



KAMO DE SOCAPSYLEG

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

2009

Année 4, Numéro 4

SOCAPSYLEG
*Société Caraïbienne de
Psychiatrie et de Psychologie Légales*



socapsyleg@orange.fr

Dans ce numéro :

1.	Editorial.....	2
2.	Lettre Bernard Lachaux	4
3.	Communiqué SPH : EPS Paul Guiraud	6
4.	Quelle évolution pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire ?	7
5.	Journées Nationales ARTAAS	18
6.	Groupe multiprofessionnel des prisons	22
7.	Notes de lecture	23
8.	Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie criminelle	25
9.	Information sur le site « Délinquance, justice et autres questions de société »	25
10.	DU 3 ^{eme} cycle : Clinique et thérapeutiques des AICS	26
11.	ENAP recrute un enseignant chercheur	27
12.	Sites Internet	28
13.	Agenda	29
14.	Propos comiques	30
15.	Où trouver les anciens numéros de Kamo.....	31

Editorial

Une polémique essentielle : les pôles médicojudiciaires ou psycho-légaux Sommes nous en partie responsables de l'instrumentalisation sécuritaire de la psychiatrie ?

Il n'était pas prévu en ce début de congé estival un numéro de Kamo. Mais comme bien souvent, l'actualité pressante oblige de tenter un dernier numéro avant l'oubli des vacances.

Des tensions fortes sont apparues à l'EPS Paul Guiraud à Villejuif. S'y trouve concentrés bien des maux du monde hospitalier, notamment de la psychiatrie, *a fortiori* quand s'ajoutent les notions de dangerosité et de délinquance. Toujours la question de « l'animal dangereux ».

En premier lieu, le dispositif de soin interroge car il s'agirait de réunir sous un même pôle médico-judiciaire UMD/SMPR/ UHSA/CSMJ : mélange délinquance/non délinquance réuni sous la bannière de la dangerosité. Une lettre de Bernard Lachaux, vice-président de la CME de Paul Guiraud expose précisément la situation et notre confrère a donné à Kamo l'autorisation de la publier sous condition de l'anonymiser.

En deuxième lieu, on remarque, sans étonnement, l'absence de considération dans la décision de l'avis de la communauté médicale (qui dorénavant avec l'amendement scélérate (loi HPST) déposé par le Gouvernement en commission mixte paritaire doit être uniquement « concertée »). Que penser de cette confusion ? La critique est vive et, légitime, chez nombre d'entre nous de voir apparaître des pôles regroupant UMD/SMPR/USIP/UMAP/UMD/UHSA/CSMJ/HO/HDT/Soins ambulatoires sous contraintes etc. En somme tous les méchants qui perturbent. La psychiatrie au service des idéologies politiques sécuritaires. Les lecteurs de Kamo liront le montage de l'EPS Paul Guiraud à la lecture de la lettre en question, ainsi que la réaction du SPH, mais cette situation peut ouvrir à d'autres questions.

Plusieurs associations en pôle sont ambiguës et ouvrent à d'amples discussions SMPR/Centre socio-médico-judiciaire ou SMPR/UMD. Une argumentation fondamentale repose sur le désir de ne pas associer soins aux délinquants et aux non délinquants. Mais finalement les problèmes de confusion ne reposent-ils pas sur le fait d'avoir accepté cette distinction ? Une personne détenue malade, condamnée ou non, est avant tout une personne, souffrant d'un trouble mental et pleinement citoyen puisque les lois de la République s'appliquent à lui, y compris dans la sanction pénale.

La psychiatrie de secteur, dans son projet de désaliénation, d'objectifs partagés de « réhabilitation », de retour dans la cité, est-elle compatible avec un distinguo entre malades/délinquants et malades/non délinquants ?

En créant le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, n'aurions nous pas permis les dérives sécuritaires actuelles ? Le SMPR est l'équivalent asilaire de l'hôpital psychiatrique. La prison comme l'hôpital psychiatrique peut être source de chronicisation, d'infantilisation du sujet, de perte des habiletés sociales annonçant tous les impossibles de la réinsertion (versant pénitentiaire de la réhabilitation en psychiatrie).

Il faut espérer que dans le proche SROS IV, il serait possible de réfléchir à une abolition du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire (SPMP). Intégration de l'ex SPMP dans un secteur (pôle) de psychiatrie générale. Possibilité de mutualiser les remplacements et les compétences de divers professionnels du pôle. Tel psychologue ou infirmier ou tout autre professionnel ayant une compétence spécifique pourra la mettre à disposition des détenus pour quelques heures par semaine. Perméabilité entre UF, mutualisation des moyens

dans le sens d'une optimisation des compétences et non dans un strict souci d'économies (mais qui pourront être réelles). Implication de tous les professionnels dans les soins aux personnes détenues et pas seulement une équipe présumée spécialisée. Et finalement, c'est le montage dominant des soins aux détenus. La plupart des dispositifs de soins psychiatriques aux détenus sont gérés par les secteurs de psychiatrie générale et non par les SMPR, alors pourquoi ne pas généraliser le système.... Et valoriser ainsi le secteur dont on craint la disparition. En ayant accepté le montage sanitaire « soins à la population libre vs soins à la population pénale », on en arrive aux dérives actuelles légitimement dénoncées, nécessitant des découpages se multipliant à l'envi en fonction des options personnelles, des luttes de pouvoir institutionnelles, des exigences de l'opinion publique, des campagnes médiatiques ou des stratégies politiques.

*

**

Dans le précédent de Kamo, l'analyse de Socapsyleg du séminaire des 29/30 avril 2009 sur l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale en milieu pénitentiaire, organisé par la DHOS au ministère de la santé vous était livré.

Dans ce numéro, une analyse plus « dénotative » vous est donnée à partir de la synthèse des diaporamas rédigée à l'issue du séminaire.

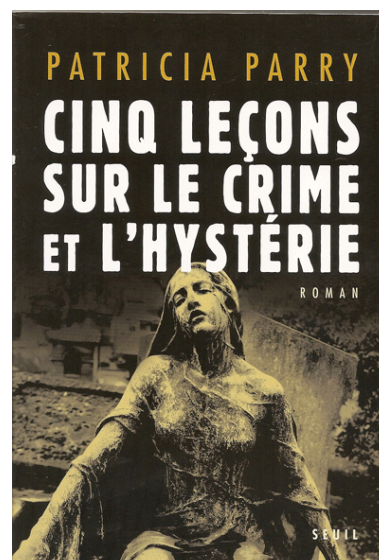
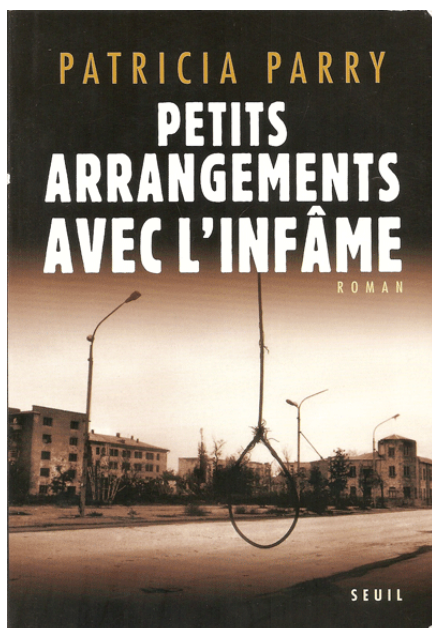
Les scénarii de la psychiatrie en milieu pénitentiaire relèveraient-ils du thriller? De la généralisation des cellules d'hébergement dans tous les établissements pénitentiaires au recueil de l'activité des SMPR/DSP par les UCSA, on en finit pas d'être tenu en permanente haleine face à ce suspense DHOSesque insoutenable.

*

**

Toutefois, pour les vacances à venir; il nous reste les thrillers psychiatrico-politico-historiques (rubrique notes de lecture) de notre consœur psychiatre Patricia Parry. L'incroyable imaginaire rassure.... Tellement éloigné de la réalité ! Et pour oublier la fâcherie créée par le principe de l'abolition du SPMP et de voir revenir dans le giron de la psychiatrie hospitalière les personnes détenues.....

Michel DAVID



LETTRE DE BERNARD LACHAUX

Propos de la situation de l'UMD Henri Colin à l'EPS Paul Guiraud

Docteur Bernard LACHAUX

VILLEJUIF le 18 juin 2009

Chères Amies et Chers Amis

Représentant du corps médical, élu vice-président de la CME puis membre du conseil exécutif, je représente aussi l'établissement à la commission du suivi de l'UMD Henri COLIN. C'est à ces différents titres, je dois vous faire part de mon inquiétude, quant à la situation institutionnelle de notre hôpital telle qu'elle se dessine.

Disparition du poste de chef de service à l'UMD et disparition de l'UMD comme service de soins indépendant

La disparition du poste de chef de pôle de l'UMD Henri COLIN et la disparition de l'UMD comme service de soin indépendant, sont des coups portés à l'EPS Paul GUIRAUD, mais bien au-delà aux usagers et aux médecins qui ont une responsabilité dans leur prise en charge médicale, compte tenu du recrutement départemental et régional de ce service.

L'affaire commence le jour de décembre 2008 quand la direction précédente provoque le départ du Dr X contre l'avis de la communauté médicale, et dans des conditions que nous avons regrettées, sans pouvoir, ni savoir contrecarrer sa mise en application brutale.

Sur le poste ainsi vacant, le Dr Y accepte d'assurer l'intérim que lui attribue le Directeur. Elle gardera cependant ses fonctions de chef de pôle du SMPR. Malgré l'avis contraire de la CME elle poursuit son intérim, renforcée par la décision autoritaire du Directeur, annoncée au conseil exécutif du 13 février 2009, de ne pas publier le poste de chef de pôle. La situation perdure depuis, réduisant deux postes d'importance à deux postes à mi-temps. Mais surtout elle comporte une confusion des responsabilités dans deux entités, à mon sens profondément différentes dans leur mission.

