, des impulsions irrésistibles à les voler, les tuer ou les brûler. Qu'ils choisissent : asile ou prison. »

Pour certains déséquilibrés à impulsions délictueuses, la répression pénale, avec l'adoucissement qu'y apporte la loi de sursis, peut, à l'occasion d'un premier délit, constituer un précieux adjuvant pour la force de résistance qu'ils opposeront dans l'avenir à l'accomplissement d'actes qui tombent sous le coup de la loi.

La préoccupation constante des auteurs est, on le voit, dans tout incident qui peut donner prétexte à une interprétation médico-légale, de ne jamais s'abstraire du point de vue social.

« Quand le magistrat chargé de défendre la société demande au médecin si tel délinquant est ou non responsable, il lui demande non pas de lui exposer l'équation morale du sujet, mais de lui dire si cet individu est ou non punissable, c'est-à-dire s'il est susceptible ou non d'être intimidé ou amendé par l'application stricte des peines prévues par le Code pénal. Seul le médecin peut répondre à cette question ainsi comprise, car elle soulève un problème d'ordre exclusivement médical, celui du diagnostic positif de la folie. »

Ils ne font d'ailleurs pas de difficulté pour admettre qu'en ce qui concerne certains déséquilibrés offrant des troubles du sentiment et de l'activité, les limites qui séparent le pervers de l'aliéné sont singulièrement flottantes. Assurément, s'il ne s'agissait que de se prononcer sur la responsabilité morale de ces sujets, la difficulté se trouverait diminuée. Encore bien même que nous ne soyons pas aujourd'hui en possession du critérium qui permettrait, à l'occasion d'un acte donné, de mesurer la résistance que le sujet était capable d'opposer aux sollicitations du milieu et aux sollicitations instinctives de son propre organisme, on tend, en général, à admettre que des antécédents héréditaires, chargés de lourdes tares névropathiques, créent une aptitude à résister avec de moindres chances de succès aux assauts bassement égoïstes de la personnalité et que, de ce fait, l'activité se trouve plus efficacement sollicitée dans le sens des réactions antisociales. C'est dans le but de ne pas heurter de front les idées dominantes du jour, en créant une antinomie trop marquée entre la responsabilité morale et la responsabilité sociale, qu'a été inventée la responsabilité atténuée.

Mais il ne faut pas se dissimuler que cette notion conduit en pratique à des résultats plutôt nuisibles pour la société. Elle laisse, en effet, la collectivité sociale sans moyen de défense effectif contre des sujets qui constituent pour elle un danger permanent ; il répugne de les envoyer en prison à propos d'un délit, et leur mentalité ne les désigne pas pour l'asile. L'on se trouve donc dans le cas particulier, ainsi que nous le faisions nous-même remarquer au cours d'une discussion sur les aliénés difficiles, à la Société Médico-Psychologique, aux prises avec l'une des mille difficultés inhérentes aux périodes de transition où le progrès de l'idée n'a pas été suivi d'un progrès parallèle dans le domaine des réalisations pratiques.

Il y a là une lacune à combler par la création d'établissements spéciaux[11] où ces déséquilibrés, qui ont donné la preuve que la pénalité restait sur eux sans action, seraient hospitalisés et soumis à un régime moins dur que celui de la prison et moins libéral que celui de l'asile, où ils sont une cause de désordre et une source de dangers. Cette question est d'ailleurs étroitement liée à la réforme générale du régime pénitentiaire qui sera fatalement le problème de demain.

L'ouvrage de P. Dubuisson et du D r A. Vigouroux marque le ferme propos de réagir contre la tendance qui conduit à affranchir de toute responsabilité, sans se préoccuper des conséquences sociales, le délinquant chez qui l'on constate quelque différence avec le type psychologique moyen. Faute de préciser avec une approximation suffisante les limites du domaine de la maladie, on en arrive vite à donner aux problèmes médico-légaux une solution qui ne relève plus guère que de l'arbitraire. Ne serait-ce pas ici le cas cependant d'avoir sans cesse présent à l'esprit le principe établi par Auguste Comte que le caractère général propre à tous les corps organisés est que, dans aucun de leurs phénomènes, il n'y a lieu à concevoir des nombres invariables ? Et où ce principe pourrait-il trouver une application plus rigoureuse que dans les phénomènes psychiques où les variations chez le même individu sont incessantes ?

