



# KAMO DE SOCAPSYLEG

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

2009

Année 4, Numéro 3

**SOCAPSYLEG**  
*Société Caraïbienne de  
Psychiatrie et de Psychologie Légales*



socapsyleg@orange.fr

Dans ce numéro :

1.	Editorial.....	2
2.	Séminaire DHOS sur la psychiatrie en prison.....	3
3.	PHRC 2008 sur les AVS.....	33
4.	Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins coordonnateurs.....	41
5.	La documentation Française « Prisons ».....	42
6.	Pratiques de la folie.....	43
7.	CEDEP.....	44
8.	Groupe multiprofessionnel des prisons.....	47
9.	Notes de lecture.....	48
10.	Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie criminelle.....	50
11.	Journée ARTAAS IdF.....	50
12.	Sites Internet.....	51
13.	Agenda.....	52
14.	Rendez-vous importants.....	53
15.	Où trouver les anciens numéros de Kamo.....	54

# Editorial

## *Les soins psychiatriques en prison*

Le séminaire annoncé dans le précédent numéro de Kamo sur l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire s'est tenu au ministère de la santé fin avril. Il a réuni de nombreux professionnels autour de huit ateliers.

Ce numéro de Kamo consacre une importante partie à ce séminaire. Vous y trouverez le support donné aux participants et les questions auxquelles ils devaient répondre mais aussi les réponses de Socapsyleg.

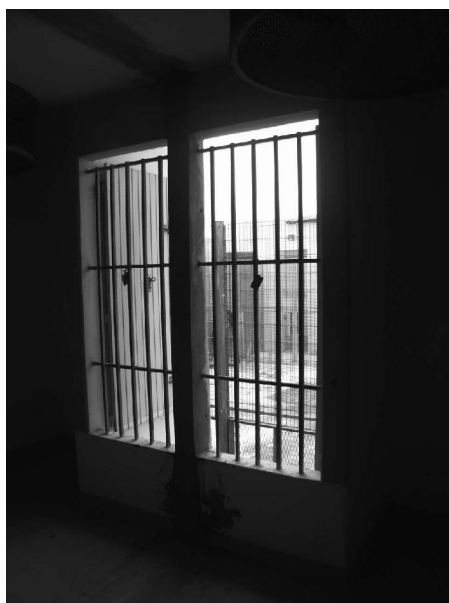
Certes, les professionnels ont été invités à donner leur avis sur le constat et les évolutions à prévoir. La DHOS fera probablement un restitution de ces travaux ou des directives en découleront.

Toutefois, il semble important que les professionnels concernés émettent leur propre document, au moins pour acter de leur engagement dans les soins en prison.

L'avis de Socapsyleg représente un de ces témoignages, mais à la portée limitée, car les petits moyens de Socapsyleg ne permettent pas un travail en profondeur. Il faut espérer que cette succincte contribution sera suivie d'autres travaux d'associations de professionnels nettement plus représentatives.

Il est probable que la journée annuelle des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et des unités pour malades difficiles qui se tiendra les 14-15-16 octobre 2009 à Strasbourg, consacrée à l'Éthique, reprendra les implications éthiques des soins en milieu pénitentiaire et qui ont été en filigrane des travaux de ce séminaire.

Michel **DAVID**



# SEMINAIRE

« Organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire »

Ministère de la santé et des Sports  
29 et 30 avril 2009

Un séminaire consacré à « l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie en milieu pénitentiaire » a été organisé par la DHOS fin avril 2009. Il réunissait de nombreux professionnels d'horizon divers.

L'intitulé du séminaire porte en lui une ambition forte car il s'agit de psychiatrie et de santé mentale, en mettant d'ailleurs la santé mentale en premier.. Sur ce point, juste une remarque : si la place des malades mentaux gravement atteints en prison semblent ne plus poser de problèmes à personne, on peut encore se demander si on peut être en bonne santé mentale en prison....

Dans le cadre du séminaire des 29 et 30 avril 2009, huit thèmes ont été proposés :

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

Atelier 2 : Hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique

Atelier 3 : Fonctionnement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées

Atelier 4 : Continuité des soins à la sortie

Atelier 5 : Coordination des soins en santé mentale

Atelier 6 : Spécialisation des établissements pénitentiaire

Atelier 7 : Compétences et formations des professionnels

Atelier 8 : Promouvoir la demande de soins

Suite à ce séminaire des 29 et 30 avril 2009 organisé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et les questions qui y furent posées dans les huit ateliers prévus, Socapsyleg apporte son analyse, souvent de manière abrupte.

En effet, la complexité de la question pénitentiaire, constatée dans les difficultés que le Gouvernement et les parlementaires manifestent pour présenter le projet de loi pénitentiaire ou pour l'inscrire dans le calendrier parlementaire, nécessite parfois des réponses peu nuancées.

La surpopulation pénale, la sursuicidalité des personnes détenues par rapport à la population générale (x6 ou 7), les malaises exprimés par le personnel pénitentiaire (de manière publique et médiatisée) ou soignant (de manière silencieuse et peu médiatisée) appellent des prises de position abruptes, « politiquement certes incorrectes » mais éthiquement nécessaires.

Il faut remarquer que la question de la prise en charge des addictions a été peu abordée dans ce séminaire, axée plus sur l'organisation hospitalière que médico-sociale.

Même si les relations avec les UCSA étaient constamment posées en filigrane, un séminaire sur l'organisation de la santé (physique et mentale) en milieu pénitentiaire aurait pu mieux répondre aux reproches souvent faits aux services médicaux et psychiatriques d'organiser le clivage soma/psyché et de répondre à des logiques de territoire.

Les travaux menés lors de cet intéressant séminaire apporteront des réponses techniques, nuancées, sérieuses comme il se doit, sans aucune certitude de leur prise en compte.

D'où l'utilité d'un contrepoint parfois incisif apporté par d'autres contextes et de l'expression actée des professionnels engagés dans les soins en milieu pénitentiaire, au moins pour « l'honneur ».

C'est le sens de la présente intervention de Socapsyleg qui se limite au cadre posé par les huit ateliers tout en ayant conscience que de nombreuses autres considérations pourraient être abordées.

Les pages suivantes reproduiront le document préparatoire mis à disposition des « séminaristes » et les réponses de Socapsyleg..

# ATELIER 1 :

## Organisation du dispositif de soins psychiatriques ambulatoires des personnes détenues

### Objectif du groupe de travail

Définir l'organisation de la prise en charge ambulatoire des soins psychiatriques des personnes détenues au sein de tout établissement pénitentiaire.

*Avant propos* : la définition retenue de la prise en charge ambulatoire pour cet atelier de travail est celle fondée sur le sens commun, à savoir une prise en charge incluant les consultations (entretien, démarche, groupe, accompagnement) et les activités à temps partiel (CATTP, atelier thérapeutique). Est donc exclue l'hospitalisation de jour qui sera traitée dans un autre atelier dédié à l'hospitalisation des personnes détenues. Pour mémoire le RIM-P utilise des définitions spécifiques pour la prise en charge ambulatoire et la prise en charge à temps partiel qui vous sont rappelés en note de bas de page. (non reproduites ici).

### Contexte

Depuis plus de 10 ans, les rapports successifs sur les soins aux détenus en santé mentale soulignent :

- \* Une augmentation régulière du nombre de personnes détenues relevant de soins psychiatriques,
- \* Une insuffisance globale de l'offre face à l'ampleur des besoins de prise en charge et la nécessité d'une politique forte en faveur de la santé mentale des détenus,
- \* Un écart entre l'organisation telle qu'elle est prévue dans les textes et sa mise en œuvre effective,
- \* Une inégalité de la répartition de l'offre qui ne s'explique pas par des besoins différents.

Enfin la loi d'orientation et de programmation pour la justice n°2002-1138 du 9 septembre 2002 réforme les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues et amène à une nécessaire redéfinition de l'organisation globale de la prise en charge psychiatrique de ces personnes.

### La réponse assurée par le dispositif actuel

L'organisation actuelle des soins psychiatriques repose sur deux niveaux de soins en milieu pénitentiaire se répartissant entre :

- \* des prises en charge ambulatoires pour les soins courants, dans tous les établissements pénitentiaires, réalisées par les équipes de secteur de psychiatrie générale. Cette activité ambulatoire est principalement centrée sur une activité de consultations et d'entretiens.
- \* des soins plus diversifiés, assurés par les 26 SMPR, incluant l'hospitalisation avec consentement de la personne détenue pour les soins les plus intensifs, des activités ambulatoires et des prises en charge à temps partiel.

### Pistes de réflexion

L'objectif est d'assurer aux personnes détenues un accès et une qualité de soins équivalents à ceux dont bénéficie l'ensemble de la population, ce qui implique notamment l'accès à toutes les formes de soins ambulatoires, que la personne détenue soit un homme ou une femme, un majeur ou un mineur.