Cette situation reste réversible, si une déclaration de vacance de poste intervient avant le 31 juillet 2009. Mais tel ne semble pas être le projet porté, hors de toute concertation avec le corps médical ou ses représentants, par le Dr Y et l'ancien Directeur de l'hôpital. Leur projet serait de mettre en place un pôle médico-judiciaire englobant SMPR et UMD. La non publication du poste de chef de pôle l'UMD aboutirait à sa disparition et le projet de pôle médicojudiciaire serait ainsi entériné jusqu'à la nouvelle gouvernance prévue par la loi HPST, où il serait pérennisé sans espoir de retour en arrière.

Voilà pour la stratégie.

Sur le fond, on comprendra que j'intérêt que je porte à cette question s'appuie sur une réflexion issue de plus de trente ans de pratique de la psychiatrie clinique et de plus de vingt cinq ans de psychiatrie médico-légale. Elle a fait l'objet d'un apport écrit le 13 février 2009, que la Direction a récusé et que je souhaite résumer ici :

« La différence entre le domaine du soin et le domaine judiciaire. Cette différence fondatrice date du 19ème siècle et découle plus particulièrement de l'article 64 du code pénal de 1810, ainsi que de la loi du 30 juin 1838.

La notion de pôle médico-judiciaire a été développée pour accueillir l'UHSA structure de soin qui a vocation d'être rattachée au SMPR et dont la surveillance est assurée par la pénitentiaire, recevant des personnes malades placées sous écrou.

Pour ces raisons:

- il n'a jamais été inclus l'UMD dans ce dispositif;
- l'UMD ne concerne que des patients pleinement confiés au système de soins et qui doivent d'ailleurs être en HO ;
- une commission indépendante assure la garantie d'une évaluation clinique comme critère de sortie;
- le véritable pôle auquel pourrait être rattaché l'UMD est un réseau de coopération inter hospitalière avec des UMAP, des UPID ou des USIP qui correspondraient ainsi aux réponses à apporter aux patients difficiles que les différents niveaux de prise en charge n'arrivent pas à contenir, dans leur secteur d 'origine, mais qui peuvent après amélioration parcourir le dispositif dans le sens inverse.

Les motivations personnelles et la proximité géographique ne sont que des opportunités qui ne doivent pas être confondues avec des différences légales, cliniques et éthiques entre:

- d'une part un dispositif pénitentiaire basé sur la sanction au sein duquel des soignants (SMPR, UPH, UHSA) essaient d'apporter des réponses médicales et soignantes et
- d'autre part un dispositif de soins pour les patients difficiles, qui obéit à une organisation différente, celle du soin, organisateur essentiel.

La législation et le droit tant appliqué au monde hospitalier qu'au monde pénitentiaire sont d'ailleurs basés sur cette différence.

Une preuve supplémentaire pourrait être que lorsqu'un patient ne pourra pas, du fait de sa pathologie être contenu par le premier dispositif y compris l'UHSA, il passera dans le deuxième dispositif, c'est-à-dire l'UMD, mais à la condition d'une HO. Alors que l'incapacité pour des raisons médicales, schizophrénie résistante par exemple, de l'UMD à contenir un patient ne saurait établir son passage au SMPR ou à l'UHSA.

La séparation des dispositifs n'est pas un argument de deuxième ordre, mais une question de principe. Leur confusion même si elle se veut dans l'air du temps est une erreur, sous la pression du pouvoir politique désireux d'afficher des réponses faciles pour ne pas dire démagogiques.

Si le projet d'un pôle médico-judiciaire c'est-à-dire d'un pôle dévolu aux soins aux personnes ayant une dangerosité transgressive par rapport au droit qui reste présidé par la sanction: reste à écrire, ceci paraît difficile à imaginer compte tenu des options prises par la direction.

Il reste aussi à établir une différence et à écrire celle d'un réseau régional de prise en compte de la dangerosité psychiatrique due à la pathologie au sein duquel l'UMD a un rôle essentiel mais non exclusif joue, puisque les secteurs aidés par des UMAP, USIP ou UPID en sont les constituants essentiels et qu'il ne faut pas confondre la dangerosité psychiatrique avec la dangerosité légale. Tous les indicateurs y compris les événements récents les plus dramatiques prouvent l'existence de cette différence et la nécessité médicale, éthique et humaine de ne pas la nier.»

Aucune instance n'a à ce jour validé ce concept de pôle médico-judiciaire qui suscite des interrogations vigoureuses de collègues de toute la FRANCE sur cet amalgame fait entre le soin aux patients hospitalisés et le soin prodigué aux détenus.

Ce pôle présenté comme une réalisation ne fait pas partie du projet médical d'établissement et n'a jamais été discuté ni validé dans le cadre d'un futur projet médical.

Il en est de même pour le centre de rétention de sûreté post pénale dont on ne sait où seraient soignés, voire hospitalisés, les patients retenus après la fin de leur peine et auquel sans que nous ayons formulé le moindre avis, ni reçu la moindre information, nous serons à l'EPS Paul Guiraud liés, comme c'est le cas pour les patients dits 0398 venus de toute la FRANCE métropolitaine et de l'outre mer.

De même le projet de jumelage entre l'EPS Paul GUIRAUD et l'institut PINEL de MONTREAL, appris par la presse, sans que les instances de l'établissement n'aient été consultées, ainsi qu'un programme mixte de formations et d'échanges entre les deux institutions pour des périodes de 15 jours pour 5 personnes de l'hôpital et de la maison d'arrêt de FRESNES trois fois par an au CANADA sans que les commissions de formation n'aient été saisies et que la budgétisation de telles formations longues à l'étranger n'ait fait l'objet d'une évaluation.

Devant cette situation et l'urgente nécessité d'y répondre, je demande au Président de la CME et aux membres élus de la communauté médicale de tout faire pour imposer la publication de ce poste de chef de pôle à l'UMD, ainsi que la formalisation explicite des projets médicaux concernant tant le SMPR que l'UMD devant les instances. Ces points sont d'une trop grande importance et impliquent des conséquences trop lourdes au plan tant financier que humain dans les différents services, et pôles à venir de l'établissement pour que la communauté médicale n'en soit pas tenue informée et n'ait pas un avis à émettre.

A l'heure où même la loi HPST reconnaît la nécessité d'une réflexion médicale sur les projets, il serait paradoxal qu'un pôle aussi important et stratégique soit mis en place d'une façon aussi peu réfléchie et concertée.

Je demande de plus au Président de la CME, qui préside aussi la Conférence Régionale D'ILE DE FRANCE des Présidents de CME de CHS d'informer les collègues des autres établissements pour qu'ils prennent connaissance et conscience du problème de l'UMD Henri Colin de Villejuif qui compte tenu de la vocation régionale de ces structures les concerne également. Sont-ils prêts à cautionner un dispositif faisant aussi peu de place à l'élaboration clinique? Sont-ils prêts à faire appel pour leurs patients difficiles à un service qui ne fait plus de différence claire dans la contrainte entre le soin et la punition? Préféreront-ils s'associer à d'autres UMD où cette différence est plus clairement établie comme un principe?

J'ai la chance de travailler à l'EPS Paul GUIRAUD depuis bientôt 9 ans. J'ai appris à connaître et à apprécier cette institution et les collègues qui en font une part importante de la richesse. Je n'ai jamais compté, ni mon temps, ni mon énergie pour participer à la vie institutionnelle et chacun d'entre vous le sait, avec le souci constant de l'intérêt commun. De plus je ne suis pas particulièrement soumis aux mouvements d'humeur ni au pessimisme. C'est pourquoi je demande à chacun d'entre vous de bien mesurer l'importance de l'enjeu, en terme stratégique et éthique pour l'avenir de l'établissement. En effet faute d'une évolution rapide et d'actes forts sur ce sujet je démissionnerai de la commission de suivi de l'UMD, où je représente l'établissement.

Par correction et par loyauté j'ai informé par courrier il y a deux semaines le Président de la Commission de suivi de l'UMD, le Président de la CME et la représentante de la DDASS. Le 18 juin 2009 au cours de la réunion de la commission de suivi de l'UMD les membres de la commission ont pu débattre de ce point central.

Cinq autres points essentiels

J'ai par ailleurs informé les membres du bureau de la CME le 17 juin 2009, en présence du Directeur intérimaire, des cinq autres points que je pensais centraux et urgents et qui seront pour moi les conditions du maintien de mon engagement institutionnel à la place qui est actuellement la mienne:

- procédure de fermeture des lits plus anticipée, plus transparente et plus équitable, car dans une logique peu compréhensible au plan clinique on assiste cette année à la fermeture d'une unité de soins du service Dr Z qui assure l'accueil d'un grand nombre

des entrées de l'hôpital;

- une organisation claire, médicalisée, et pérenne du DIM dans la perspective de la VAP et de la nouvelle gouvernance;
- un projet médical d'emblée conçu par territoires et suffisamment solide et novateur pour imposer des axes forts à la prochaine Direction qui se mettra en place à la fin de cette année, toute carence de notre part sera un point de faiblesse qui sera largement utilisé par le prochain directeur compte tenu des contraintes que l'ARS lui imposera;
- des projets de pôles élaborés par les médecins sur des critères qui sauvegardent l'avenir du secteur dans ce qu'il a de cliniquement pertinent;
- la mise en place d'un service d'accueil et d'orientation avec utilisation si possible des lits d'entrants, sous la responsabilité médicale d'un chef de pôle.

Là aussi, je sors d'un certain silence et d'un faux consensus. Je n'accepterai plus ni différés, ni faux semblants, sans clairement exprimer à tous, ma désapprobation et en suggérant des solutions pour atteindre les objectifs évoqués qui sont pour moi, essentiels à la vie de notre institution et à son avenir.

Veillez, chères amies, et chers amis, me permettre de vous exprimer ma considération à l'importance de votre point de vue dans cet échange essentiel pour la survie des conditions professionnelles d'un exercice de la psychiatrie publique à laquelle nous sommes tous attachés.