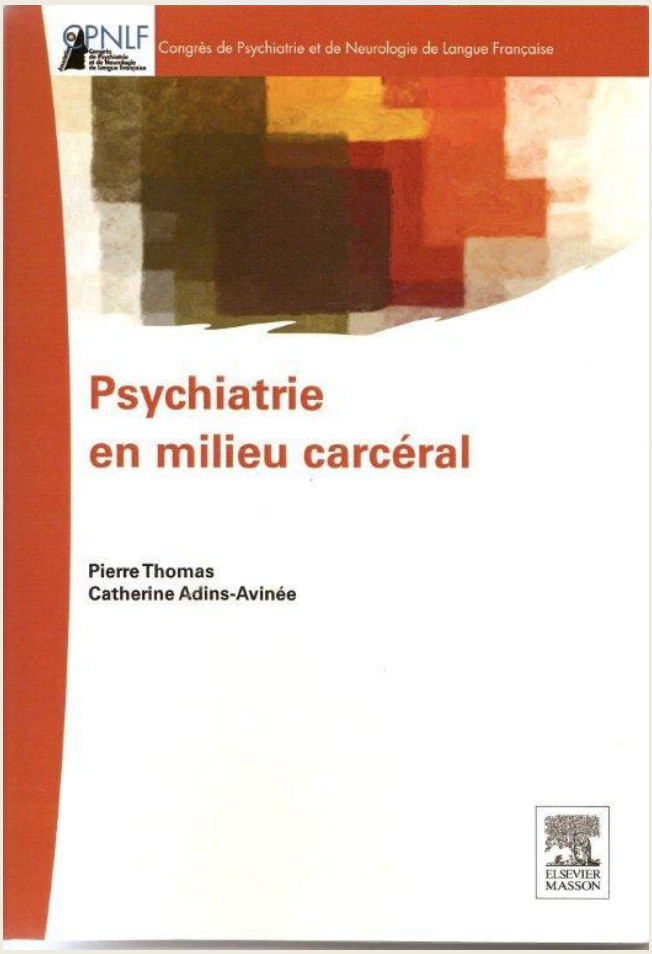
Disons, en terminant, que l'ouvrage dont nous venons de donner un trop court aperçu est d'une lecture attachante et éminemment suggestive : pour qui s'intéresse aux choses de la sociologie, il ouvre, et ce n'est pas le moindre éloge que nous en puissions faire, un vaste champ à la méditation.

Dr F. PACTET.

---

[11] 100 ans après, les UHSA et les UMD répondraient à cette éternelle question (Note du rédacteur de Kamo).

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION



L'ouvrage le plus récent publié sur la psychiatrie en milieu pénitentiaire.
Les collaborateurs nombreux ont rédigé cet ouvrage sous la direction de Pierre Thomas, PU-PH, professeur de psychiatrie adulte a la faculté de Médecine-Université de Lille II et chef du SMPR au CHRU de Lille et de Catherine Adins-Avinée, PH dans le Pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire – Université de Lille II.

Le sommaire comporte les chapitres suivants :

1. Prologue. Etre psychiatre en milieu pénitentiaire
2. Santé en Prison
3. Prises en charge des patients présentant des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire
4. Les addictions en milieu carcéral
5. Suicide et tentative de suicide en milieu carcéral
6. A propos du quartier disciplinaire des prisons
7. Etre mère en prison
8. La sexualité en prison
9. Une lecture de l'articulation des professionnels de la santé et de la justice à travers la mise en place des Commissions Pluridisciplinaires uniques
10. Les psychothérapies en prison
11. Prise en charge socio-éducative en Service Médico-Psychologique Régional
12. Prise en charge des auteurs de violence sexuelle en prison
13. Enseignement et recherche psychanalytiques dans le cadre du SMPR à Sequedin

On remarquera que le chapitre consacrée à une thématique « tendue » a été rédigé par une psychologue clinicienne employée par la direction interrégionale des services pénitentiaires et non par un soignant rattaché au ministère de la santé.

Psychiatrie en milieu carcéral

Pierre Thomas, Catherine Adins-Avinée

En 30 ans, la psychiatrie s'est progressivement éloignée de son image carcérale et s'est enrichie de nouvelles pratiques basées sur l'alliance thérapeutique.
Parallèlement, de plus en plus de détenus souffrant de pathologies psychiatriques sont incarcérés dans les prisons de France et d'Europe, créant des besoins de soins et d'accompagnements au-delà des capacités de réponse des dispositifs en place.
Qu'ont-ils en commun, ces patients qui rentrent en prison et pourquoi « échappent-ils » aux soins communautaires ? Plus de comorbidités, plus de précarité, des actes médico-légaux dont la pénalisation peut parfois paraître démesurée par rapport à l'acte et le contexte dans lequel il a été commis. Pourquoi la prison devient-elle le lieu de vie des patients psychiatriques marginalisés ? Les raisons de cette évolution sont complexes et s'inscrivent dans l'articulation des politiques sociales, pénales et des politiques de santé. Comment délivrer des soins en prison ? Quelle interaction est la plus adéquate avec les personnels de l'administration pénitentiaire ?
Cet ouvrage rédigé par l'équipe du SMPR de Lille fait l'état des lieux de l'accès aux soins des détenus dans les prisons françaises. Partout, les équipes des secteurs psychiatriques et des services médico-sociaux qui interviennent dans les établissements pénitentiaires ont mis en place à partir des moyens dont elles disposent des dispositifs de soin et d'accompagnement exemplaires. Parfois, ils ont bénéficié d'un cadre légal comme dans les addictions ou dans la prévention des risques, parfois il s'agit de créativité dans le recours aux psychothérapies, à l'abord de maltraitances, à l'accompagnement périnatal des femmes incarcérées ou encore dans la prise en charge des auteurs de violences sexuelles dans un cadre légal plus flou qu'en milieu ouvert.
Les intervenants en santé mentale trouveront ici des réponses à toutes les questions soulevées par les pratiques en milieu carcéral, questions qui concernent l'ensemble de la société.

Pierre Thomas - PU-PH - Professeur de psychiatrie adulte à la faculté de Médecine - Université de Lille II et Chef du SMPR au CHRU de Lille.