L'intensification de la prise en charge ambulatoire des soins psychiatriques au sein des unités de consultations des établissements pénitentiaires doit constituer un enjeu majeur en veillant à une prise charge équivalente pour les femmes et les mineurs.

## Questions

### Préambule Socapsyleg

Un établissement pénitentiaire n'est ni un hôpital psychiatrique ni ne peut fonctionner comme un CMP de secteur de psychiatrie générale.

L'augmentation régulière du nombre de malades mentaux en prison impose-t-elle une réorganisation ou ne vaudrait-il pas mieux réfléchir à limiter le flux d'entrée en prison (cf. à la mission sur l'expertise psychiatrique du Sénat confiée aux sénateurs Lecerf et Pascal et aux questions posées à ce sujet par les sénateurs lors du débat sur la loi pénitentiaire) ? Ne vaudrait-il pas mieux attendre pour réorganiser le bonheur de voir diminuer le nombre de malades mentaux en prison ?

Le « sens commun » des soins en prison imposerait que ceux-ci répondent aux exigences éthiques de tout soin (notamment et tout particulièrement le secret professionnel)

Les difficultés pratiques à organiser certains soins du fait du contexte de la vie pénitentiaire doivent en permanence rester à l'esprit (p. ex. difficultés à constituer des groupes thérapeutiques : risque de stigmatisation, contraintes pénitentiaires tels les horaires, les parloirs, les activités, les exigences sécuritaires etc.).

Codification des actes (RIM Psy) à préciser.

### 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 ?

### Réponse 1

- Le dépistage des troubles mentaux est une des activités (historiques) essentielles.
- Entretien d'accueil systématique (par IDE) à différer de quelques jours après l'incarcération sauf signalement « urgent ».
- Consultations individuelles : psychiatres et psychologues.
- Ateliers ou groupes thérapeutiques difficiles à généraliser à cause des contraintes légitimes de la vie carcérale : horaires, difficulté à constituer des groupes homogènes, locaux insuffisants.

### 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 ?

### Réponse 2

- La prise en charge doit être graduée en fonction de l'importance de l'établissement pénitentiaire et des effectifs soignants disponibles.
- Dans les petits établissements : une équipe infirmière unique et un psychiatre (minimum : une à deux ½ journées de consultation).
- Déclinaison des besoins par concertation locale à partir d'un socle minimal fixé nationalement.

### 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 atelier 5.

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.

### Réponse 3

Le SMPR doit assurer une fonction de coordination régionale qui peut se manifester de la manière suivante :

- Rencontres régulières des équipes (souvent de faibles effectifs et avec un fort sentiment d'isolement)
- Conseils et formations sur le milieu pénitentiaire
- Réflexions sur les pratiques ; étude de cas cliniques
- Elaborations de protocoles
- Rôle de médiation en cas de conflit santé/AP
- Organisation de stages d'immersion entre DSP/SMPR
- etc.

Mais exclusion d'une fonction thérapeutique : inorganisable en considération des contraintes pénitentiaires.

Ce travail est évidemment très chronophage. Pour l'assurer il faudra des moyens humains suffisants mais qui peuvent être minorés en recourant aux NTIC (vidéoconférences) pour certaines tâches. La disponibilité que demande ce travail nécessitera de dédier certains membres de l'équipe à cette activité. Il n'est pas possible d'être disponible pour les équipes tout en assurant une disponibilité locale pour des activités thérapeutiques régulières, surtout en considérant les contraintes organisationnelles pénitentiaires.

La mise en place d'équipes spécialisées dans la prise en charge de pathologies spécifiques, comme celles présentées par certains AICS, paraissent peu réalistes. Ce type de prise en charge demande régularité et des équipes « en pointillé » (« morcelantes ») auront des problèmes d'organisation incontournables.

La mise en place d'équipes mobiles, « volantes », pour effectuer des remplacements en cas de manque d'effectifs paraît aussi peu réaliste. Pour les DSP, l'implication des secteurs doit permettre de remplacer les psychiatres absents. Les remplacements ne peuvent porter que sur les effectifs médicaux (principalement pour des actions chimiothérapeutiques) et infirmiers. On remplace difficilement des psychologues ou les autres thérapeutes investis dans des actions psychothérapeutiques.

### 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*

Réponse 4

- Les SMPR sont en général composés d'équipes plus étoffées que les DSP et ont une histoire locale institutionnelle plus ou moins importante et reconnue. Ils devraient pouvoir mettre en place des activités se rapprochant des prestations offertes en CMP ou CATTP, tout en n'oubliant pas les facteurs limitants du contexte carcéral. Il est possible d'envisager des transferts sur le SMPR si des prestations ne sont pas assurées par des DSP (par ex. indication de psychothérapie avec un psychologue, absent dans un DSP ; idem pour une indication psychomotrice etc.).
- En théorie, les SMPR doivent avoir une fonction de « chef d'orchestre ».
- Le maintien ou non d'antennes doit se discuter en fonction des organisations et des moyens locaux. Si les antennes devaient disparaître, il faudra un pilotage serré (par les ARS ?) pour engager la concertation au niveau des établissements car il ne faudra pas compter sur un engagement volontaire et enthousiaste des secteurs. Pourtant, le remplacement des antennes par des DSP éviterait les déplacements souvent longs entre les SMPR et les DSP et permettrait d'inscrire les patients dans la filière « ordinaire », non ségrégative de la psychiatrie générale. Les NTIC peuvent aussi faciliter le lien entre les SMPR et leur antenne. Des expériences de télémédecine (vidéoconsultation) doivent pouvoir être encouragées pour les équipes qui le souhaitent. Toutefois, globalement le remplacement des antennes par l'engagement des secteurs est hautement souhaitable.

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 pourraient 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 ?*

Réponse 5

- Equipe minimale : Psychiatre et une équipe infirmière unique.
- Intégrer 1 IDE psy dans l'équipe IDE UCSA est peu fonctionnel d'autant plus que le diplôme unique infirmier rend obsolète la séparation infirmier psy/IDE, mais il peut être intéressant d'intégrer dans cette équipe unique un IDE ayant une attirance pour le travail psychiatrique.
- Si possible, prévoir un temps de psychologue.
- Les prises en charges addictologiques sont à considérer avec tous les partenaires : psy, somaticiens, CSST etc. en fonction des organisations et des compétences locales.

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*

## Réponse 6

- Pas de compétences spécifiques (le sexe féminin n'est pas une « espèce » à part...)
- La population féminine très minoritaire pourrait bénéficier d'activités de groupe de type prévention primaire, ouvertes à toutes les femmes hors pathologie psychiatrique (la fameuse « santé mentale »).
- La mixité des groupes H/F est à travailler localement avec l'AP mais il faudrait envisager aussi des directives nationales pour soutenir les initiatives locales et en autoriser le principe.

## 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 ?

## Réponse 7

- La réponse est non si on envisage une substitution intégrale du personnel soignant présentiel par la télé médecine.
- La réponse est oui éventuellement comme moyen complémentaire de prise en charge pour des équipes en acceptant le principe et l'expérimentation.

## 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.*

## Réponse 8

- La prison n'étant pas un hôpital psychiatrique, la PDS en-dehors des heures ouvrées (UCSA et SMPR/DSP) doit être assurée par le 15.
- En l'absence de psychiatre dans les heures ouvrées, l'urgence est assurée par l'UCSA.
- Suppression des astreintes psychiatriques pour les cellules d'hébergement des SMPR



## ATELIER 2

### Hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique

#### Objectif du groupe de travail

Proposer une organisation graduée (ou plurielle) de la prise en charge des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues, intégrant la mise en place prochaine des UHSA.

*Avant propos* : cet atelier traite de l'ensemble des modes d'hospitalisations, hospitalisation de jour (HDJ) comprise.

#### Contexte

La loi d'orientation pour la justice du 9 septembre 2002 prévoit un nouveau dispositif d'hospitalisation pour troubles mentaux des personnes détenues, reposant sur des UHSA, et se substituant au système actuel (hospitalisation avec consentement en SMPR, hospitalisation sous le régime de l'article D398 dans les établissements de santé).

#### La réponse assurée par le dispositif actuel

Ce dispositif s'appuie sur une organisation sectorielle spécifique, étroitement articulée avec les autres secteurs de psychiatrie.

Les hospitalisations avec consentement sont réalisées en SMPR, dans des conditions peu satisfaisantes (absence de lits d'hospitalisation, milieu carcéral), s'apparentant à de l'hospitalisation de jour.

Les hospitalisations sans consentement sont réalisées en établissement de santé habilité, conformément aux dispositions de l'article D.398. Sur indication médicale, les personnes détenues peuvent être hospitalisées en UMD.

Les UHSA se substitueront à ces deux modes de prise en charge, l'hospitalisation en UMD restant possible sur indication médicale.