Docteur Bernard LACHAUX



Le **Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux** exprime son entier soutien à la communauté médicale de l'EPS Paul Guiraud qui demande la publication de la vacance de poste et le renouvellement d'un chef de service de l'UMD Henri Colin distinct de celui du SMPR.

Il est en effet indispensable de maintenir la différence des missions entre les Unités pour Malades Difficiles d'une part, et les SMPR ou les UHSA destinés aux détenus souffrant de troubles psychiatriques d'autre part :

- le non respect de cette distinction va à l'encontre des principes, des règlements, des modalités d'admission et de sorties des patients qui régissent ces structures de manière différente.

- ce choix administratif, au mépris d'un projet médical collégial cohérent, favorise la confusion entre les dispositifs pénitentiaires ou de régulation sociale avec le système sanitaire psychiatrique en alimentant l'amalgame entre la dangerosité et la maladie mentale qui renforce une stigmatisation générale dont les malades mentaux et la psychiatrie n'ont pas besoin.

- les choix internes de l'établissement et notamment l'opportunité de faire l'économie de postes médicaux ou la volonté de confondre les responsabilités médicale de service et de pôle ne peuvent servir de prétexte à des modalités d'organisation qui dépassent le cadre de simples enjeux locaux. Au moment où des réformes de l'organisation de la psychiatrie s'annoncent, la vocation interrégionale des UMD et l'importance de leur mission exigent que leur place dans le dispositif soient clairement précisées à l'échelon national.

J.C. Pénochet et Isabelle Montet

Quelle évolution pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire ?

Compte-rendu du séminaire
« Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »
Ministère de la santé et des Sports
29 et 30 avril 2009

Les 29 et 30 avril 2009, la DHOS, à l'initiative du Dr Dominique Peton-Klein, directrice de projet « soins aux détenus » a réuni les professionnels concernés par la psychiatrie en milieu pénitentiaire pour un travail autour d'un séminaire intitulé : « Politique de santé des personnes détenues - *Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire* ».

Les thèmes suivants ont été proposés :

- Organisation du dispositif de soins psychiatriques ambulatoires des personnes détenues
- Hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique
- Fonctionnement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées
- Continuité des soins à la sortie
- Coordination des soins en santé mentale
- Spécialisation des établissements pénitentiaires
- Compétences et formations des professionnels
- Promouvoir la demande de soins

Pour chaque thème des questions précises étaient posées aux participants. Une restitution en séance plénière a été faite par les animateurs avec un support diaporama. Ce dernier a ensuite été adressé aux séminaristes. Le présent compte-rendu des ateliers sera rédigé à partir de ce diaporama. Un compte-rendu par la DHOS est prévu.

1. Organisation du dispositif de soins psychiatriques ambulatoires des personnes détenues

Question 1 : Offre de soins minimale

Quel est le niveau minimum de prise en charge ambulatoire dont devrait disposer tout établissement pénitentiaire ?

Aujourd'hui hormis les SMPR la plupart des soins psychiatriques dispensés dans les dispositifs de soins psychiatriques (DSP) des UCSA se limitent à des consultations et des entretiens.

L'objectif de cette question est de préciser si l'offre de soins ambulatoires doit se limiter à des consultations ou intégrer à minima la possibilité d'activités à temps partiel.

Si oui les quelles ?

Peut-on parler de prise en charge graduée selon le niveau d'activité ? Si oui comment la définir ?

Question 2 : Prise en charge graduée

Faut-il mettre en place une prise en charge graduée (selon réponse à la question 1) ou différenciée tenant compte de la spécificité (maison d'arrêt, centre de détention, quartier courtes peines (QCP)) et de la spécialisation des établissements pénitentiaires ? Avantages, inconvénients

La prise en charge doit-elle être la même dans les maisons d'arrêt (où la durée de séjour est plus courte et le public différent) et les centres de détentions ?

Doit-elle tenir compte de la spécialisation de certains établissements pénitentiaires (AICS) ? Rejoint question atelier 5. Doit-elle

tenir compte de la taille des établissements ?

Question 3 : Prise en charge coordonnée

L'organisation d'une prise en charge coordonnée entre établissements pénitentiaires d'une même région est-elle envisageable voire souhaitable?

Si oui sous quelles formes ? (par exemple spécialisation des équipes au niveau régional)

Serait-il utile de mettre en place au niveau régional des équipes spécialisées dans un type de pathologie, par exemple pour la prise en charge des AICS ? La réponse devra expliciter les avantages et inconvénients d'une équipe qui pourrait être amenée à se déplacer dans les différents établissements de la région. Cf. question atelier5

D'autres type de prise en charge spécialisées (en dehors des AICS), et si oui les quelles, pourraient-elles bénéficier de ce type d'organisation. ?

Quelle place pour les équipes mobiles ?

Est il nécessaire et envisageable de mettre en place des équipes d'appui et de soutien pour palier aux difficultés ponctuelles d'effectifs ? Avantages, inconvénients. La réponse devra clarifier la définition et le rôle des équipes mobiles.

Question 4 : Rôle des SMPR

Les SMPR, dans le cadre de soins ambulatoires élargis pour tous les établissements pénitentiaires gardent-ils un rôle particulier à jouer ? (cf. décret du 14 mars 1986)

Tenant compte du contexte défini préalablement la question posée vise à préciser si les SMPR doivent toujours avoir un rôle spécifique pour les soins ambulatoires (tel que défini par les textes) ? Les prises en charge à ce niveau ne devraient-elles pas être identiques à celle pouvant être proposée au sein des UCSA ? (lien avec les réponses des questions 1 et 2).

Dans ce cas les SMPR ont-ils un rôle de « chef d'orchestre » des soins ambulatoires au niveau régional et si oui lequel ?

Quelle est la justification des antennes SMPR par rapport aux secteurs de psychiatrie générale ? *Dans un contexte de soins ambulatoires élargis, les antennes de SMPR ont –elles encore un sens ? Avantages, inconvénients*

Question 5 : Structuration et composition des équipes de soins

Quelle pourrait être la composition et la qualification d'une équipe minimum notamment au sein des DSP des UCSA, dans le cadre d'activités ambulatoires renforcées ?

Constat : nombreux postes vacants de psychiatre, prestations souvent assurées que par un psychiatre qui lorsqu'il est absent n'est pas remplacé. Absence fréquente d'IDE dans les équipes de soins psychiatriques

Quels pourrait-être les modes d'organisation à partir d'un secteur de psychiatrie générale ?

Plusieurs secteurs de psychiatrie générale ont développé le temps partagé : si un psychiatre est plus spécifiquement affecté à cet exercice professionnel celui-ci est épaulé par les autres psychiatres du secteur. Ce mode d'organisation est-il pertinent ? Pourrait-il faire l'objet de recommandations nationales ? Pourrait-il également être appliqué au personnel non médical ? Rôle du projet médical ?

Question 6 : Prise en charge des femmes et des mineurs

La prise en charge des femmes et des mineurs requière-t-elle des compétences spécifiques ?

Si oui, comment organiser cette prise en charge ?

Cette question recouvre surtout le fait d'une inaccessibilité de certaines femmes à pouvoir bénéficier de soins psychiatriques adaptés du fait de leur faible nombre et de l'impossibilité de les intégrer dans des groupes mixtes ? Quelles solutions ? Cette question doit être vue avec l'administration pénitentiaire

Question 7 : Développement de la télé-médecine

Le développement de techniques de consultation à distance est-il un moyen de remédier à la carence de personnel soignant dans certains établissements pénitentiaires et/ou doit-il être considéré comme un moyen de prise en charge complémentaire ?

Question 8 : Permanence des soins

Une permanence des soins (pds) est-elle justifiée ?

Si oui, quels pourraient être les modes d'organisation de cette permanence des soins en dehors des heures ouvrées ?

La taille de l'établissement pénitentiaire est-il un critère à prendre en compte ?

Les systèmes en place aujourd'hui sont très différents.

Pour les SMPR, la pds recouvre le plus souvent uniquement les personnes détenues hospitalisées et est assurée par l'astreinte de l'ETS (établissement de santé)

Il n'y a aucune gradation selon la taille des établissements.

COMPTE-RENDU

Constat est fait d'une hétérogénéité du dispositif. La vocation régionale des SPMP est rarement assurée. La pénurie de personnel est parfois très forte dans certaines régions. Les locaux ne sont souvent pas adaptés et peu spacieux (manque de bureaux).

Les missions habituellement assurées sont traditionnelles : prévention, soins, insertion ou plus spécifiques : repérage précoce des troubles psychiatriques, addictions en partenariat, attention portée à certaines populations (malades mentaux, mineurs, femmes, longues peines, auteurs de violences sexuelles). La continuité des soins est un problème du fait des aléas du processus judiciaire et de la trajectoire pénitentiaire. Organiser les relais à la sortie de prison est important mais souvent difficile.

L'offre minimale doit permettre le repérage précoce des troubles, d'assurer des suivis individuels ou de groupe, de mener une action de prévention.

La prise en charge sera graduée en fonction des spécificités de chaque site et de son équipement.

La prise en charge doit être coordonnée avec l'aide des centres ressources (CRIA VS). Il n'y a pas d'intérêt à identifier une équipe spécialisée régionale dans un type de pathologie.

Constat est fait que l'affectation pénitentiaire tient compte de l'implantation des SMPR (cas difficiles). La question d'un CATTP à vocation régionale laisse perplexe. Les antennes des SMPR permettent un travail institutionnel et apportent un savoir faire mais elles nécessitent une proximité géographique et ne facilitent pas l'implication des secteurs de psychiatrie générale dans les soins aux personnes détenues. Les SMPR devraient faciliter la coordination des soins, fournir des conseils techniques, faciliter les échanges, l'harmonisation des pratiques et contribuer aux actions de formation.