Catherine Adins-Avinée - PH - Psychiatre, Pôle de psychiatrie médecine légale et médecine en milieu pénitentiaire - Université de Lille II

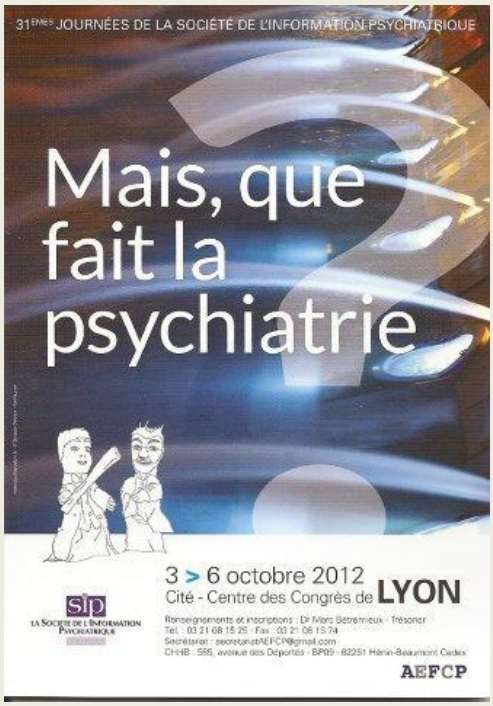
978-2-294-71923-3

9 782294 719233

Retrouvez tous nos ouvrages
sur www.elsevier-masson.fr

AGENDA

Et à Lyon en octobre 2012, une question essentielle :



Avec au sein du programme les thématiques médico-légales suivantes :

Lors de l'Assemblée générale du SPH :

- *Bilan des motions 2011 : Quelle dangerosité en psychiatrie ?*
- *Atelier FMC : « Le suivi des personnes sous main de justice dans le dispositif sectoriel (M. David et G. Rossinelli)*

Lors des Journées de la SIP

- Formation professionnelle continue :
  - *« Injonctions de soins »* (M. David et G. Rossinelli)
  - *« Expertise »* (JC Pascal et P. Bonnan)
  - *« Comportement violent, violence et agressivité* (M. de Luca et Y. Thoret)
- *Atelier de communication*
  - *Sécurité, sécuritaire* (G. Shadili)
- *Session médico-légale : « Jusqu'où va la psychiatrie dans l'accompagnement des mesures privatives de liberté ? »*
  (Première partie présidée par M.F. Orioli ; discutant M. David)
  - L'exercice en UMD, qu'en attendre ? (O. Tellier)
  - Où va la psychiatrie en milieu carcéral ? (C. Paulet)
  - Le rôle de l'UHSA (P. Lamothe)

  (Deuxième partie. Discutant Y. Hémery
  - Jusqu'où la contrainte (B. Lachaux)
  - Quelle est la mission et qui commande ? (O. Doron)

Groupe Multiprofessionnel des Prisons

- 18 rue de la Poste 9425O Gentilly
- Tel : 01 48 38 76 84 - Email : antoine.lazarus.gmp@gmail.com,

-

-

Invitation à la prochaine réunion du GMP

- Mardi 4 septembre 2012

-

- Début 19 h - 22 h 30 fin
- **48, bd Jourdan 75014 Paris**
- Site de l'Ecole Normale Supérieure

-

- **Métro Porte d'Orléans. (Prendre sortie Bd Jourdan)**

-

- Première partie :

-

- Echanges et discussion des informations depuis le mois de juin :

-

- **- Les annonces de Madame Taubira pendant l'été et pour la rentrée**
-
- **- 12 septembre, sortie de OMBLINE- Film de Stéphane Cazes**
- Stéphane est un ancien du Genepi, un fidèle du GMP qui a peut-être une petite part dans la fécondation et la longue gestation de son film
- **avec Mélanie Thierry, Nathalie Bécue, Corinne Masiero et Catherine Salée durée 1h35**
- **Ombline, une jeune femme de vingt ans, est condamnée à 3 ans de prison suite à une violente agression. Alors qu'elle a perdu tout espoir en l'avenir, un événement vient bouleverser sa vie : elle découvre qu'elle est enceinte et donne naissance à Lucas.La loi lui permettant de l'élever les 18 premiers mois, Ombline va se battre pour garder son fils le plus longtemps possible auprès d'elle et**

convaincre le juge qu'elle est capable d'en assumer la garde à sa sortie de prison.

- Dans cet univers carcéral sombre, commence le combat d'une femme devenue mère en prison, qui va se reconstruire en se battant pour son enfant.
- ***http://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=203981.html***
- ***http://www.facebook.com/Ombline.Lefilm.Officiel***
-
- ***"Ce film est d'une justesse bouleversante. "***
-
- ***http://www.avoir-alire.com/ombline-la-critique***
- ***http://www.cinemas-utopia.org/toulouse/index.php?id=1706&mode=film***
- ***http://www.abusdecine.com/critique/ombline,***
-
- **Vous pouvez voir le film en avant-première dans plusieurs villes, les dates sont sur ce lien :**
- ***http://www.facebook.com/events/436984429687748/***

-

- Deuxième partie :

-

- Suite de la discussion amorcée en juin

-

- 1) Quels thèmes, quelles stratégies de sanctions pénales et pénitentiaires dans la période politique qui s'ouvre ?