La mise en place prochaine de ces unités impose de repenser l'organisation de l'hospitalisation des personnes détenues pour motifs psychiatriques, en prenant en compte les lacunes du dispositif actuel et tenant compte de la période transitoire à gérer jusqu'en 2015 date supposée de finalisation de la seconde tranche.

#### Pistes de réflexion

L'objectif est de graduer une réponse selon les besoins et les objectifs thérapeutiques correspondant à la diversité des situations cliniques observées en milieu carcéral.

## Questions

### Préambule Socapsyleg

A relever la phrase significative : « *le dispositif s'appuie sur une organisation sectorielle spécifiques, étroitement articulée avec les autres secteurs de psychiatrie* ». Ce principe n'est pas toujours aisé à appliquer mais néanmoins possible. Le nouveau dispositif coupera complètement la population pénale du secteur de psychiatrie en créant une filière ségrégative.

Avant de faire évoluer à grande échelle (coûteuse) le dispositif, il conviendrait d'étudier comment limiter le flux d'entrée de malades mentaux en prison (et en favoriser la sortie).

Même avec les UHSA, les « hospitalisations de jour » (HDJ) pourraient rester utiles bien que posant certains problèmes (définition précise du mode « d'hospitalisation/hébergement », astreintes, responsabilité, accès aux détenus etc.). Poser aux UCSA la question d'un « partage » de ces cellules d'hébergement pour des situations somatiques nécessitant une observation ultracourte et non hospitalisation, ou en attente d'hospitalisation (surveillance courbe tensionnelle, crises d'asthme, malaises diabétiques (ou autres malaises « atypiques » etc.).

Moratoire nécessaire pour maintenir les HDJ jusqu'à création des UHSA.

Evaluer le fonctionnement, l'efficacité et le rapport coût/utilité des UHSA avant la mise en route de la 2<sup>ème</sup> tranche.

Proposer radicalement une modification législative de l'hospitalisation des détenus : compléter l'article D 398 (pour les HO) par un D 398 bis (HL) et D 398 ter (HDT) afin de permettre l'hospitalisation en EPSM des personnes détenues sous les trois modalités (HL, HDT et HO). Evidemment, il faut donner les moyens nécessaires à la psychiatrie générale pour accueillir les personnes détenues dans des conditions sécuritaires et sanitaires adaptées et préciser les responsabilités si « évansion » (nécessaire concertation professionnelle élargie...).

Prendre en considération la difficulté à recruter des personnels spécialisés pour faire fonctionner les UHSA..

### 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 ?

### Réponse 1

- Il faut maintenir le principe d'un hébergement de nuit et de jour, temporaire, dans les locaux du SMPR pour les situations de crises, d'observation, de séjour de mini rupture avec la détention ordinaire etc..
- Clarification nécessaire du statut hospitalier (entre autre pour le RIM Psy) : HJ, CATTP, HJ, CATTP, séjours, séquences etc.
- Pourquoi ne pas partager avec l'UCSA des cellules d'observation (pour le somatique : asthme, diabète, épilepsie, HTA etc.) ?
- Privilégier les établissements déjà équipés pour éviter les surcoûts et/ou évaluer au niveau locorégional l'opportunité et la possibilité de disposer de cellules d'hébergement.
- Idem pour les activités de jour : en fonction du contexte local (Plan concerté locorégional associant UCSA/DSP-SMPR-AP-EPSM-EPS-ARS).

## 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 » ?

### Réponse 2.1

- Compléter l'article D 398 à réserver aux HO et prévoir un D 398 bis pour les HL et un D 398 ter pour les HDT. Les UHSA ont été prévues pour permettre un égal accès aux soins des personnes détenues jusqu'ici exclues du dispositif de l'HL et de l'HDT. Le programme UHSA risquant de s'étaler dans le temps, il conviendrait d'envisager d'autres modalités qui permettent d'atteindre l'objectif sanitaire fixée aux UHSA (HL et HDT).
- Tant que les 17 UHSA ne sont pas fonctionnelles, les hospitalisations sous les trois modes doivent pouvoir se poursuivre dans les EPSM en cadrant les modalités de responsabilité des ES, notamment en matière d'évasion.
- Les conditions d'hospitalisation des personnes détenues doivent être améliorées et ne pas se limiter à une hospitalisation intégrale en chambres d'isolement.
- Les unités de type « *Unités de soins intensifs psychiatriques* » sont à recommander (parfois dénommées, UMAP – Unités d'hospitalisation pour malades agités et perturbateurs ou UPID - Unités psychiatriques interdépartementales), leur appellation inscrit bien la prise en charge dans un soin intensif et non dans des terminologies disqualifiantes du 19<sup>ème</sup> siècle (« agités » ou « perturbateurs ») ou imprécises (UPID).

### Réponse 2.2

- Non, les UHSA ne répondent pas à l'ensemble des besoins observés
- Elles ont un effet ségrégatif en créant une filière spécifique éloignant la personne détenue de la filière de soi « de droit commun ».
- Peu nombreuses, elles seront éloignées de nombreux sites et ne pourront pas répondre à l'urgence.
- Une analyse pragmatique prend en compte le démarrage de la première tranche d'UHSA. Il faudra absolument en évaluer le fonctionnement, l'utilité, le rapport coût/utilité avant de débiter

- la deuxième tranche.
- Il faut maintenir l'hospitalisation de proximité.
  - L'hospitalisation de proximité doit être possible sous les trois modalités : HL ; HDT ; HO
  - Dans l'opportunité d'une évaluation négative des UHSA, réfléchir à déployer le coût prévisionnel sur la création d'USIP. Les quatre autres nouvelles UMD devraient également contribuer à améliorer le dispositif d'accueil.
  - Le recours à une chambre sécurisée somatique est probablement peu intéressant car elles sont prévues pour des pathologies somatiques, nécessitant souvent un alitement alors que les patients ayant des pathologies psychiatriques doivent bénéficier d'un environnement hospitalier vaste et contenant à la fois, permettant une vie institutionnelle non étroitement confinée, source d'angoisse, d'irritabilité et favorisant souvent aussi bien les passages à l'acte hétéroagressifs qu'autoagressifs.

### **Article D398 du Code de Procédure Pénale**

Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique.

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

### Article L3214-3 du code de la santé publique

Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L. 3214-1.

Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire.

Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'à la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement.

Ces arrêtés sont inscrits sur le registre prévu au dernier alinéa de l'article L. 3213-1.

## ATELIER 3

### Fonctionnement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)

#### Objectif du groupe de travail

Réfléchir aux modalités de fonctionnement des UHSA et à leur articulation avec l'ensemble du dispositif.

#### Contexte

La loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice prévoit dans son article 48, que l'ensemble des hospitalisations pour motif psychiatrique, avec ou sans consentement, des personnes détenues sera réalisé dans des unités spécialement aménagées : les UHSA.

#### La réponse assurée par le dispositif actuel

La création de 17 UHSA d'une capacité de 705 lits en deux tranches a été retenue et approuvée par les organisations professionnelles et syndicales.

La 1<sup>ère</sup> tranche concerne 440 lits répartis en 9 UHSA : Rennes, Orléans, Toulouse, Bordeaux, Marseille, Lyon, Nancy, Paris et Lille pour une mise en service en 2010-2012.

Les UHSA ont été définies comme des lieux où s'exerce la primauté des soins, les personnes détenues demeurant sous écrou pendant leur hospitalisation et étant soumises à des restrictions de la liberté d'aller et venir et de communiquer.

Les UHSA seront rattachées à des SPMP dont elles constitueront une unité fonctionnelle à vocation régionale. Les UHSA sont des unités hospitalières sécurisées par l'administration pénitentiaire.

#### Pistes de réflexion

Le rôle des UHSA sera d'accueillir en hospitalisation temps plein (libre et sans consentement) des patients détenus d'une inter région géographique donnée, pour traiter les décompensations psychiatriques aiguës ; l'essentiel du soin continuera à se dérouler sur site pénitentiaire

Les éléments de cadrage du fonctionnement des UHSA sont en cours d'élaboration : décret relatif aux modalités de garde et d'escorte, circulaire de fonctionnement, arrêté de répartition.

S'agissant d'unités hospitalières, une certaine latitude d'organisation est accordée au responsable de l'unité. La circulaire entre les services de la DHOS et de la DAP est en cours de rédaction en tenant compte de ce principe.

L'avis des professionnels recueilli dans le cadre du séminaire peut éclairer la réflexion en cours.

Les UHSA ont vocation à prendre en charge toutes les hospitalisations, sans critères. Toutefois, dans l'attente de la mise en œuvre de l'ensemble du programme, les unités ne pourront pas répondre à l'ensemble des besoins d'hospitalisations des établissements pénitentiaires qui leurs seront rattachés (répartition des établissements pénitentiaires sur les 9 UHSA de la première tranche). Dès lors, se pose la question de l'organisation de la prise en charge pendant cette période intermédiaire.