Les équipes de soins psychiatriques doivent être pluridisciplinaires et placées sous la responsabilité d'un psychiatre. Un projet médical commun (somatique, psychiatrique, addictologique) devrait être élaboré. Un travail étroit est souhaitable avec les équipes de soins somatiques (UCSA). Au sein des UCSA, les équipes psychiatriques doivent avoir des locaux dédiés (notamment pour les ateliers thérapeutiques). La prise en charge des femmes et des mineurs ne requiert pas de compétences spécifiques. On note même une expérience de groupes thérapeutiques mixtes dans un SMPR (hommes, femmes, mineurs).

La télé-médecine peut être utile dans certaines situations, limitant les extractions mais doit être expérimentée avant toute généralisation.

Concernant la permanence des soins ambulatoires, constat est fait que la prison n'est pas un hôpital. La continuité des soins doit être assurée aux heures d'ouverture des UCSA et des SMPR ; en-dehors des heures d'ouverture, il faut recourir au centre 15.

2. Hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique

Question 1 : Activités thérapeutiques de jour

Doit-on maintenir l'idée d'une hospitalisation de jour (HDJ) au sein des établissements pénitentiaires ?

Si oui, sous quelle forme ? Hospitalisation de jour/CATTP ? Quels rôles respectifs ?

Nécessité de cellules d'hébergement médicalisées ? (à proximité du lieu de soin)

Le type d'établissement pénitentiaire (taille/lieu) doit-il être pris en compte ? Maison d'arrêt et/ou centre de détention.

Ces activités thérapeutiques de jour doivent-elles uniquement se faire au sein des SMPR ? Ou au sein de toutes les UCSA ?

Question 2 : Hospitalisation à temps complet

Des modifications au dispositif actuel sont-elle à envisager ?

1- Dans l'attente de la mise en place des UHSA voire de la gestion de la période transitoire

Comment améliorer la prise en charge des HO D 398 au sein des secteurs de psychiatrie de rattachement dans le cadre actuel? (modalités de prises en charge, surveillance) ? Evolution de la réglementation ?

D'autres modes de prise en charge sont-ils possibles au sein des départements voire des régions ? Place des unités intersectorielles psychiatriques ?

2- Tenant compte du programme UHSA

Les UHSA répondront-elles à l'ensemble des besoins observés ?

Si non, quels sont les besoins sans réponse ?

La création des UHSA répond à un besoin de prise en charge en hospitalisation psychiatrique des personnes détenues le nécessitant dans des conditions sécuritaires et de qualité.

Les UHSA répondront-elles à tous les besoins observés voire peut-on d'ors et déjà identifier des types de patients dont l'état clinique nécessiterait d'envisager d'autres solutions ?

Doit-on maintenir la possibilité d'hospitalisation de proximité de courte durée ?

Si oui, dans quelles conditions ?

• Hospitalisation avec ou sans consentement ?

Quel lieu d'hospitalisation ? Secteurs de psychiatrie générale de rattachement ou

- Recours possible à une hospitalisation en chambre sécurisée « somatique » ?

- Statut et devenir des « unités psychiatriques intersectorielles départementales » ?

COMPTE-RENDU

Les UHSA ne sont pas perçues comme une solution totale et définitive aux problèmes de santé mentale en milieu pénitentiaire. Elles sont un outil de plus au sein d'une filière qui risque de devenir ségrégative. Une évaluation de la première tranche d'UHSA est indispensable avant de décider du lancement de la deuxième tranche.

Dans l'attente de la finalisation du programme UHSA, afin que les personnes détenues puissent bénéficier des mêmes dispositifs soignants que la population générale, il conviendrait d'étendre les possibilités d'hospitalisation sur les modalités de l'HL et de l'HDT.

Une fois les UHSA opérationnelles, certaines hospitalisations risquent de ne pas être possibles (urgences, éloignement, pas de places en UHSA etc.), il conviendrait de pouvoir permettre encore l'hospitalisation de proximité (USIP ?). Dans ces cas, il faut pouvoir offrir aux équipes accueillantes des conditions d'exercice

professionnel satisfaisantes et sécurisantes (effectifs, locaux, formations).

3. Fonctionnement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées

Question 1 : Critères d'admission

Des critères d'admission doivent-ils être définis? (L'UHSA doit-elle prendre en charge toutes les hospitalisations en provenance des établissements pénitentiaires qui lui sont rattachés, avec un renvoi vers l'hospitalisation de proximité quand il n'y aura plus de lits disponibles ou des critères doivent-ils être posés ?) Si des critères sont posés, lesquels ? (pathologies, dangerosité) ?

Question 2 : Régulation

L'organisation de la régulation relève du responsable médical de l'UHSA, qui prononcera les admissions au sein de son unité. Il est toutefois souligné dans la circulaire qu'« il convient de prévoir un volant de lits disponibles pour les admissions dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement ». Quelle(s) organisation(s) proposer pour assurer la régulation de la disponibilité des lits, y compris pour des hospitalisations en urgence (règlement intérieur-type, création d'un comité de coordination au niveau local ?)

Question 3 : Modalités de prise en charge des patients

Comment la prise en charge des patients chroniques est-elle organisée aujourd'hui (absence de données qualitatives et quantitatives précises sur ce point) ?

Quelles modifications dans cette prise en charge la création des UHSA induit-elle ? Comment les UHSA s'organiseront-elles pour prendre en charge dans une même unité les urgences, les hospitalisations de courte durée, les hospitalisations de longue durée ?

Quelle articulation avec les UMD ?

Question 4 : Continuité des soins

Comment organiser la continuité des soins ? La circulaire prévoit : « la sortie est prévue au moins 48 heures à l'avance, afin de permettre le retour sans délai vers l'établissement pénitentiaire d'origine ou l'établissement pénitentiaire siège de SMPR ».

Quels doivent être les moyens à mettre en œuvre pour optimiser au maximum les bénéfices d'une hospitalisation ? Réfléchir à la nécessité d'une zone tampon entre l'UHSA et le retour en détention

COMPTE-RENDU

Le nouveau dispositif complète l'existant.

Les UHSA doivent s'articuler avec la psychiatrie de secteur.

Il apparaît nécessaire de maintenir les capacités d'hébergement en SMPR.

Les hospitalisations dans les hôpitaux de proximité doivent rester une possibilité si nécessaire.

L'évaluation des premières UHSA est indispensable.

La poursuite d'une réflexion globale sur les soins en milieu pénitentiaire est nécessaire.

4. Continuité des soins à la sortie

Question 1: Préparation à la sortie

Quelles pourraient être les modalités de préparation à la sortie ?
Quels pourraient être les partenariats souhaités ?

Question 2 : Modalités d'organisation de la continuité des soins en externe

1-Définition de la continuité des soins

2 - Quelles peuvent être les différentes modalités de coopération envisageables telles que précisées dans l'arrêté du 10 mai 1995 ?

3- La majorité des régions est équipée d'une ou de plusieurs consultations post-pénales, prenant en charge les sortants de prisons, rattachées au dispositif de psychiatrie en milieu pénitentiaire (DSP, SMPR) ou à la psychiatrie générale.

Quelles sont les conditions de réussite des consultations post pénales ? Les écueils?

Doivent-elles être généralisées ? Si oui, à qui doivent-elles être rattachées (DSP, SMPR, psychiatrie générale)?

4- Rôle et place de la psychiatrie générale

Comment améliorer la continuité des soins entre les différents acteurs : DSP ou SMPR, dispositifs de psychiatrie générale (CMP, CATPP, HJ) ?

Coordination avec les dispositifs de soins psychiatriques des UCSA voire les consultations post pénales

Question 3 : Modalités des partenariats à établir

Quelles formes pourraient prendre les partenariats à établir avec les secteurs de psychiatrie générale ?

Quelles seraient les grands principes d'un protocole de fonctionnement ?

Quels sont les autres partenaires indispensables à associer ? Sous quelle forme ?

COMPTE-RENDU

La continuité des soins à la sortie est une nécessité de santé publique, une disposition obligatoire du code de la santé publique, une mission de réinsertion du service public pénitentiaire, une garantie du sens du soin en milieu pénitentiaire.

La préparation à la sortie se pense dès l'incarcération. Les partenariats en intramuros sont constitués des UCSA, du Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), de la PJJ, des JAP et des associations ; en extramuros, les partenaires sont les CSAPA, la PJJ, les services sociaux, le SPIP et les associations. L'ensemble étant chapeauté par le secteur de psychiatrie générale.

La continuité des soins se définit comme des soins nécessaires, consentis, sous contraintes (indication médicale) (HDT, HO) ou obligatoires (décisions judiciaires). Les coopérations sont possibles si elles sont reconnues et lisibles et représentent des engagements des dispositifs médicaux et pénitentiaires.

Concernant les consultations dites postpénales : on relève 15 réponses régionales, 23 consultations postpénales identifiées : 11 rattachées à des SMPR et 12 à des secteurs de psychiatrie générale. 11 consultations assurent la prise en charge des auteurs de violence sexuelle. Deux consultations sont dédiées aux jeunes. Les consultations ont lieu en majorité au sein d'un CMP une ou deux journées par semaine. L'activité est assurée par les psychiatres et les psychologues. La file active en 2007 oscillait entre 23 et 150 patients.

Sur la généralisation des consultations postpénales : tout sortant de prison doit pouvoir bénéficier d'un suivi dans le dispositif de droit commun. Les consultations postpénales ne sont qu'un relai vers le dispositif général. Leur mise en place doit être laissée à l'initiative des acteurs locaux en fonction des besoins.

Les partenariats doivent se fonder sur le principe d'échanges équitables au travers de conventions en associant à chaque fois que cela est possible les familles.

5. Coordination des soins en santé mentale

Question 1 : La coordination au niveau des UCSA

La coordination des différents intervenants au sein des UCSA est-elle nécessaire ?

Quel est le champ concerné par cette coordination (relations avec l'administration pénitentiaire, organisation du travail au sein de l'UCSA, définition de programme, prise en charge des détenus, outils et supports (dossier, rapports d'activité....))

Quelle coordination entre les dispositifs psychiatriques et les dispositifs de prévention et de prise en charge des addictions ?

Quelle est la place du dispositif de psychiatrie dans ces coordinations ?