- **- La prévention de la récidive comme politique pénale dominante ?**
- **- Pour une politique pénale innovante et respectueuse des droits, proposition du groupe de travail coordonné par J.C. Bouvier**
- **- *Pour en finir avec la primauté de l'emprisonnement* avec la notion de *Contrainte pénale communautaire*, comme le proposent les signataires de l'appel du 1 juin 2012 ?**
- **- Batailler pour la réduction de la durée des peines d'emprisonnement et le renoncement à la rétention de sûreté, ce qui serait la suite des travaux du GMP pour des "l*ieux de vie sans limitation de durée"* qui contribueraient à éviter bien des incarcérations provisoires ou des réductions de peines par défaut de garanties de logement et e supports sociaux minimum.**
- **- Faire apparaître les effets pervers du concept et des applications de la notion "d'altération du discernement" qui est la source à gros débit de la présence massive de malades mentaux dans les prisons. Cela ouvrirait un combat pour séparer à nouveau, comme au 19éme siècle les espace du soin en psychiatrie et leur éthique et les espaces de la sanction pénale et leur éthique.**

- *Rappel Art 122 du code pénal « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.*
- *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».*
- Cette liste de thèmes déjà évoqués n'est évidemment pas exhaustive
-
- **2) Décloisonner et mutualiser l'impact de nos réflexions, engagements, prises de positions, travaux.**
- L'hypothèse serait d'élargir institutionnellement le GMP pour aller vers une sorte de co-animation par plusieurs organisations associées à cet effet. **Cette discussion, déjà amorcée elle aussi doit amener à ouvrir des discussions et contacts dans les semaines qui viennent.**
-
- **à mardi prochain**
- **Pour le GMP, Antoine Lazarus**

- -

- **Comme d'habitude, toutes les personnes intéressées sont invitées.**
-
- **Merci de bien vouloir diffuser cette invitation, autour de vous,**
- **notamment à ceux et celles qui n'ont pas d'adresse électronique**
- **et que nous ne pouvons pas joindre**
- **Prochaines réunions en 2012 :**
- -
- **Mardi 2 octobre**
- **Mardi 6 novembre**
- **Mardi 4 décembre**

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale de Santé : http://www.ars.sante.fr/portail.0.html. A partir du portail des ARS, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger vos informations régionales.

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

ARPENTER le champ pénal, Lettre d'information sur les questions pénales et criminologiques. Informations sur la population carcérale par Pierre V. Tournier, directeur de recherches au CNRS, Centre d'histoire sociale du XXe siècle (Université Paris 1. Panthéon Sorbonne). http://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

Bibliothèque Philippe Zoummeroff : www.collection-privee.org

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

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

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

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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

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

Contrôleur Général des Lieux privatifs de liberté : www.cglpl.fr

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

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

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

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

La documentation française : www.ladocumentationfrançaise.fr

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

Logos : www.logos66.com

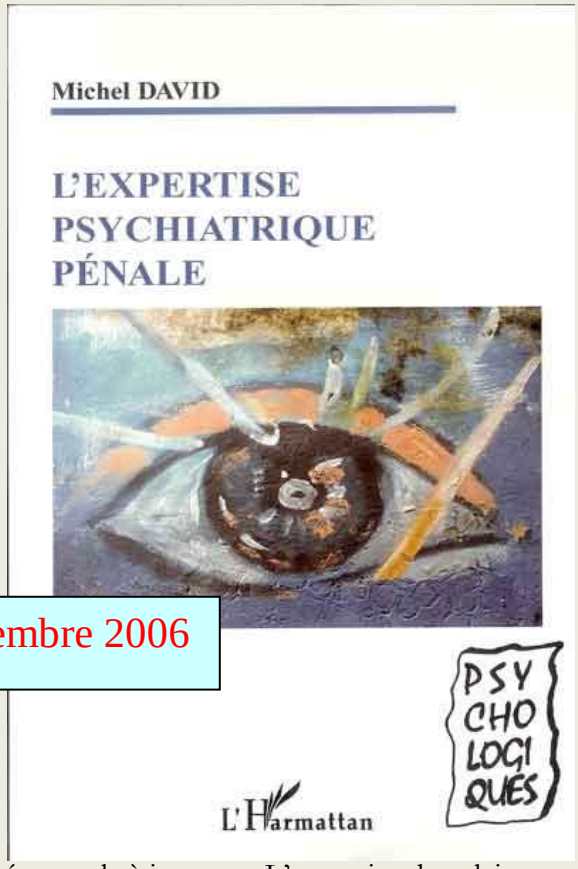
Medikar: www.medikar-web.com/. **Le site de l'Union régionale des Médecins Libéraux de la Guadeloupe.**

Observatoire International des prisons : www.oip.org

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

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

PUB !



Novembre 2006

L'expertise psychiatrique pénale

Le fonctionnement de la Justice en matière de procédure pénale fait l'objet d'une réflexion collective, principalement à la suite d'affaires judiciaires complexes. Le psychiatre, lorsqu'il collabore avec la justice en tant qu'expert, est un acteur de la procédure.