La proposition de créer une UHSA « de longue durée » n'a pas été retenue par le législateur en 2002. Les UHSA devront donc assurer l'ensemble des hospitalisations, elles seront amenées à prendre en charge les patients actuellement hospitalisés dans les SMPR et les établissements de santé.

## Questions :

### Préambule Socapsyleg

*Dura lex sed lex.* Il est regrettable de devoir réfléchir au fonctionnement des UHSA. Il aurait été tellement préférable de prévoir un renforcement des moyens des secteurs de psychiatrie générale pour recevoir au sein des hôpitaux, dans des unités adaptées (unités de soins intensifs psychiatriques), à la fois des personnes détenues (en HL, HDT et HO) et non détenues.

### 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) ?

### Réponse 1

- Les critères d'admission à envisager dès maintenant sont purement hypothétiques : ils dépendront au final de la menée à terme du programme d'UHSA et de l'évaluation de la première tranche.
- En se cantonnant sur un programme achevé, il est probable qu'il faudra, pour des raisons pragmatiques, garder une hospitalisation de proximité en cas de saturation des UHSA et dans les situations d'urgence.
- Les critères doivent être purement psychiatriques et se déclinent largement du fait des trois modes possibles d'hospitalisation. La dangerosité (psychiatrique, criminologique, pénitentiaire, sociale etc.) n'a pas à être distinguée des critères cliniques usuels.

### 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) ?

### Réponse 2

- A prévoir probablement des organes de régulation selon les modalités suggérées par le groupe de travail de l'atelier.

### 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 ?

### Réponse 3

- La prise en charge des patients chroniques est aléatoire entre « oubli(ettes) » et gestion intermittente : hospitalisation dans des périodes fécondes et pour organiser des séjours de rupture. Le tout dans une ambiance résignée.... D'où la nécessité de prévoir une suspension de peine surtout si la pathologie est grave et signe par des incidents divers une inadaptation à la vie carcérale.
- On peut craindre une dérive des UHSA vers des UHSA de longs séjours comme l'a suggéré le rapport Gautier et Goujon pour gérer la chronicité. Pourtant la philosophie initiale des UHSA n'est pas de prévoir des hospitalisations de longue durée (qui en elles-mêmes signeraient un critère d'incompatibilité de l'état mental avec la vie carcérale).
- Pour prendre en charge les hospitalisations de durée variable, les UHSA devront s'organiser comme le font les services de psychiatrie générale....
- Les UMD seront à réserver aux situations qui ne peuvent se gérer dans les UHSA comme il en est dans les services hospitaliers.

### 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*

### Réponse 4

- L'utilisation d'une zone tampon ne sera probablement pas nécessaire à chaque fois. Elle peut même représentée une succession de changements peu propice à une stabilisation. Si elle se fait dans les « cellules d'hébergement » des SMPR maintenues, elles devront être pesées au cas par cas entre les équipes respectives mais n'ont pas lieu d'être systématisées, s'inscrivant dans un parcours de soin individualisé.



**Ça roule ?**

## ATELIER 4

### Continuité des soins à la sortie

#### Objectif du groupe de travail

L'objectif de ce groupe de travail est de traiter de la continuité des soins à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire notamment pour les soins psychiatriques.

#### Contexte

« La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s'inscrit dans la durée, c'est-à-dire au-delà du séjour en prison » *guide méthodologique 2004*

#### La réponse assurée par le dispositif actuel

La personne détenue doit recevoir, tout au long de son incarcération, les informations concernant son état de santé et les soins qui lui sont prodigués. L'équipe soignante, dans une démarche permanente d'éducation à la santé, a pour mission de la responsabiliser sur les soins qui lui sont nécessaires.

Le service pénitentiaire d'insertion et de probation et le greffe de l'établissement contribuent avec les services de la CPAM à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne détenue pour bénéficier, après sa sortie d'un suivi médical et social.

Les démarches réalisées pendant l'incarcération doivent tendre à une prise en charge sanitaire dans le dispositif de droit commun

L'arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur fixant l'organisation des SMPR précise à l'article 9 que « l'équipe du SMPR contribue à assurer la continuité des soins :

*\* à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire en mettant en œuvre les modalités de coopération avec les secteurs de psychiatrie générale et infanto juvénile dont dépendent les patients faisant l'objet d'une prise en charge par le service ».*

Aucune précision n'est par contre apportée sur le rôle des DSP au sein des UCSA.

#### Pistes de réflexion

Le groupe de travail Santé Justice d'avril 2003 notait : « Une préparation concrète de la sortie doit être organisée avec la personne détenue afin d'éviter la précarisation préjudiciable à la santé des personnes. Les procédures actuelles ne suffisent pas », il paraît important d'associer l'ensemble des acteurs institutionnels concernés (sociaux, pénitentiaires, judiciaires, médicaux, famille et associations).

Il paraît important de clarifier les modalités de continuité et de prises en charge des soins à la sortie en tenant compte de la nécessité d'associer l'ensemble des institutions concernées.



## Questions :

### Préambule Socapsyleg

Pas de référence aux DSP peut-être parce que les DSP devraient par définition permettre la continuité des soins : émanant des secteurs de psychiatrie générale, ils permettent d'éviter la filière ségrégative.

Pas de références aux consultations extra carcérales. Pourtant utilité de poser la question de leur utilité et de leur mission : renforcent-elles la filière ségrégative ou facilitent-elles le lien et la reprise de contact avec la filière hospitalière ? Fonction tampon, relais. Prestations spécialisées (AICS, violences etc.).

Place des centres ressources ?

Ne pas intégrer les soignants dans des « commissions entrants » organisée par l'AP.

### Question 1: Préparation à la sortie

Quelles pourraient être les modalités de préparation à la sortie ?

Quels pourraient être les partenariats souhaités ?

#### Réponse 1

Les modalités de préparation à la sortie lorsqu'elle peut être à peu près anticipée dans le temps s'ajustent à la situation du patient :

- Contacts inter équipes (SMPR/UCSA/DSP/CMP)
- Permissions avec ou sans accompagnant du patient au CMP pour une prise ou reprise de contact
- Rencontres des familles dans les consultations extra-carcérales
- Ateliers thérapeutiques alternant milieu fermé/milieu ouvert (demande un travail interprofessionnel intense entre soignants/SPIP/JAP.
- Réunions de travail régulières soignants/SPIP
- Recourir aux consultations extra carcérales (cf. ci-dessous) pour permettre une articulation soins en prison/soins dans le dispositif de droit commun.

### 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

#### Réponse 2.1

- La continuité des soins se définit comme le parcours de soin proposé au patient et auquel il adhère.

## Réponse 2.2

- Les coopérations se trouvent dans les différentes autres questions.

## Réponse 2.3

- L'appellation « contrôlée » consultations post-pénales ne paraît pas adaptée car dans ce type de consultation sont parfois suivies des personnes sous main de justice (SSJ avec IS) donc encore sous un régime « pénal ». Il s'agit plutôt de consultations extra pénitentiaires ou extra carcérales.
- Les conditions de réussite dépendent de l'engagement des équipes à les faire vivre, des directions des hôpitaux et des équipes hospitalières à en voir l'utilité et des autorités de contrôle de les doter des moyens nécessaires, voire de les inscrire dans la vie civile et citoyenne comme un outil nécessaire à la réinsertion.
- Un des intérêts essentiels est de permettre une zone tampon, relai, entre la prison et la vie libre, surtout si la libération n'a pas été anticipée.
- L'écueil est de contribuer à la redoutée filière spécialisée
- Leur généralisation est souhaitable et leur rattachement doit être variable en fonction des investissements professionnels locorégionaux (l'idéal restant l'engagement des secteurs dans cette démarche).

## Réponse 2.4

- Les réponses sont incluses dans les réponses précédentes.

## 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 ?

## Réponse 3

- Il est probable que des protocoles doivent exister selon les régions. Il conviendrait d'en faire le bilan afin de mutualiser les expériences et d'éviter à chaque équipe de refaire le monde à chaque fois, tout en adaptant les protocoles existants aux situations locales.
- Exemple de protocole simple (dans les grandes lignes) lors d'une HO (en l'absence d'éloignement majeur) en plusieurs étapes : 1) avant l'HO contact avec l'équipe de secteur ; 2) Dès le début de l'HO rencontre de l'équipe du SMPR/DSP avec l'équipe de secteur et visite du patient ; 3) Si possible, rencontre encours d'hospitalisation ; 4 dernière rencontre avant le retour en prison.
- Les liens avec la psychiatrie générale à partir des consultations extra carcérales vont de soi à partir du moment où ce type de consultation a pour finalité d'aider le patient à prendre ou reprendre contact avec le secteur.
- Les autres partenaires sont évidemment les services sociaux, les associations d'aide à la réinsertion, les municipalités investies dans la réinsertion.... Sous quelle forme : avec des conventions qui finissent par ne jamais être respectées ou tenues dans le temps ou simplement de manière informelle au petit bonheur la chance des bonnes volontés présentes. Un travail de Sisyphe et herculéen....