Qui est concerné par la coordination (direction, médecins, cadre, équipes de soins...) ?

Sous quelles modalités pratiques doit se faire cette coordination ?

Question 2 : La coordination des soins en santé mentale

Est-il nécessaire de prévoir une coordination des acteurs de la prise en charge des soins psychiatriques ?

Quelles missions recouvre cette coordination (l'organisation de la graduation des soins, orientation des patients, animation et échanges des pratiques professionnels) ?

A quel niveau cette coordination doit-elle s'organiser. Niveau régional, interrégional ?

Qui en assurera l'animation voire la responsabilité ?

Quel est le rôle des différents acteurs et leurs missions, (SMPR, Dispositifs de soins psychiatriques intervenant dans les UCSA, UHSA) ?

Comment fonctionne cette coordination ?

Question 3 : La coordination des politiques de santé

Comment assurer la prise en compte de la santé des détenus au sein des futurs projets régionaux de santé ?

Quelles relations avec les ARS et les DISP ?

Quelle représentation dans les Comités Régionaux de Concertation en Santé mentale, dans les Commissions Régionales Addictions ?

La rédaction d'un volet portant sur les soins en milieu pénitentiaire dans le SROS est-il pertinent ?

Si oui quels seraient les thèmes principaux devant y figurer ?

COMPTE-RENDU

L'analyse du contexte des soins fait apparaître une hétérogénéité des situations, une complexité des dispositifs. Il faut prendre en considération l'évolution de la politique pénale, l'organisation des ARS, la multiplicité des acteurs et les attentes de chacun d'eux.

La coordination se définit comme un élément du parcours de soin et comme un élément de structuration institutionnelle. Elle ne se limite pas à la pluridisciplinarité et implique non pas un consensus mais des zones de conflictualité avec les personnels pénitentiaires mais aussi sanitaires.

La coordination implique de définir des champs de compétence de tous les partenaires. Certaines conditions sont nécessaires pour sa réalisation : des locaux médicaux adaptés, une organisation commune de l'accueil des arrivants, un dossier patient commun, un projet de soins commun impliquant des procédures communes, des temps de coordination et de synchronisation entre soignants. La coordination implique de réaffirmer la place

du service public hospitalier comme partenaire et non comme prestataire de service. Elle doit permettre d'éviter l'isolement des soignants. La formalisation des réunions de coordination est à préciser. Les SMPR doivent avoir un rôle de recours (aide à l'élaboration de protocoles thérapeutiques, formation, recrutement etc.), d'instance de résolution des conflits au niveau régional, de promotion de la recherche et une place dans la réflexion institutionnelle régionale (CRCSM).

Concernant les addictions, les psychiatres coordonnent la prescription des traitements de substitution et les dispositifs type CSST. Par ailleurs, il faut favoriser l'intégration du dispositif de droit commun en lien avec les CSAPA.

La télémedecine peut faciliter la communication entre institution surtout en cas d'éloignements réciproques. La coordination en résumé suppose des partenaires ayant les moyens de remplir leurs missions.

6. Spécialisation des établissements pénitentiaires

Question 1

Intérêts/inconvénients de la spécialisation des établissements par catégorie pénale (cf. établissements AICS) du point de vue des professionnels de santé ?

D'autres catégories pénales peuvent-elles être concernées ?

Question 2

Quelles sont les modalités de mise en œuvre par les professionnels de santé (et les conditions de réussite) de la spécialisation des établissements pénitentiaires par catégories pénales ?

La spécialisation des établissements par catégorie pénale prenant l'exemple des AICS doit elle conduire à des équipes soignantes renforcées ?

Si oui quels sont les professionnels de santé les plus concernés ?

D'autres professionnels que les soignants sont-ils également concernés ?

Question 3

Centre de détention de Château-Thierry : place dans le dispositif ? Intérêts /inconvénients ?

Quelle est la place de ce type d'établissement notamment à l'aulne de l'ouverture des UHSA

Faut-il les multiplier ?

COMPTE-RENDU

La spécialisation des établissements pénitentiaires est ancienne. La maison centrale de Château-Thierry en est un exemple.

D'un point de vue général, on constate l'importance du nombre de malades mentaux en prison, responsabilisés ; sans suspension de peine possible, présentant des troubles du comportement lourds, faisant l'objet de fréquentes transferts entre établissements pénitentiaires. Ces patients sont pris en charge par la psychiatrie en milieu pénitentiaire ou font l'objet si besoin d'hospitalisation d'office en application de l'article D 398.

Les HO sont complexes à réaliser : durées de séjour courtes, conditions d'hospitalisation difficiles, parfois refus des préfets. Les UHSA ne sont normalement prévues que pour des hospitalisations de courtes durées.

Pour répondre à ces situations lourdes, il faut développer le dispositif de soin en établissement pour peine (type CATTP), étendre le champ de la suspension de peine aux troubles mentaux lorsqu'il y a une inadéquation entre la détention et l'état mental, améliorer les possibilités d'aménagements de peine, recourir au dispositif de soin commun avec des hospitalisations libres ou sous contraintes (en dotant les services d'accueil de moyens spécifiques).

Ne pas multiplier les établissements comme Château-Thierry mais imaginer des dispositifs pénitentiaires dans un but d'insertion et non d'exclusion (petites unités dans établissements pour peines) avec des ratios de personnels adéquats et une architecture adaptée.

22 établissements pénitentiaires viennent d'être identifiés comme spécialisés pour les auteurs de violence sexuelle. Leurs avantages : protection des AVS, programmes de prévention de la récidive (PPR), adaptation du régime de détention. Leurs inconvénients : Cadre non stabilisé (suivi socio-judiciaire prononcé ou encouru), la prise en charge sanitaire est-elle indispensable ?, éloignement géographique des familles, usure des soignants, pénibilité, manque de personnels spécialisés dans les établissements ruraux.

Faut-il étendre les indications : personnes handicapées, âgées, dépendantes, dialysées, en rééducation fonctionnelle, quartiers sans drogues...

Les équipes mobiles se caractérisent par leur connaissance spécifique dans certains domaines. Elles peuvent aider aux transferts des pratiques mais ne doivent pas gérer la pénurie. Elles peuvent s'articuler difficilement avec le dispositif commun. Quelle articulation avec les équipes des CRAVS ?

Les quartiers courtes peines ont un cadre réglementaire flou, repose surtout sur un axe criminologique. Concernant les PPR : il est nécessaire de travailler les frontières pour éviter la confusion. Quel type de soin y faire ?

7. Compétences et formations des professionnels

Questions 1 : Formations initiales

Quelles pourraient être les formations initiales à envisager selon les catégories professionnelles concernées ? Médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux mais également pour les autres professionnels.

Question 2 : Formations d'adaptation à l'emploi

Quelles devraient être les formations recommandées à proposer à tout professionnels intervenant en milieu pénitentiaire et plus spécifiquement dans le domaine de la prise en charge en santé mentale ?

Quelle formation spécifique pour les soignants ?

Quelles formations pluridisciplinaires pour tous les professionnels susceptibles d'intervenir ?

Selon les réponses préciser les modalités de mise en œuvre et par qui ?

Question 3 : Formations spécialisées

Quelles sont voire y-a-t-il des formations spécialisées à mettre en place ou à développer en dehors de celles existantes ou en cours d'installation ?

(Pour la prévention du suicide tenant compte des programmes de formation déjà en place

Pour la prise en charge des AICS. Des centres de ressources régionaux doivent assurer ces formations)

Question 4

Quelles pourraient être :

- Le rôle des facultés de médecine ?
- Le rôle des institutions de formations des autres professionnels (IFSI, faculté de psychologie) ?
- Le rôle de certaines écoles notamment de l'École nationale d'administration pénitentiaire (ENAP) et de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ?
- Le rôle et la place de formations à l'étranger ? (exemple institut Philippe Pinel au Québec)
- Le rôle des instituts de formation ?
- Le rôle des acteurs ? des SMPR ?

COMPTE-RENDU

Les formations ont comme objectifs d'améliorer les compétences, de valoriser les professionnels, de lutter contre l'isolement et de rendre attractif le travail en milieu pénitentiaire.

Les infirmiers doivent pouvoir bénéficier d'un module de formation à la psychiatrie générale et à la psychopathologie, au cadre législatif des soins aux détenus, de témoignages de pratiques au sein des IFSI.

Les psychologues doivent recevoir une formation en psychologie criminelle, sur la place des centres ressources, ouvrir les terrains de stage en milieu carcéral.

Les médecins doivent recevoir une formation aux problématiques des soins aux détenus. Le nombre de postes d'internes doit augmenter en milieu carcéral, la formation en psychiatrie légale est à renforcer (DESC de psychiatrie légale).

Une formation d'adaptation à l'emploi est nécessaire pour s'initier aux caractéristiques du milieu.

La formation continue permet un échange des pratiques, une supervision et d'agir au niveau de la prévention et de l'éducation à la santé (suicide, précarité, sommeil, nutrition, médicaments, réduction des risques, addictions). Elle doit permettre une adaptation de l'outil thérapeutique aux besoins de l'équipe de soins (activité de groupe, thérapies individuelles), d'œuvrer à des formations interinstitutionnelles (santé/justice). Un recensement des formations disponibles doit être aisément disponible. Les centres ressources ont une place importante à jouer dans ce dispositif ;

La gestion hospitalière a un rôle éminent à jouer pour permettre de bien identifier le dispositif de soins aux détenus au sein de l'organisation hospitalière, de déterminer un programme de formation avec un budget dédié, de prévoir des mesures incitatives pour renforcer la formation du personnel sur 5 ans.

L'Université a un rôle à jouer en développant les DU et les DIU de psychiatrie légale. Un master de psychologie médico-légale serait souhaitable. La promotion de la recherche (clinique, épidémiologique, fondamentale) est à soutenir.

Une formation en criminologie est à créer, tout en poursuivant les réflexions en cours : la criminologie est-elle un métier ? Est-ce une compétence complémentaire après une formation de base conséquente ?