Dans les premiers temps de l'expertise psychiatrique, le magistrat instructeur demandait au psychiatre de déterminer si l'auteur présumé d'un délit ou d'un crime était atteint d'une maladie mentale pouvant entraîner son irresponsabilité juridique. Il est maintenant sollicité pour des missions de plus en plus extensives, à la fois dans le contenu des questions mais aussi dans des contextes qui ne se limitent plus seulement à l'instruction ni au mis en examen.

L'expertise de prélibération conditionnelle doit éclairer le juge d'application des peines sur l'évolution d'un condamné, sur sa dangerosité potentielle et sur les soins éventuels à imposer. L'expertise des plaignants, autour de laquelle la question de la crédibilité a fait largement débat, se doit d'évoluer en s'efforçant de dégager le retentissement des faits sur la personnalité de la victime.

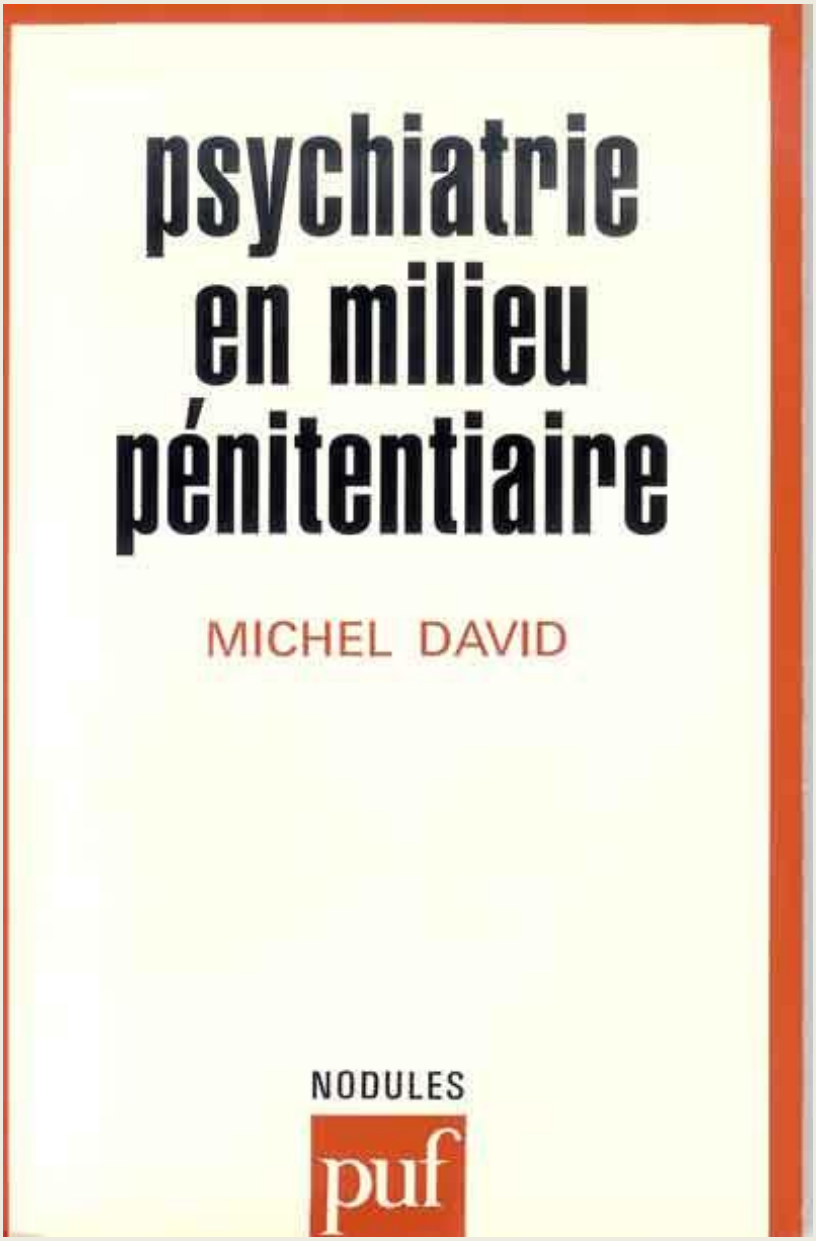
La montée en charge progressive des soins en milieu pénitentiaire peut partiellement s'expliquer par la pratique expertale.

Le recours à l'expertise psychiatrique devient de plus en plus fréquent, alors que parallèlement, la psychiatrie rencontre une crise démographique notable. Les limites et les conditions de l'expertise psychiatrique pénale devront faire l'objet d'une réflexion des pouvoirs publics, des professionnels et des citoyens afin que la contribution des experts au fonctionnement de la Justice réponde le plus finement possible aux exigences d'un Etat de droit.

Mots-clés : Expertises pénales psychiatriques et psychologiques – Irresponsabilité pénale - Article 122-1 du Code pénal - Agresseurs sexuels - Suivi socio-judiciaire – Injonction de soins – Dangerosité – Récidive - Psychiatrie légale – Soins en milieu pénitentiaire – SMPR – UHSA – UCSA - Alternatives à l'incarcération.

Disponible également en ebook pour l'avoir en permanence à disposition et le lire et le relire !