## ATELIER 5

### Coordination des soins en santé mentale

#### Objectif du groupe de travail

Définir ce que pourrait être une coordination régionale

#### Contexte

Le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique prévoit que : « Le SMPR constitue le lieu d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoire, à temps partiel mais aussi en hospitalisation pour les personnes détenus de l'ensemble des établissements pénitentiaires de son secteur ».

Par ailleurs l'arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur fixant l'organisation des SMPR précise à l'article 9 que « l'équipe du SMPR contribue à assurer la continuité des soins à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire en travaillant en étroite concertation avec le service médical et le personnel socio éducatif de l'établissement pénitentiaire ainsi que les organismes sanitaires et sociaux habilités à intervenir en milieu carcéral ».

Le SMPR a donc par définition une mission de coordination régionale de prestations psychiatriques délivrées à la population pénale de leur aire de compétence.

Le responsable du SMPR doit assurer un rôle de conseil et de coordination par rapport aux équipes de psychiatrie générale qui interviennent dans les établissements pénitentiaires du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire concerné.

#### La réponse assurée par le dispositif actuel

Peu de SMPR assurent une mission de coordination régionale vis-à-vis des secteurs de psychiatrie générale concernés.

Les résultats de l'enquête SMPR de janvier 2009 ont mis en évidence une inégalité d'exercice de la mission régionale des SMPR., notamment le taux moyen de transferts pour motif psychiatrique d'un établissement pénitentiaire vers un établissement siège de SMPR est de l'ordre de 30%, avec de grandes disparités entre les SMPR.(variation de 0 à 60%).

Plusieurs régions ont élaboré un volet SROS santé mentale des personnes détenues qu'il convient d'analyser et de prendre en compte.

L'ouverture prochaine des UHSA conduit à définir le concept de coordination régionale.

#### Pistes de réflexion

« La mise en œuvre des actions visant à restaurer la santé mentale des personnes [...] implique une amélioration de la coordination des professionnels de la psychiatrie, dans une perspective de travail en réseau, afin d'assurer la continuité » de leur prise en charge pendant leur incarcération et implique aussi une meilleure articulation avec les UCSA et les autres intervenants sanitaires ou sociaux dans une optique de prise en charge globale [...]».

## Questions

### Préambule Socapsyleg

La coordination générale est un concept intéressant mais il faut en préciser le contour et les moyens nécessaires pour l'assumer.

Quelle aide les NTIC peuvent apporter comme appui à cette mission ?

### 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 ?

### Réponse 1

- La question peut se décliner sous deux optiques différentes selon le dispositif mis en place dans l'établissement pénitentiaire : 1) UCSA/DSP ou 2) UCSA/SMPR
- Les SMPR (SPMP) ont quatre caractéristiques essentielles : 1) Historiquement, ils ont un rattachement hospitalier plus ancien ; 2) Ils bénéficient d'une organisation structurée : un chef de service, une nomination ministérielle des PH (à maintenir pour les psychiatres du fait de leur implication dans les mesures soignantes « privatives » de liberté ; 3) Un engagement médical, volontaire et motivé pour postuler sur les SMPR ; 4) L'incessante manie de poser des questions éthiques, de résister et d'interpeler (bien qu'en voie de disparition....).
- Les UCSA ne cumulent pas ces quatre caractéristiques.
- Les UCSA/DSP se caractérisent par l'intervention du DSP dans des locaux « gérés » par l'établissement hospitalier de rattachement de l'UCSA.
- Ces organisations ont des conséquences variables : ainsi un dossier commun peut exister dans les UCS/DSP et rarement dans les situations UCSA/SMPR. Toutefois avec l'informatisation de dossiers des patients, les contraintes liées au codage des actes et aux relevés d'activités, le rattachement en général des unités SMPR/DSP et UCSA à des hôpitaux différents complexifie la coordination.
- Pour simplifier, dans l'idéal, il faudrait que les SMPR/DSP et UCSA relèvent du même établissement hospitalier (ou CHT ?).
- Après quelle coordination ?
- Une mesure très contestée (nécessitant un large débat, si imposée les avantages risqueront d'être mineurs par rapport aux inconvénients) : autant que possible, créer des services unifiés de médecine et de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Avantages : Pas besoin de les détailler, mais on note un interlocuteur unique/AP ; une mutualisation des moyens (secrétariat, infirmiers, informatique, espaces etc.) ; un coordonnateur unique médecin et infirmier de l'équipe soignante ; le partage de préoccupations soignantes communes autour d'une même population que somaticiens et psy « partagent » etc.

Inconvénients : risque de perte de l'identité de chaque équipe ? Désaccords profonds sur les pratiques professionnelles et les relations soignants/AP selon les endroits (toujours la manie contestatrice des psychiatres, peut-être un bon moyen pour l'éteindre, la restreindre, la contourner, la contrôler).

Qui coordonne dans ce cas : UCSA ou DSP/SMPR. ? A discuter en fonction des contextes, des personnes. Coordination tournante (par périodes, comme la présidence européenne ?!....) ? Médecins et cadres de santé sont concernés. Si un seul hôpital, pas de souci de coordination administrative mais si deux directions.... ? Il ne peut y avoir deux chefs directeurs (HPST).....

L'équipe unique est un idéal mais le principe de réalité risque de s'y opposer.

## 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 ?

## Réponse 2

- Si la coordination s'entend comme « l'agencement d'un tout selon un plan logique, pour une fin déterminée » (petit Robert), il y a fort à parier que cette ultrarationalité ne sera qu'un vœu pieu. Il est probablement nécessaire de créer un lien entre les différents intervenants plutôt que d'espérer voir des psychiatres se « coordonner ».
- Selon les endroits, l'animation nécessaire du lien entre les équipes dépendra de la volonté et du dynamisme de « l'animateur désigné » et des moyens qu'on lui donnera pour mener à bien cette fonction liante et prenante. On peut évidemment tout imaginer : organisation e rencontres, rédactions de protocoles, journées de formation, accompagnement des responsables locaux à des réunions etc.
- Le niveau doit dépendre de l'étendue géographique couverte et du nombre d'établissements concernés. L'animateur aura des limites...
- Qui est l'animateur ? Une perle rare qui voudra s'y coltiner, saura rassembler, et rencontrera un certain consensus....
- Le rôle des différents acteurs sera fonction du style de l'animateur, des moyens locaux et des volontariats des acteurs et de l'importance plus ou moins grande des conflictualités ou des consensus locorégionaux. Idem pour le fonctionnement de l'animation/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 ?

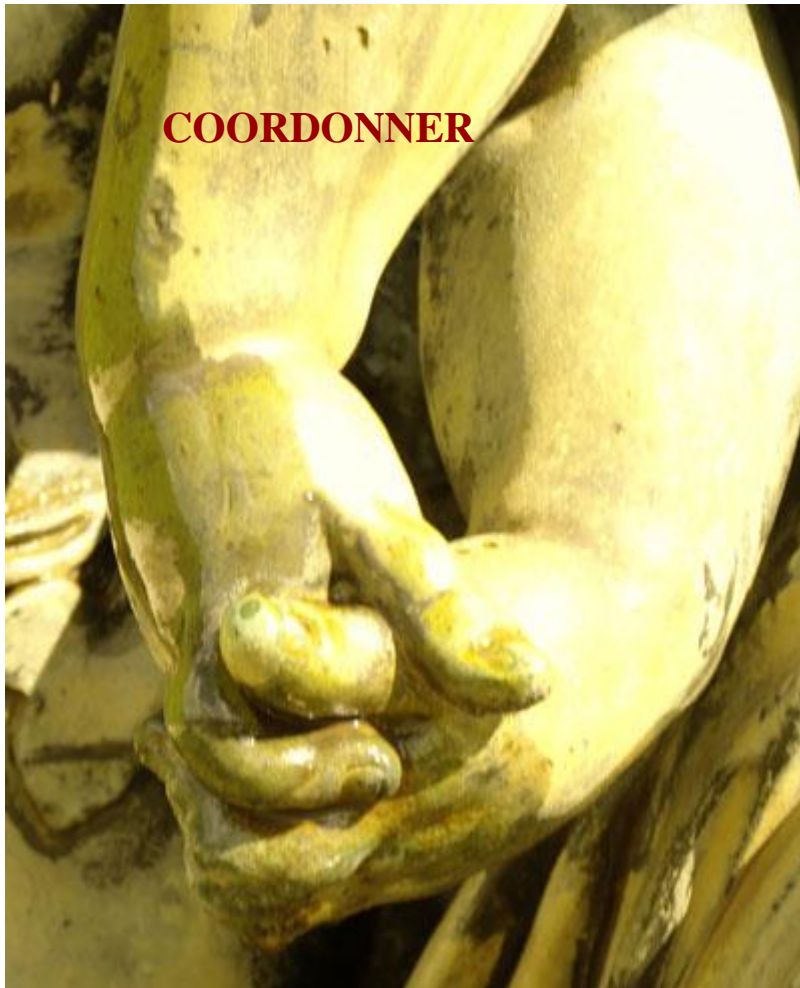
Quelle représentation dans les Comités Régionaux de Concertation en Santé mentale, dans les Commissions Régionales Addictions ?