Pour favoriser les échanges entre les différents acteurs (santé/justice), il faudrait permettre le développement de l'intervention des soignants dans la formation à l'ENAP, l'ENM l'HESP.

8. Promouvoir la demande de soins

Question 1 : L'organisation de la prise en charge à l'entrée en détention

(cf. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, septembre 2004, II-2.1.1 *les actions de prévention en santé mentale*)

Les recommandations du guide sont-elles pertinentes ?

Si oui, sont-elles appliquées ?

Si non, comment faciliter leur mise en œuvre ?

Question 2 : Accès aux soins

Comment favoriser la demande de soins et l'accès aux soins et par quels moyens ?

Rôles respectifs des soignants et des personnels pénitentiaires ?

Quels outils utiliser ? (grille, brochure...)

Information et respect des places et fonctions des intervenants en milieu carcéral (le juge incite aux soins, le soignant reçoit et « traite » la demande de soins).

Question 3 : Continuité des soins

Comment favoriser la compliance au traitement ?

Comment limiter l'impact des transferts entre établissements pénitentiaires sur la prise en charge thérapeutique ?

Quelles articulations entre la prise en charge en détention et les soins ambulatoires à la sortie de prison ?

Articulation spécifique concernant l'application de l'injonction de soins à la sortie ?

Question 4 : Prise en charge globale des détenus

Comment améliorer l'articulation entre la prise en charge somatique et la prise en charge psychiatrique ?

Quelles actions possibles de prévention et de promotion en santé mentale en détention ?

Quels sont les autres partenaires (SPIP, soignants...) impliqués ? Quelle coordination entre eux ?

Question 5 : Incitation aux soins : articulation du sanitaire et du judiciaire

Quels sont les besoins d'information des personnels sur les dispositifs judiciaires ?

Quelles sont les réponses des professionnels de santé face à la demande croissante de certificats médicaux attestant d'un suivi (pour le juge de l'application des peines (JAP), pour une remise de peine) ? Une doctrine nationale peut elle être envisagée ?

COMPTE-RENDU

Les objectifs sont de réfléchir aux moyens de favoriser la demande et l'accès aux soins psychiatriques en prison et d'encourager l'engagement des patients dans des soins adaptés, dont l'unique enjeu reste la santé du patient.

Mais il faut préciser ce qu'est un soin, qui porte la demande, quid du patient qui ne veut pas guérir ou qui ne veut pas de soins, quid des soins refusés par le soignant car pas « rentables », quid des faux soins etc.

L'organisation de la prise en charge doit suivre les recommandations du guide méthodologique, notamment l'entretien d'accueil qui permet de repérer des troubles et d'informer l'usager sur le dispositif de soin.

Les outils d'information sont à rechercher (plaquettes d'accueil, en plusieurs langues) assurer la confidentialité, bien faire connaître l'organisation des services de soins.

Il convient d'être attentif à la continuité des soins, notamment les transferts sont souvent une source de rupture de soins.

Chercher une articulation optimale des services de soin en évitant les sources de confusion.

L'incitation judiciaire aux soins pose d'importants problèmes aux soignants et aux usagers, une proposition d'attestation de suivi sur le modèle suivant est avancée (et déjà opérationnelle sur plusieurs sites) : « Monsieur X bénéficie d'un suivi effectué par le dispositif de soin » et signé du chef de service.

La promotion de la demande de soins nécessite une délimitation des champs d'intervention spécifiques et l'identification des missions respectives, de moyens ad hoc et le soutien de la tutelle Santé.

JOURNEES NATIONALES

18 et 19 septembre 2009

SOIN EN LIBERTE

Processus psychothérapeutiques des
Auteurs de Violences Sexuelles hors les
murs



Depuis le 17 juin 1998 les soignants sont confrontés à une population pénalement contrainte à des soins dès lors qu'un expert en pose l'indication. C'est, dans le cadre du suivi socio-judiciaire, le soin sous contrainte pénale ou encore le soin sous contrôle judiciaire.

Longtemps la réflexion porta sur la faisabilité d'un tel soin. Que signifie un soin sans demande, un soin dont le récipiendaire n'attend rien de son exercice ?

Les travaux de l'ARTAAS, particulièrement ceux menés dans l'espace carcéral, ont montré combien, placés dans des conditions d'aménagement du cadre de la rencontre, ces sujets, situés le plus souvent hors des catégories des malades psychiatriques, peuvent devenir demandeurs d'aide.

La question qui devient maintenant cruciale est la continuité de ce soin à l'extérieur, quand on sait que l'extérieur ne présente pas la même réceptivité à l'accueil de tels patients. Souvent, la contrainte pénale aux soins est perçue comme un repoussoir.

Le soin en liberté serait-il donc un soin différent de celui dispensé dans l'espace carcéral ?

Pourrait-on penser que le processus thérapeutique dépende des murs ?

La question qui se pose ne serait-elle pas celle de la liberté du soignant ? Dès lors la question ne devient-elle pas celle portant, moins sur le soin en liberté que sur la liberté du soignant ?

La liberté laissée au soignant d'exercer le soin comme son art le lui laisse apprécier dans sa relation avec ce patient-là, à ce moment-là de son histoire et dans les conditions de faisabilité qui sont les siennes.

Or, cette question est actuellement fondamentale quand on sait le poids qui pèse sur les soignants, avec le risque d'une instrumentalisation du soin au service d'une idéologie sécuritaire qui viendrait transformer tout processus thérapeutique en prédictibilité de la récidive.

La question que souhaite poser cette journée est celle de l'établissement des réquisits minimaux pour qu'un AAS fasse l'expérience d'une unité du processus thérapeutique à travers les différents temps judiciaires et la diversité des cadres dans lesquels il sera exercé. Ces réquisits sont, pour le soignant, la garantie que le soin respectera, chez l'AAS, la Liberté psychique nécessaire à l'exercice de sa condition de sujet.



Parle pas avec moi !

Création du Théâtre Off - Scène des écritures urgentes

Direction du Projet Parloir sauvage > Anne-Marie Ortiz

Ecriture > Zenagui Temimi

Mise en scène et direction d'acteur > Frédéric Ortiz

Avec > Zenagui Temimi et Arturo Trevino

Conçu en prison dans le cadre d'ateliers d'écritures urgentes dirigés par Anne-Marie Ortiz, le projet PARLOIR SAUVAGE est réalisé par des détenus qui nous donnent à voir des scènes de la vie quotidienne des quartiers et de la prison. Mais au-delà de la démarche sociale, le projet PARLOIR SAUVAGE est un objet artistique à part entière : une écriture radicale, une mise en scène subtile et des acteurs qui en imposent par leur présence.

« Parle pas avec moi ! , troisième écriture du projet en 2009, est un témoignage direct et cru sur la misère sociale, l'échec d'une vie, la prison, la récidive et ses impasses. Dans un monde qui ne veut pas de lui, Zenagui retrace devant nos yeux son parcours. C'est l'histoire d'un homme résolu à exister par lui-même et que l'oppression de la vie carcérale ne fait pas plier.

Zenagui l'insoumis, le révolté, le violent, le multirécidiviste nous entraîne dans son monde enfermé, dans sa nuit noire aujourd'hui percée par les lumières d'une scène de théâtre devenue cul de sac de son indépassable tragédie.(...)

Nous sommes enfermés avec lui dans sa prison qui nous étouffe...Le rire qui soulage nous permet par instant de nous échapper de son enfermement. »

VENDREDI 18 SEPTEMBRE 2009

8h45 : Accueil des participants

9h20 : Présentation des journées : Sophie PLANTADE,
référente régionale de l' ARTAAS PACA

Modérateur : Bernard SAVIN, Psychologue, Président de
l'ARTAAS

9h30 : André CIAVALDINI, Psychanalyste, CRIAVS Rhône-
Alpes :

« L'intercontenance, topique transversale : un dispositif
interdisciplinaire pour penser l'impensable de l'autre »

10h : Mark MERTENS, Psychiatre, Lina BALESTRIERE,
Psychanalyste, Service de Santé Mentale de Chapelle aux Champs,
Bruxelles :

« L'Enfant éternel : travail en groupe et en individuel avec
un sujet pédophile»

11h10 Pause

11h30 : Documentaire sur le Centre Joseph Grasset,
Avignon.

12h : Claudine FUYA, Psychologue, Marie-Noëlle PETIT,
Psychiatre, Agnès GARCIA, Juriste :

« La prise en charge des AVS en ambulatoire à l'unité
Joseph Grasset : une pluridisciplinarité spécifique »

13h : Déjeuner sur place

14h30-16h30 : ATELIERS CLINIQUES

1) L'alliance thérapeutique impossible, Sandra
HAGOPIAN, Psychologue, SMPR Marseille

2) Dedans/Dehors : cadres et limites contenant dans la
prise en charge d'un exhibitionniste et d'un agresseur
sexuel sur enfants, Gilles AZAS, membre Artaas, Psychiatre,
SMPR Marseille

3) Traitement des traumatismes sexuels infantiles par
l'EMDR d'un AVS intrafamilial, Marie-Laure JELIN,
Psychologue, SMPR Marseille

4) Thérapie familiale de deux frères incestueux
adolescents,

Pr Michel DELAGE, Psychiatre, AVEF, La Seyne sur Mer

16h30 : Compte-rendu des ateliers

17h30 : Clôture de la journée

19h30 : Spectacle au Théâtre Off suivi d'un débat avec les
acteurs et le metteur en scène.

Dîner dans un restaurant du Vieux Port

SAMEDI 19 SEPTEMBRE

9h-12h : Table ronde-débat réservée aux adhérents de
l'ARTAAS à jour de leur cotisation :

Questions d'actualité

Analyse des pratiques

avec Bernard Savin, Sophie Baron Laforêt, Jean Boitout,
Philippe Génuit, Odile Verschoot, Michel David...