Psychiatrie en milieu pénitentiaire



Avec le décret du 14 mars 1986 se trouve officialisé le secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire qui prend place aux côtés des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile. Toutefois, les psychiatres n'ont pas attendu cette date pour intervenir en prison; ils y sont implantés maintenant depuis plus d'un siècle.

Cependant, l'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est assez mal connu. Cette méconnaissance relative est certainement due à la structure même du milieu carcéral, par définition replié sur lui-même, peu enclin à la communication, paraissant rebutant, et souvent "oublié" par le citoyen.

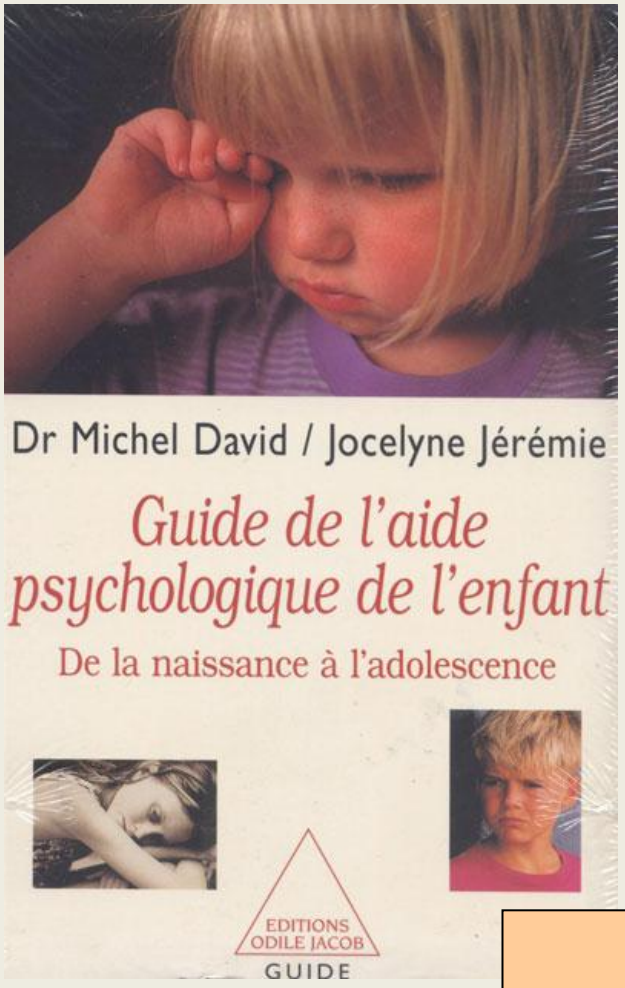
Le but de cet ouvrage est de présenter un panorama des diverses facettes du travail psychiatrique s'effectuant en prison. Les aspects historiques, législatifs, topographiques et cliniques sont tour à tour abordés.

Nous espérons ainsi pouvoir contribuer, en apportant un éclairage sur l'ombre carcérale, à une meilleure articulation et coopération des différents secteurs de psychiatrie cités *in limine*.

PREMIER OUVRAGE

Mai 1993

Guide de l'aide psychologique de l'enfant
De la naissance à l'adolescence



1999

Quelle est la différence entre un psychiatre, un psychologue, un psychanalyste ? En quoi consiste le travail d'un orthophoniste? Où consulter? Combien ça coûte? Comment se déroule une consultation ? Quelles sont les situations qui peuvent conduire à emmener son enfant chez un « psy » ?

Ce guide vise à répondre aux nombreuses questions que se posent les parents. Car si la consultation chez un « psy » est en constante augmentation, si elle n'est plus aujourd'hui taboue, le milieu de la santé mentale est encore mal connu.

Définir les motifs de consultation - depuis les problèmes du nouveau-né jusqu'aux difficultés de l'adolescent -, faire connaître les structures de soins ainsi que les procédures diagnostiques et thérapeutiques, voilà qui contribuera à lever les zones d'ombre du monde « psy » et à faciliter la demande d'aide psychologique à l'enfant et à l'adolescent.

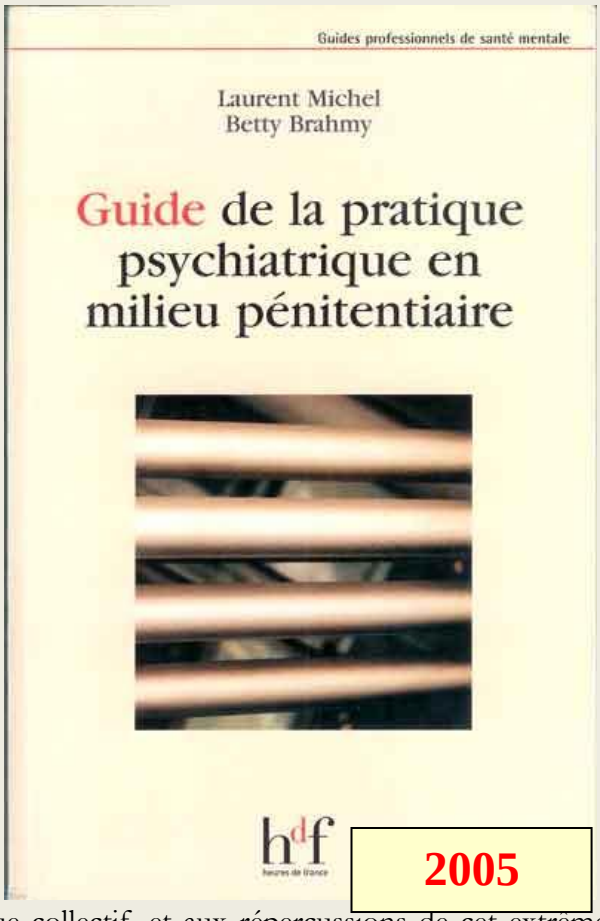
En collaboration

« Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire »