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 ?

### Réponse 3

- Dégager au sein des ARS un responsable spécialement désigné chargé de la politique de soins aux détenus (psy et soma réunis) avec retour lors des CRCM (quand elles fonctionnent).
- Dans le SROS IV prévoir un volet « Soins aux détenus » commun aux somaticiens et aux psychiatres. Il est non seulement pertinent mais absolument obligatoire, sinon les administrations et les CME (et notamment celles qui gèrent les UCSA) « oublient » les unités de soins en milieu pénitentiaire.



## ATELIER 6

### Spécialisation des établissements pénitentiaires

#### Objectif du groupe de travail

Missions des UCSA et des SMPR dans les établissements pénitentiaires spécialisés (par l'administration pénitentiaire).

#### Contexte :

La loi n°98-468 du 17 juin 1998, créant le suivi socio-judiciaire avec injonction de soins implique que les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Une première catégorie d'établissements a été officiellement identifiée en 2008 pour la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS), en vue d'offrir, conformément à ces dispositions législatives, un suivi tant sanitaire que pénitentiaire adapté.

L'administration pénitentiaire a spécialisé de fait des établissements tenant compte ;

Du type d'infractions pénales avec la spécialisation des 22 établissements dans la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel, ou l'ouverture prochaine des quartiers courtes peines (QCP) qui regrouperont les personnes condamnées à de courtes peines. Dans ce dernier cas, il s'agira notamment de délits routiers multiples en état d'ivresse pas exemple ou d'auteurs de violences familiales.

Du comportement des personnes détenues : regroupement de personnes identifiées par l'administration pénitentiaire comme souffrant de troubles de la personnalité.(exemple Château Thierry).

Cette spécialisation répond, dans le cas des établissements AICS, à la loi, mais la spécialisation existe de fait depuis longtemps tant pour les AICS (exemple CD de Caen, CP de Mauzac) que dans le cas du centre pénitentiaire de Château-Thierry qui présente la spécificité d'accueillir des condamnés à de longues peines présentant des troubles psychiatriques.

#### La réponse assurée par le dispositif actuel

Le groupe de travail du Ministère de la Santé et du Ministère de la Justice d'avril 2003 a dans ses recommandations rejeté « toute solution tendant à la création d'établissements spécialisés pour les détenus atteints de troubles mentaux sous la tutelle des ministères de la justice et de la santé ».

Cette orientation a toutefois été introduite par la commission des affaires sociales du Sénat dans la loi pénitentiaire en cours de discussion. La mesure n'a pas été retenue, mais renvoyée à une discussion plus approfondie dans le cadre de la future loi de sante mentale.

#### Pistes de réflexion

Organisation de la prise en charge des soins dans les établissements spécialisés par l'administration pénitentiaire.

## Questions

### Préambule Socapsyleg

La loi du 17 juin 1998 n'a pas envisagé « l'injonction de soins encourue ». L'injonction de soins encourue concerne toutes les personnes condamnées pour une infraction relevant potentiellement de l'injonction de soins mais pour lesquelles l'injonction de soins n'a pas été prononcée au moment de la condamnation. La loi de 1998 prévoyait que l'injonction de soins ne pouvait être prononcée qu'à la suite d'une expertise psychiatrique la préconisant. L'injonction de soins encourue systématise le « soin » pour toute infraction susceptible de relever d'une injonction de soins sans recourir à l'expertise. Il s'agit d'un systématisme : infractions sexuelles (et toutes les autres listées non sexuelles) = injonction de soins. L'opposition aux établissements spécialisés découle de ce principe : toutes les personnes condamnées à une infraction relevant potentiellement d'une injonction de soins, même sans expertise l'ayant recommandée, doivent être soignées et seront « parquées » dans les établissements idoines, labellisés par l'administration pénitentiaire. Les services qui auront accepté ces moyens se seront implicitement rangés sous ce principe de la spécialisation.

La spécialisation de la MC Château-Thierry est emblématique d'un problème : cf. les remarques de Nicolas About (discussion loi pénitentiaire) : ne pas maintenir les personnes détenues malades mentales en SMPR. Le ministre de la justice a affirmé lors du débat au Sénat sur la loi pénitentiaire que la suspension de peine pour raisons psychiatriques était possible. La suspension de peine ne peut être prononcée que pour les pathologies somatiques et pas pour les maladies mentales. Et pourquoi pas pour cette dernière occurrence : on éviterait ainsi la spécialisation « honteuse » de Château-Thierry.

La spécialisation est un renforcement du principe des filières ségréguées

Penser aussi la lourdeur de la tâche pour les personnels affectés dans ces prisons.

En outre, les connaissances académiques permettent-elles d'affirmer que l'on sait soigner toutes les pathologies (AICS) ?

La certitude de soins offerts (très probablement inefficaces) = certitude de rétention de sûreté.

Gares aux permissions des AICS : Penser aux réactions des populations avoisinantes.

Evidemment, rupture avec la famille (éloignement probable et fréquent)

### 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 ?

### Réponse 1

- Intérêts : absolument aucun
- Inconvénients : tous. Aucune discussion dialectique n'est à envisager. Il existe des situations pour lesquels le refus doit être sans discussion ni argumentation : Non, c'est non.
- Aucune autre catégorie pénale n'est à considérer. La question porte en soi l'ambiguïté. Les soins ne peuvent se décider en fonction d'une catégorie pénale mais en fonction d'une discussion clinique.

### 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 ?



## Réponse 2

- La question est absolument sans objet vu la réponse à la question 1.

## 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 ?

## Réponse 3

- La place de Château-Thierry est un symptôme du dysfonctionnement du système : les personnes souffrant de maladies mentales graves n'ont pas leur place en prison. Il faut toutefois rendre hommage aux personnels soignants et pénitentiaires qui acceptent d'y travailler et d'aider les personnes qui y sont détenues.
- Il n'y a aucune place car il ne s'agit pas de transférer la population de Château-Thierry dans les UHSA mais de s'interroger sur le parcours de chacune des personnes qui y sont détenues et les choix de notre société face à ces histoires individuelles.
- Il ne faut pas les multiplier mais les « diviser ».



Etablissements spécialisés

## ATELIER 7

### Compétences et formation des professionnels

#### Objectif du groupe de travail

Réfléchir aux modalités d'amélioration de la formation initiale et continue des professionnels de santé prenant en charge les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.  
Réfléchir aux thèmes et aux modalités d'organisation de formations pluridisciplinaires.

#### Contexte

La réforme de la prise en charge sanitaire des personnes détenues mise en œuvre par la loi du 18 janvier 1994 a introduit les acteurs hospitaliers au sein des établissements pénitentiaires sans pour autant intégrer des modules spécifiques sur les soins en milieu carcéral dans les formations professionnelles initiales, ni la mise en place de formations spécifiques voire continue pour ceux ayant fait le choix de cet exercice professionnel. Ce constat est valable pour l'ensemble des disciplines.

Cet exercice professionnel rebute encore très souvent du fait d'une méconnaissance des organisations mises en place et des conditions d'exercice particulières dans un environnement clos.

A contrario le nombre croissant de personnes détenues relevant de soins psychiatriques crée un climat d'insécurité et de désarroi des personnels pénitentiaires désarmés devant le comportement de ces personnes.

#### La réponse assurée par le dispositif actuel

Les médecins psychiatres, les infirmier(e)s et les psychologues ne reçoivent pas lors de leur formation initiale un enseignement sur l'exercice de la prise en charge de la santé mentale en milieu pénitentiaire. Aucune adaptation à l'emploi n'est prévue dans les textes.

L'exercice en milieu pénitentiaire est peu attractif, et les difficultés liées à la démographie médicale et soignante accentuent les difficultés de recrutement.

Cette situation risque de s'aggraver à moyen terme compte tenu des perspectives de diminution du nombre de psychiatres, et la pénurie d'infirmiers « spécialisés » en psychiatrie, corps en extinction depuis 1992.

Pour autant plusieurs diplômes d'université existent, voire des DESC à l'initiative de certains professionnels, mais sans obligation de participation.