INSCRIPTION
Nombre de places limité

NOM

Prénom

Profession

Adresse professionnelle

Mail

Présent au spectacle oui non
Présent au dîner oui non

TARIFS

Adhérent ARTAAS 90€
Non adhérent 100€

Ces frais de participation comprennent les repas du
vendredi 18 septembre.

Spectacle (40 places) 15€

Le règlement est à adresser par chèque à l'ordre de l'ARTAAS au secrétariat :

ARTAAS c/o Isabelle Fache
123 rue de Reuilly 75012 PARIS
06 10 04 69 83
N° d'agrément de formation continue : 11 75 43590 75
N°SIRET : 40895480800031
Code APE :9499 Z

GROUPE MULTIPROFESSIONNEL DES PRISONS
18, rue de la Poste - 94250 Gentilly - Tél : 01 48 38 76 84
antoine.lazarus.gmp@gmail.com

La prochaine réunion du GMP aura lieu :

le Mardi 7 juillet 2009 Début 19 h - 22h30 fin

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

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

Première partie :

Échange-discussion des informations depuis le mois dernier :

Deuxième partie :

Avant l'interruption du mois d'août

Nos expériences, illusions et désillusions étant ce qu'elles sont, si comme à d'autres époques où l'on aurait pu croire que l'imagination et les bonnes volontés pouvaient faire avancer autre chose que les verrouillages, les replis et les fractures

nous demandions rendez vous...

au nouveau ministre de la justice et à son secrétaire d'état aux prisons pour préparer les temps qui viennent, que pourrions nous espérer en attendre ?

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 2009

Chaque premier mardi du mois sauf au mois d'août à l'adresse habituelle

Août relâche

Mardi 1 septembre

Mardi 6 octobre

Mardi 3 novembre

Mardi 1 décembre

NOTES DE LECTURE et DOCUMENTATION

« Je peux mettre la télé ?
Demande-t-il. Je voudrais
voir comment les
journalistes traitent de
l'affaire... J'ai même
entendu à la radio une
femme qui éructait
quelques horreurs : elle
voulait carrément baguer
les schizophrènes dès
qu'on pose un
diagnostic. » »

Petits arrangements avec
l'infâme

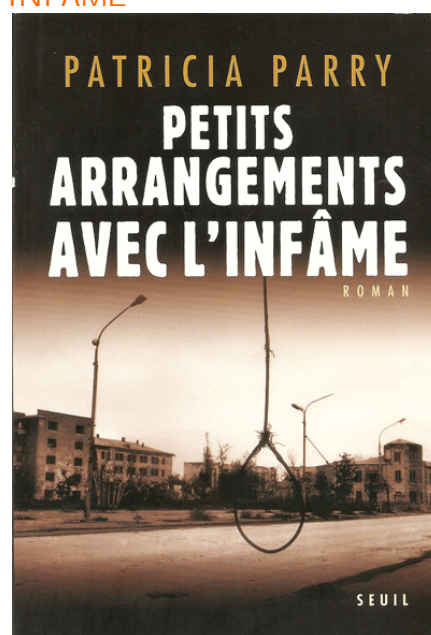
Découvrez les aventures psychiatrico-historico-policieres de notre confrère Antoine Le Tellier et l'amusant va et vient entre le passé et le présent. Un livre par an. Attente impatiente de celui d'octobre 2009.

PETITS ARRANGEMENTS AVEC L'INFÂME

Patricia PARRY

Roman

Seuil, octobre 2007, 380 p



« Champaigne est la
troisième victime,
monsieur Freud. Nous
avons affaire à ce que
j'appellerai une série de
victimes. Et c'est la
troisième personne qui me
touche de près. Voyez-
vous, monsieur Freud, je
pense que ce meurtrier est
un malade... un
hystérique... et c'est à
moi, Jean Martin Charcot,
qu'il s'adresse » »

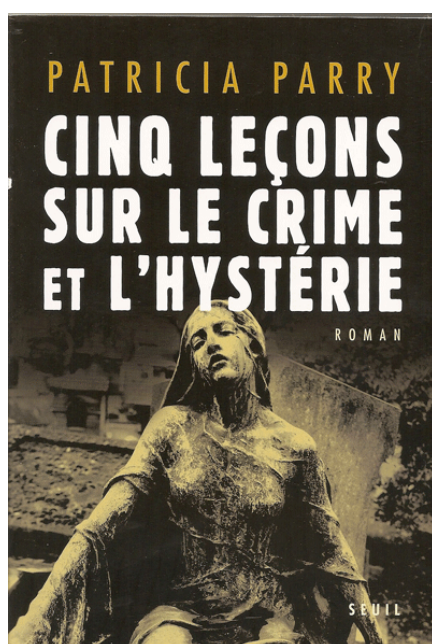
Cinq leçons sur le crime et l'hystérie

CINQ LEÇONS SUR LE CRIME ET L'HYSTÉRIE

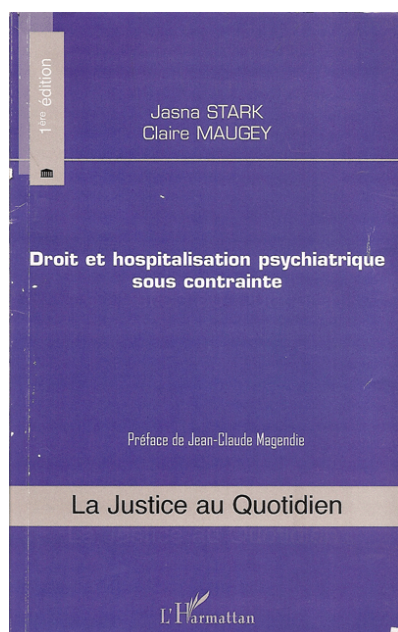
Patricia PARRY

Roman

Seuil, octobre 2008, 382 p



NOTES DE LECTURE et DOCUMENTATION



Plus austère que les aventures d'Antoine Le Tellier et sa charmante ex épouse, expert judiciaire, mais utile pour préparer les ateliers du SPH lors des ateliers de son AG à Arcachon en septembre 2009. L'ouvrage est écrit par une avocate et une juriste.

DROIT ET HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE SOUS CONTRAINTE
Jasna STARK
Claire MAUGEY
La Justice au Quotidien
1ère édition
L'Harmattan, 2009, 118 p

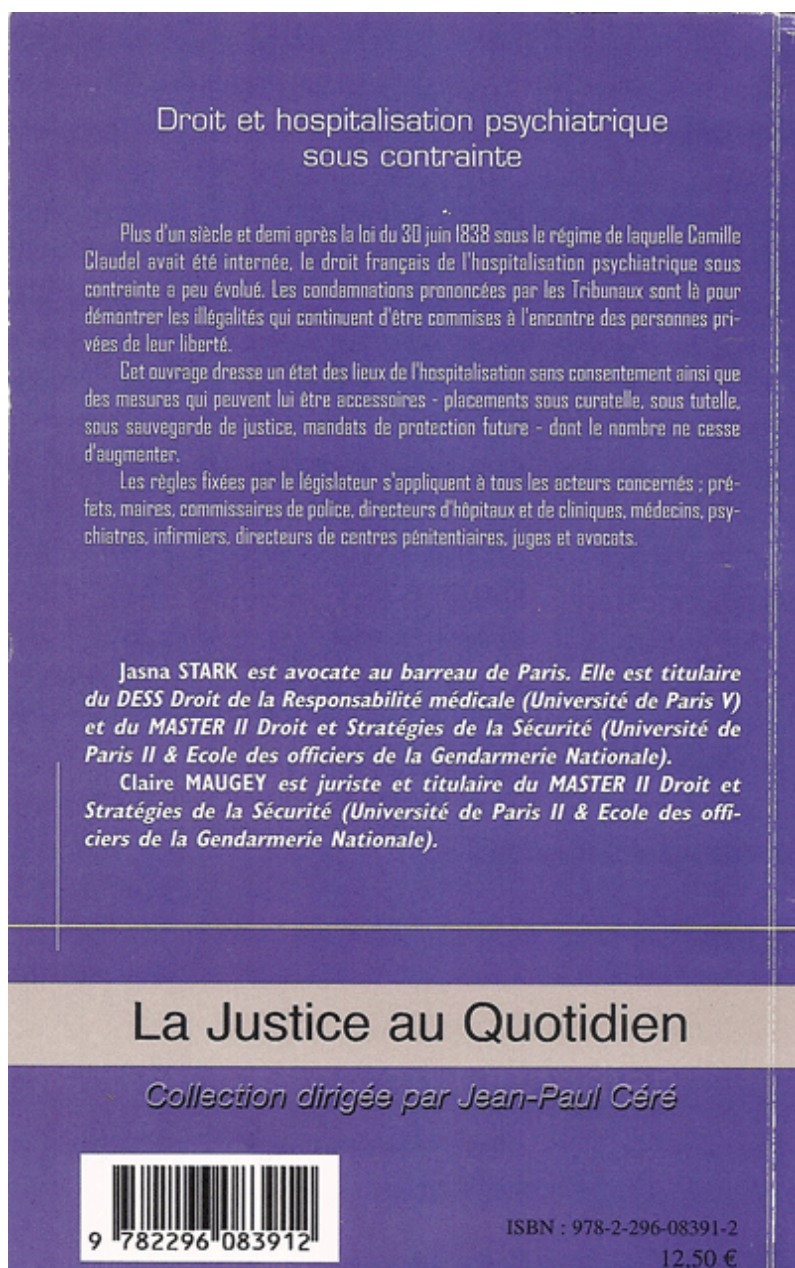


Table des matières

1. Les aliénés dans l'histoire
2. La mise en œuvre de l'hospitalisation
3. Les droits des personnes hospitalisées
4. Tribunaux et hospitalisation
5. Les mesures accessoires

IL Y A 100 ANS

Dans les Archives d'Anthropologie Criminelle (1909)

« Les psychoses pénitentiaires » (800-821) - P.-L. Ladame

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

La labilité clinique : Une source fréquente d'incompréhension entre les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire et les psychiatres des secteurs de psychiatrie générale. En tout cas, le constat de la redoutable efficacité thérapeutique des soins en milieu psychiatrique ordinaire, loin du regard permanent de l'administration pénitentiaire. Un argument contre les UHSA ?..... Et vive le secteur, encore une fois !