Laurent Michel et Betty Brahmy – Heures de France – 2005

Chapitre : Le cheminement historique des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

L'implantation psychiatrique en milieu carcéral ne fut pas aisée, à la fois par méfiance de l'administration pénitentiaire et de ses personnels mais aussi du fait de l'hostilité de certains psychiatres au « droit d'ingérence » en prison dans un moment sociologique où l'objectif était de sortir les malades de l'enfermement psychiatrique et non de participer à une nouvelle ghettoïsation. Cet argument reste à méditer au vu des évolutions actuelles.



Le psychiatre est souvent jugé par le milieu pénitentiaire sur sa capacité à contribuer au maintien de l'homéostasie carcérale. Il ne s'agit pas d'un exercice professionnel simple où, aux complexités inhérentes au travail dans un environnement difficile en partenariat avec une administration non hospitalière (dans les deux sens du terme ?), les soignants doivent se confronter à « l'Ushuaia » du comportement humain et à ce qu'il induit chez l'autre, aussi bien au niveau individuel que collectif, et aux répercussions de cet extrême sur la manière d'organiser, d'appréhender et de prodiguer les soins.

Les soignants en prison sont, de fait, quotidiennement plongés dans un « laboratoire expérimental d'éthique » et, comme « *c'est à chaque occasion d'accueil des blessés de la vie que l'éthique se trouve engagée* », ils ont matière à interroger sans cesse sur leur pratique face au double paradoxe de la prison : Le *paradoxe des origines*, puisque la prison est née sous sa forme actuelle quand le sujet du roi devenu un citoyen libre acquiert la possibilité de perdre sa liberté, et le *paradoxe éthique* de celui d'une République fière d'être un des flambeaux du respect des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain, mais dont les représentants du peuple sortent horrifiés de leur constat

précis et lucide des prisons républicaines, tout en laissant indifférente l'opinion publique.

En collaboration

« Soigner et/ou Punir »

sous la direction de Odile DORMOY, L'Harmattan 1995

Chapitre :
Balade historique autour de la faute et de la punition. La prison a-t-elle encore une fonction ? Pertinence des représentations sociales

Selon Beccaria les principes moraux dérivent de trois sources: la révélation, la loi naturelle et les conventions sociales. La transgression de ces principes met l'individu en faute et conduit à une éventuelle punition.

L'exclusion dans un autre lieu et l'interdiction de séjour dans le paradis terrestre furent la conséquence punitive de la faute originelle, elle-même transgression d'un interdit primordial et unique, initialement repère simple, mais insidieux, et qui allait donner au genre humain accès à la connaissance et à la genèse du multiple et du complexe.

A partir de la révolution française, la privation de liberté est l'essence de la punition. Amendement, expiation sont les leitmotiv connus de la politique carcérale de la première partie du XIXème siècle qui en sa fin se veut plus pragmatique : puisque certains paraissent inaccessibles à tout amendement, il suffit de les éloigner en application de la loi sur la relégation de 1885. Le XXème siècle, surtout après la deuxième guerre mondiale, abandonnant le bagne, insiste sur le thème de la réinsertion pour sembler de nouveau s'orienter vers l'exclusion et les oubliettes.

Actuellement, la complexité infinie du droit et de l'organisation de la société rend les repères difficiles et la frontière apparente entre le bien et le mal floue. Les solutions simplistes fleurissent, orientées par la compulsion à recourir aux sondages (Régis Debray) tandis que certains cherchent à infléchir le mouvement en militant pour une « pensée complexe » (Edgar Morin), ou que d'autres théorisent autour de la notion de crime contre l'humanité, ushuaïa de la « méchanceté ontologique » (Vladimir Jankélévitch) de l'être humain.

La prison et la psychiatrie sont prises dans ce moment historique de crises cumulant à elles deux des occasions d'un questionnement anthropologique nécessaire. De l'expiation à la réinsertion, le temps de l'exclusion est de retour, permettant d'éviter au corps social la réflexion morale sur la faute et de simplifier la réponse à donner à la punition, de ne pas se soucier de ce qu'en pense l'auteur de l'infraction tout en demandant au psychiatre d'instaurer un traitement médical après l'échec du traitement pénitentiaire et social.

En somme, cherchez la faute !....