#### Pistes de réflexion

Faire connaître cet exercice spécifique, passe par une formation initiale et la mise en place de formations continues pour tous les professionnels concourant à ces prises en charge

Les conditions de cet exercice requièrent également la nécessité de formations communes voire partagées entre l'ensemble des professionnels concourant à ces prises en charge personnels soignants et pénitentiaires.

## Questions

### Préambule Socapsyleg

Problèmes de démographie et d'attractivité difficiles à résoudre.

Se méfier de l'effet pervers des modalités d'éventuelle attractivité financière : risque de voir des professionnels postuler pour les avantages et non motivés par le contexte (nombreux sont les soignants qui considèrent que les détenus sont de la « racaille »).

Au moins sensibiliser les DRH et les DS afin de bien discuter avec les responsables (médicaux et infirmiers) des SMPR dans le choix des affectations avec possibilité de périodes d'essai.

Faciliter la formation continue (par exemple, « échanges » entre SMPR).

### Question 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 ?

#### Réponse 1

- De manière générale : on peut toujours rêver de formations initiales spécialisées, les principes de réalité s'y opposeront
- Pour tous les professionnels : dans la formation généraliste, prévoir une initiation aux problématiques de l'exercice en milieu pénitentiaire. Pour les psychiatres, on peut regretter le temps de l'internat en psychiatrie qui offrait de nombreux postes d'internes dont en milieu pénitentiaire.

### 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 ?

#### Réponse 2

- De nouveau le principe de réalité : simplement prévoir des stages d'immersion en milieu pénitentiaire afin d'apprécier de manière bilatérale l'adaptation au contexte avant l'affectation définitive.

### 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)

#### Réponse 3

- Les SMPR, les CRIAVS, l'AP (ENAP), la justice (ENM) peuvent proposer des formations spécialisées ainsi que la Faculté de Médecine (DESC, DU etc.) et tout organisme compétent.

#### 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 ?

#### Réponse 4

- Le rôle des différentes institutions a été évoqué dans les questions précédentes



## ATELIER 8

### Promouvoir la demande de soins

#### Objectif du groupe de travail

Réfléchir aux moyens de favoriser la demande de soins psychiatriques en prison.  
Encourager l'engagement des patients dans des soins adaptés, dont l'unique enjeu reste la santé du patient.

#### Contexte

La prison n'est pas un lieu de soin. Cependant, les troubles psychiatriques sont surreprésentés en prison : selon l'étude CEMKA EVAL (rapport final janvier 2006) 3.8 % des détenus souffrent d'une schizophrénie nécessitant un traitement, soit environ 4 fois plus qu'en population générale et 17 % présentent un état dépressif, soit 4 à 5 fois le taux en population générale. Il s'agit souvent de patients difficiles à soigner en milieu « libre » : à la psychose se surajoutent des troubles de l'humeur, des conduites addictives, une mauvaise compliance relationnelle, une précarisation socio familiale...

#### Les recommandations du guide sur la prise en charge des détenus

Toutes les personnes détenues doivent bénéficier dans les premiers jours de l'incarcération d'un entretien d'accueil avec un membre de l'équipe psychiatrique intervenant dans l'établissement pénitentiaire, afin de :

\* permettre le repérage précoce des troubles psychiques des entrants et mettre en œuvre les soins adaptés à leur état

\* faire connaître à la personne détenue les prestations psychiatriques offertes au sein de l'établissement pénitentiaire dans le souci notamment de favoriser une éventuelle demande de soins

#### Pistes de réflexion

L'objectif poursuivi est de permettre à toute personne détenue désireuse et/ou nécessitant une prise en charge psychiatrique de s'engager dans le soin, ou de poursuivre cette prise en charge.

Il s'agirait aussi d'identifier des actions de promotion et de prévention en santé mentale.

#### Questions

Préambule Socapsyleg : pas de réponses aux questions. Le présent préambule suffit en soi et des réponses ont été déjà apportées dans d'autres ateliers.

- L'injonction de soins en cours suffit déjà comme promotion de la demande factice de soins...Cf. circulaire de 1992 sur la pédopsychiatrie (citée de mémoire) : « l'offre de soins va des pathologies les plus lourdes aux variantes de la normale et il convient de poursuivre ce mouvement ». On voit où cela à mener la pédopsychiatrie en grande difficulté et ne pouvant répondre à la demande.
- Il faut éventuellement promouvoir les soins partout sauf en prison
- Penser ce principe c'est entériner l'inflation de malades mentaux en prison
- Penser ce principe c'est oublier que la prison n'est pas propice aux soins.
- Ne pas répondre aux questions est un choix éthique

## 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 ?

## <sup>1</sup> Dispositions du CPP : Offre de soins et incitations

### Article 717-1 A

*Créé par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 1*

Dans l'année qui suit sa condamnation définitive, la personne condamnée à une peine de réclusion criminelle d'une durée égale ou supérieure à quinze ans pour l'une des infractions visées à l'article 706-53-13 est placée, pour une durée d'au moins six semaines, dans un service spécialisé permettant de déterminer les modalités de la prise en charge sociale et sanitaire au cours de l'exécution de sa peine. Au vu de cette évaluation, le juge de l'application des peines définit un parcours d'exécution de la peine individualisé. Si la personne souffre de troubles psychiatriques, sur indication médicale, elle fait l'objet d'une prise en charge adaptée à ses besoins, le cas échéant en hospitalisation.

## Article 717-1

*Modifié par LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 1*

La répartition des condamnés dans les prisons établies pour peines s'effectue compte tenu de leur catégorie pénale, de leur âge, de leur état de santé et de leur personnalité.

Dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, les personnes condamnées pour une infraction pour laquelle le suivi socio-judiciaire est encouru exécutent leur peine dans des établissements pénitentiaires permettant d'assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Sans préjudice des dispositions de l'article 763-7, le juge de l'application des peines peut proposer à tout condamné relevant des dispositions de l'alinéa précédent de suivre un traitement pendant la durée de sa détention, si un médecin estime que cette personne est susceptible de faire l'objet d'un tel traitement.

Les dispositions des articles L. 3711-1, L. 3711-2 et L. 3711-3 du code de la santé publique sont applicables au médecin traitant du condamné détenu, qui délivre à ce dernier des attestations de suivi du traitement afin de lui permettre d'en justifier auprès du juge de l'application des peines pour l'obtention des réductions de peine prévues par l'article 721-1.

Deux ans avant la date prévue pour la libération d'un condamné susceptible de relever des dispositions de l'article 706-53-13, celui-ci est convoqué par le juge de l'application des peines auprès duquel il justifie des suites données au suivi médical et psychologique adapté qui a pu lui être proposé en application des deuxième et troisième alinéas du présent article. Au vu de ce bilan, le juge de l'application des peines lui propose, le cas échéant, de suivre un traitement dans un établissement pénitentiaire spécialisé.

Les agents et collaborateurs du service public pénitentiaire transmettent aux personnels de santé chargés de dispenser des soins aux détenus les informations utiles à la mise en œuvre des mesures de protection des personnes.

## Article 763-7

*Modifié par Loi n°2004-204 du 9 mars 2004 - art. 168 JORF 10 mars 2004 en vigueur le 1er janvier 2005*

Lorsqu'une personne condamnée à un suivi socio-judiciaire comprenant une injonction de soins doit subir une peine privative de liberté, elle exécute cette peine dans un établissement pénitentiaire prévu par le second alinéa de l'article 717-1 et permettant de lui assurer un suivi médical et psychologique adapté.

Elle est immédiatement informée par le juge de l'application des peines de la possibilité d'entreprendre un traitement. Si elle ne consent pas à suivre un traitement, cette information est renouvelée au moins une fois tous les six mois.

En cas de suspension ou de fractionnement de la peine, de placement à l'extérieur sans surveillance ou de mesure de semi-liberté, les obligations résultant du suivi socio-judiciaire sont applicables.



**La chasse aux soins**

## CONCLUSION

La psychiatrie en milieu pénitentiaire représente une très faible activité par rapport à l'ensemble de la psychiatrie hospitalière. Le nombre de détenus, encore un petit effort, approchera bientôt celui d'un secteur (70 000 h). Les personnels soignants représentent également un faible effectif dans le grand ensemble de la psychiatrie.

La portée symbolique des efforts consentis par la Nation pour soigner la population pénale (déculpabilisation par rapport aux piètres conditions de vie carcérales?) explique probablement la nécessité de réunir les professionnels pour faire évoluer le dispositif. Mais dans quel sens ?

Les constats font état notamment d'une inégalité de l'offre de soins dans les établissements pénitentiaires, d'une importance croissante des personnes détenues présentant des troubles mentaux souvent importants, d'une perplexité sur les organisations à mettre en place.