« Ce qui frappe avant tout c'est le changement presque incompréhensible de l'attitude du détenu dès qu'on l'a transféré..... A l'agitation furieuse, aux actes de destruction, aux tentatives de suicide, au refus de nourriture, aux angoisses d'une confusion mentale délirante ou à la stupeur et aux hallucinations terrifiantes de la prison succède soudain, dans 90 pour 100 des cas, le calme, l'ordre, le travail, le bon vouloir, l'obéissance à la discipline. Le délire se dissipe comme par enchantement. On ne saurait imaginer un contraste plus étonnant. » .

Informations sur le site "Délinquance, justice et autres questions de société"

de Laurent Mucchielli

*A la Une : le rapport intégral établissant pour la première fois une mesure des **contrôles au faciès** pratiqués par la police française.

* Rubrique "Délinquance" : un article sur **la délinquance juvénile au temps des "blousons noirs"** (années 1960)

* Rubrique "La collection" : l'annonce du livre à paraître en septembre 2009 inaugurant la collection "Questions de société" lancée aux éditions Champ social.

Ce livre s'intitule "**La violence des jeunes en question**". Présentation du livre, des auteurs et contacts presse sur la page du site.

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ de 3^{ème} CYCLE
2009/2010
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES AUTEURS D'INFRACTION
A CARACTÈRE SEXUEL

Coordinateurs de l'enseignement : Dr. Sophie BARON LAFORET, Dr. Arianne CASANOVA

Ce diplôme a pour objectif de former les intervenants auprès des auteurs d'infractions sexuelles selon « le dispositif de la loi du 17 juin 1998 relative à la présentation et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et des victimes ».

Il permet de comprendre et de développer, dans une réflexion éthique, la complexe articulation du champ de la justice et du secteur de la santé.

L'enseignement s'adresse aux médecins coordonnateurs et traitants, aux psychologues, aux experts, aux magistrats et tout autre intervenant dans le cadre de la mise en place du suivi socio judiciaire, appartenant à une équipe de soins ou pénitentiaire.

ENSEIGNEMENT

Cet enseignement dure une année. Il se déroule par sessions d'une semaine à trois reprises : module commun « séminaire de criminologie » du 4 au 8 janvier 2010, une semaine du 15 au 19 mars 2010, et une semaine du 3 au 7 mai 2010.

L'enseignement est sanctionné par un examen de fin d'études comportant une épreuve écrite (fin juin) et une soutenance (octobre) d'un mémoire à rendre fin juin. Une seule session annuelle.

PROGRAMME

Le programme détaillé peut être consulté sur le site : www.parisdescartes.fr

CONDITIONS d'INSCRIPTION

Sont admis à s'inscrire en vue de ce diplôme :

- les titulaires d'un diplôme français d'Etat de docteur en médecine,
- les titulaires d'un diplôme de médecine d'un pays étranger permettant d'exercer la médecine en France,
- les psychologues titulaires d'un D.E.S.S. de psychologie ou d'un master équivalent,
- les candidats inscrits au D.E.S.C. de médecine légale ou en deuxième année de D.E.S. de psychiatrie,
- les titulaires d'un diplôme d'université sanctionnant des études jugées de même niveau par le Conseil du Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale, sur proposition du Directeur de l'enseignement (magistrat, avocat, cadre infirmier, éducateur, O.P.J., etc.)

Les étudiants désirant s'inscrire doivent adresser une lettre de motivation avec C.V. par courrier, fax ou e-mail (nadia.anglio@parisdescartes.fr) au Directeur du Laboratoire d'Ethique Médicale et Médecine Légale (voir coordonnées ci-dessus).

Un dossier permettant d'effectuer une inscription sera adressé aux étudiants par le secrétariat de l'UFR Biomédicale.

DROITS d'ENSEIGNEMENT

Formation initiale : 900 euros + droits d'inscription

Formation continue :

1650 euros + droits d'inscription

LABORATOIRE D'ETHIQUE MEDICALE ET MEDECINE LEGALE

Professeur Christian Hervé

45, rue des Saints Pères – 75006 PARIS

Secrétariat : 01 42 86 41 32 / 20 89 – Fax : 01 42 86 41 33

L'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (ENAP) recherche: **UN(E) ENSEIGNANT -CHERCHEUR**

> Catégorie	A
> Corps	Fonctionnaire détaché, Contractuel (CDD trois ans renouvelable)
> Affectation	Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire (Agen) Direction de la recherche et du développement
> Titre du poste :	=> Enseignant-Chercheur

DESCRIPTION DU CONTENU DES ACTIVITES

- Intégrer un laboratoire de recherche pluridisciplinaire pour assurer des activités de recherche et de formation au sein d'une Ecole de la fonction publique accueillant en formation initiale et en formation continue l'ensemble des personnels pénitentiaires français.
- Elaborer des outils de recueil de données, de traitement, d'expérimentation et d'analyse adaptés au champ pénitentiaire en général et aux pratiques professionnelles de ce champ en particulier.
- Poursuivre, sur des nouveaux sites, la recherche sur les Unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) déjà engagée.
- Travailler à la production et à la publication des résultats des recherches dans le respect et l'application du cahier des charges propre à chaque convention ou protocole.
- Inscrire les activités de recherche du laboratoire dans les réseaux français et internationaux des communautés scientifiques.
- Participer d'une manière générale aux programmes de formation et de valorisation scientifiques retenus par l'école.

RELATIONS

- La Direction de l'Administration Pénitentiaire.
- Les services déconcentrés de l'Administration Pénitentiaire.
- Les organismes de recherche.
- Les universités et laboratoires partenaires.
- Le réseau des Ecoles de service public.
- Les institutions françaises et internationales de formation aux métiers de la Justice et de l'insertion sociale.

COMPETENCES REQUISES

- Etre titulaire d'un **doctorat en psychopathologie clinique**. Une expérience dans le domaine de la santé serait appréciée.
- Avoir une expérience de recherche confirmée par des travaux et des publications scientifiques dans le champ pénitentiaire.
- Etre capable de mener des travaux de recherche et d'enseignement en lien avec les missions, les structures, les acteurs et les techniques du champ pénitentiaire.
- Etre capable de représenter le pôle recherche au sein de l'ENAP et au niveau des communautés scientifiques françaises et internationales.
- Maîtrise écrite et orale de la langue anglaise (une seconde langue sera appréciée).

Poste à pourvoir à partir de septembre 2009

Date limite du dépôt des candidatures : 03 juillet 2009

Les candidatures sont à adresser par courrier postal:

Enap

Madame la Directrice des Ressources humaines

Isabelle GOMEZ

440, avenue Michel Serres

BP28

47916 AGEN Cédex 16

Téléphone: 05 53 98 90 91 Télécopie: 05 53 98 91 73

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale d'Hospitalisation : www.parhtage.sante.fr. A partir du portail des ARH, vous pouvez accéder directement à votre agence régionale et y télécharger les SROS.

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

ARPEP 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://arpen-ter-champ-penal.blogspot.com>.

ARTAAS (Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Aggressions sexuelles) : www.artaas.org/

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

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

Ban public : www.prison.eu.org

Bibliothèque Philippe Zoummeroff : www.collection-privee.org

Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIA VS), 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/

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

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

Logos : www.logos66.com

Observatoire International des prisons : www.oip.org

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

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

Les sites
recommandés
par Kamo

AGENDA

Le groupe multiprofessionnel des prisons se réunit régulièrement le premier mardi de chaque mois de 19 h à 22 h 30 pour réfléchir et échanger sur la situation carcérale. Lieu de réunion : Maison des sciences de l'homme, 52-54 Bd Raspail, 75006 Paris. Renseignements : Antoine Lazarus, GMP, 18, rue de la Poste, 94250 Gentilly. Tél. : 01 48 38 76 84 - lazarus@smbh.univ-paris13.fr. Mardi 2 juin 2009 (Les prisons à Madagascar), Mardi 7 juillet 2009, Août relâche, Mardi 1 septembre 2009, Mardi 6 octobre 2009, Mardi 3 novembre 2009, Mardi 1^{er} décembre 2009.

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

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

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

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

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

Journées nationales ARTAAS. « SOIN EN LIBERTE; PROCESSUS PSYCHOTHERAPEUTIQUES DES AUTEURS DE Violences Sexuelles hors les murs. Centre Le Mistral. 11, impasse Flammarion, 13001 Marseille. 18 et 19 septembre 2009.

20^{èmes} rencontres des secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles. L'Éthique. Lieu : EPSAN à Brumath. 14-15-16 octobre 2009. renseignements : f.huck@ch-epsan.fr

PROPOS COMIQUES

« La critique du caractère autoritaire et mystérieux du médecin psychiatre n'admettant pas la contradiction peut prendre la forme plaisante que lui donne Proust quand il parle, au début de la Recherche, des « *moyens violents que ces psychiatres transportent souvent dans les rapports courants avec des gens bien portants, soit par habitude professionnelle, soit qu'ils croient tout le monde un peu fou* » ; elle se fait plus acerbe, et parfois excessive, chaque fois qu'un malade commet un crime. Ainsi il n'est pas étonnant que les postes ouverts en psychiatrie à l'internat soient peu valorisés et restent disponibles jusqu'aux quatre cinquièmes du classement »

Extrait du rapport sur la prise en charge psychiatrique en France (p. 8)

Alain Milon, Sénateur

Mai 2009



Prison du Fort Delgrès - Basse-Terre- Guadeloupe

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

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

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

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

*Sauf actualités urgentes
Prochain numéro en
septembre/octobre*

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

Vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous.

Vous pouvez également les demander en écrivant à socapsyleg@orange.fr. (et les recevoir gratuitement évidemment).

Avec tous les remerciements de l'équipe rédactionnelle pour tous ceux qui permettent la diffusion et la mémoire de Kamo.

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