1995

Et pour se détendre après ces thématiques arides,
à lire dans la suite de 2011, année des Outre-mer :

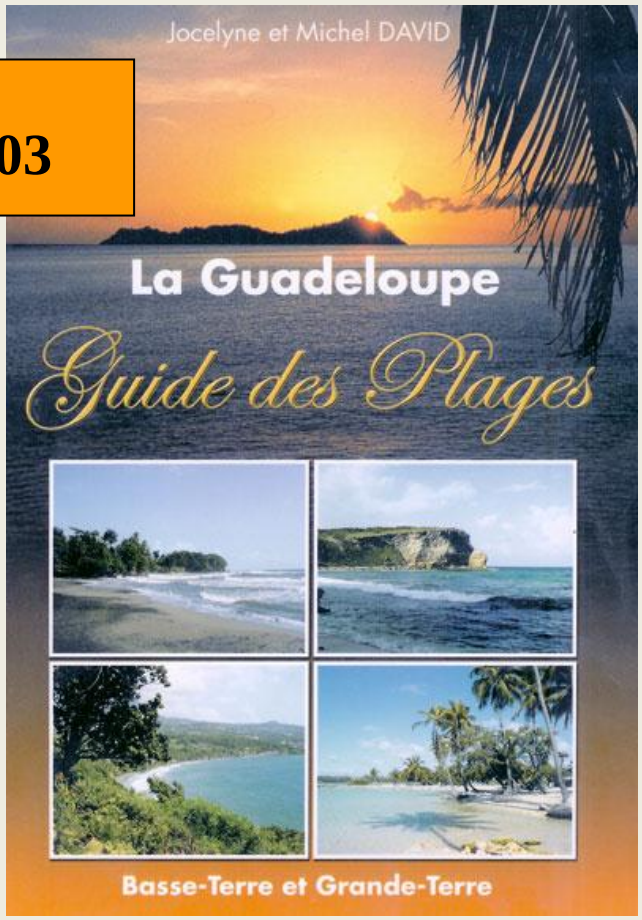
La Guadeloupe
Guide des Plages

Michel et Jocelyne DAVID

Association pour la Valorisation de l'Environnement de la Guadeloupe (AVEG)

En vente uniquement en Guadeloupe

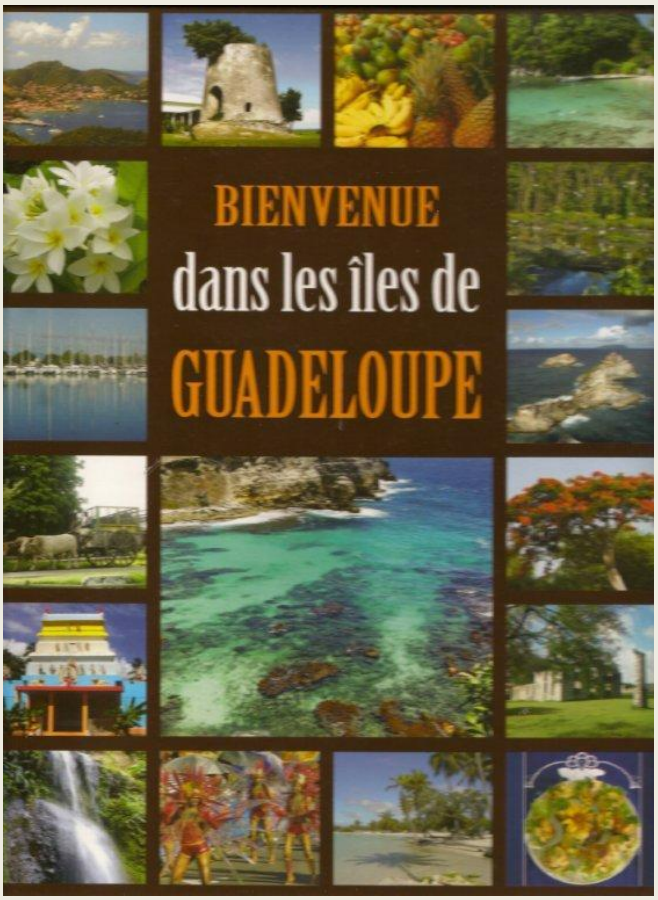
2003



BIENVENUE
DANS LES ILES DE GUADELOUPE

Jean-Jacques JEREMIE et Héléna NARAYANIN
Association pour la Valorisation de l'Environnement en Guadeloupe
aveg.guadeloupe@wanadoo.fr

Crédits photos : Michel et Jocelyne DAVID



Il est bien sûr difficile, sinon impossible, de présenter les îles de Guadeloupe en quelques pages. La région, avec ses richesses naturelles, est tellement accueillante et belle que nous ne pouvions que proposer des idées de découvertes qui s'adressent aussi bien au guadeloupéen, qu'à nos voisins des Antilles et de la Caraïbe et, au-delà des océans, à tous nos visiteurs.
Cet ouvrage, richement illustré avec plus de 400 photos, vous aidera dans vos choix, grâce aux informations historiques, culturelles, environnementales, économiques et gastronomiques qu'il contient.
Nous vous disons alors bonne découverte et Bienvenue dans les îles de Guadeloupe

Certains reconnaîtront la photo de la Pointe-des-Châteaux avec la Désirade en arrière-plan dont un grand agrandissement a orné pendant des années mon regretté bureau partagé au SMPR de Baie-Mahault.

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

En attendant que Socapsyleg dispose de son site, vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous.

Vous pouvez également les demander en écrivant à socapsyleg@orange.fr. (et les recevoir gratuitement évidemment). Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

ARTAAS : www.artaas.org
Ban public : www.prison.eu.org
Collège des soignants intervenant en prison : www.sante-prison.org

Kamo* de Socapsyleg

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

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).