On aurait pu penser que le principe de la création des UHSA aurait permis de finaliser un ensemble « cohérent » de prise en charge psychiatrique, avec un risque évident de création d'une filière ségrégative. Ainsi, les UHSA devait conduire à la disparition de la mal nommée « hospitalisation de jour » en SMPR . Or, à la fois car les professionnels en perçoivent toujours l'utilité, et à la fois car l'éloignement des UHSA rendra difficile certaines hospitalisations, le principe de « cellules d'hébergement » en SMPR semble maintenu.

Quant aux UHSA, les exigences de la réalité (éloignement, coût + + +, difficultés de mise en œuvre, complexité du système (mixte sante/justice), recrutement aléatoire de professionnels censés devenir de plus en plus rares - notamment les psychiatres - sans compter des motivations à trouver), dans un contexte de crise économique, de positionnement sociaux et politiques ambivalents par rapport à la prison (cf. les aléas de la loi pénitentiaire), conduisent à évaluer précisément les premières expériences avant d'en généraliser le déploiement complet.

Doutes donc sur les configurations futures des soins en milieu pénitentiaire, sans oublier, en outre, que la réflexion de ce séminaire n'a pas pris en compte les grandes évolutions à venir de l'organisation sanitaire en France, prévue par la loi HPST.

Est-ce le symptôme que la psychiatrie et la médecine en milieu pénitentiaire seraient avant tout pensées comme des auxiliaires de la justice plus que comme une partie du système de santé hospitalier ?

Injonctions de soins encourues, rétention de sûreté, abrasion du secret professionnel etc. en sont quelques indices marquants. MD.





## PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE 2008 SUR LES AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE

Michel DAVID – Psychiatre des Hôpitaux\*  
Jacqueline DELOUMEAUX – médecin épidémiologiste\*\*  
Franciane CONVERTY – psychologue clinicienne\*  
Nicolle MARCHAL – cadre de santé\*

Tous les deux ans se tient le congrès international francophone sur l'agression sexuelle (CIFAS). Le millésime 2009 s'est tenu à Montréal le 11/12/13 mai 2009. Le centre hospitalier de Montéran et le CHU de Pointe-à-Pitre y proposait une communication, acceptée par les organisateurs, sur le projet de PHRC 2008, présenté mais non retenu, élaboré par les deux équipes.

Pour diverses raisons, il a fallu renoncer à présenter cette communication. Toutefois, étant rédigée, elle trouvera au moins sa place dans le présent Kamo pour que ce travail d'équipe ne soit pas entièrement perdu.

### RESUME

L'appel à projets national (APN) des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) 2008 en France comportait un axe santé mentale avec la thématique suivante : « *Traitement et prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles* ».

Le Pôle de Psychiatrie Légale du Centre Hospitalier de Montéran en Guadeloupe, avec l'appui du Pôle Innovation-Recherche du CHU de Pointe-à-Pitre, a répondu à l'appel avec un projet de recherche biomédicale intitulé : « *Caractérisation des profils psychopathologiques et de personnalité des personnes condamnés pour infractions sexuelles en Guadeloupe* ».

L'étude monocentrique devait porter sur environ 90 personnes de sexe masculin et se dérouler sur 30 mois par périodes d'étude de 3 mois par groupe de 10 sujets. L'objectif était de déterminer, au sein d'une population condamnée pour infractions sexuelles, d'éventuels profils psychopathologiques, suivant en cela les recommandations de la conférence de consensus sur le traitement des auteurs d'agressions sexuelles tenue à Paris en 2001.

Le protocole prévoit une investigation clinique psychiatrique et psychologique, une batterie de tests psychologiques (WAIS-III, Rorschach, TAT, MMPI), l'utilisation du questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle (QICPAAS) et le recueil des antécédents judiciaires. Parmi les résultats attendus, l'établissement de profils psychopathologiques devait conduire à des propositions thérapeutiques énoncées sur un double registre : académique en fonction des données de la littérature et pragmatique en tenant compte des moyens disponibles *in situ*. Le projet n'a pas été retenu.

La méthodologie du protocole, l'argumentation de son refus, la comparaison de son contenu avec les recommandations de la Haute Autorité de santé sur la prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles et les difficultés rencontrées par un service hospitalier de petite taille pour élaborer un projet de recherche font l'objet de la présente communication.

\* Pôle de Psychiatrie Légale – Centre Hospitalier de Montéran – 97120 Saint-Claude

\*\* Pôle Innovation-Recherche – Centre Hospitalo-Universitaire – 97159 Pointe-à-Pitre/Abymes

## Le cadre général des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) en France

Les PHRC en France ont été créés en 1992. Il s'agissait de répondre à la recherche médicale, alors principalement pilotées par l'INSERM et le CNRS et considérée comme trop centrée sur la biologie et les statistiques. Il convenait de redonner la main à la clinique en impliquant davantage les hospitaliers dans la recherche médicale.

En 1994, apparaissent des thématiques nationales fixées en fonction d'intérêt de politique sanitaire (par ex., Cancers, maladie d'Alzheimer etc.). On repère dorénavant deux types de PHRC : national et régional.

Les PHRC nationaux doivent s'inscrire dans les thématiques nationales tandis que les PHRC régionaux peuvent porter sur n'importe quel sujet, même sur une thématique nationale. Toutefois, un même projet ne peut à la fois être présenté en national et en régional.

Les objectifs des PHRC sont de :

- Dynamiser la recherche clinique et de promouvoir le progrès médical.
- Améliorer la qualité des soins en évaluant de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques.
- Valider scientifiquement les nouvelles connaissances médicales, ce que permet la méthodologie rigoureuse utilisée par les PHRC.
- Élaborer des stratégies de diffusion des connaissances afin de faire profiter le maximum de praticiens des nouvelles connaissances acquises.

Les PHRC sont lancés annuellement par une circulaire qui indique les thématiques nationales et en fixe le calendrier. La date de diffusion de cette circulaire a évolué dans le temps. Elle est diffusée auprès des délégations à la recherche clinique des CHU qui doivent répercuter l'information auprès des hôpitaux alentours. Vous imaginez bien que la modestie des SMPR conduit à ce qu'ils ne soient jamais les réceptionnaires de cette information. Il faut donc aller soi-même à la pêche aux informations, heureusement maintenant facilitée par internet. Trouver l'information en temps utile semble être un préalable incontournable pour montrer ses capacités à présenter un programme de recherche....

Pour le PHRC 2008, la circulaire est parue le 14 septembre 2007. Certains éléments du dossier devaient être envoyés le 16 novembre 2007 à la DHOS et le dossier complet en janvier 2008 (le dossier complet comporte un résumé du projet de recherche avec le budget demandé, le protocole détaillé (36 pages) sur papier libre, un cahier d'observation comportant notamment les fiches d'information et de recueil du consentement). Les délais très courts nécessitent d'anticiper les projets de PHRC.

Quatre thématiques étaient alors principalement retenues dans le cadre du volet psychiatrie :

- <sup>a</sup> Dépression
  - <sup>a</sup> Prévention du suicide
  - <sup>a</sup> Évaluation des prises en charge
- Traitement et prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles

La dernière thématique imposa de lancer et de finaliser notre projet. Des contacts avec la délégation à la recherche clinique du CHU ont été immédiatement entrepris afin de bénéficier de son soutien logistique et méthodologique, qui s'est avéré excellent et particulièrement soutenant (Dr Jacqueline Deloumeaux, méthodologiste et Valérie Soter, attachée de recherche clinique; Unité Recherche-innovation, pôle Santé-Publique-Recherche clinique, CHU Pointe-à-Pitre/Abymes).

L'appel à projet national (APN) du PHRC 2009 (circulaire n°DHOS/OPRC/2008/289 du 12 septembre 2008) reprend le même thème : « Dans la continuité des orientations du plan psychiatrie et santé mentale (2005 -

2008), les projets de recherche clinique portant sur la dépression, la prévention du suicide et l'évaluation des prises en charge restent particulièrement attendus, de même que les projets de recherche portant sur le traitement et la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles ».

Suite à l'APN de 2008, le Pôle de Psychiatrie Légale du Centre Hospitalier de Montéran élabore un projet intitulé : « Caractérisation des profils psychopathologiques et de personnalité des personnes condamnées pour infractions sexuelles en Guadeloupe ».

## Résumé du protocole de recherche : « Caractérisation des profils psychopathologiques et de personnalité des personnes condamnées pour infractions sexuelles en Guadeloupe »

Le traitement des auteurs d'agression sexuelle (AAS) est un problème de santé publique qui a conduit le législateur à promulguer la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Cette loi instaure une peine complémentaire dite d'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. En 2002, le viol et les agressions sexuelles étaient la première cause d'incarcération des condamnés (24%) avant les infractions sur les stupéfiants (12%) et le vol qualifié (12%).

Une conférence de consensus intitulée : « *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* » (Fédération Française de Psychiatrie, John Libbey Eurotext Editeur) s'est tenue à Paris en novembre 2001 et a fait le point sur les connaissances actuelles au début du XXI<sup>e</sup> siècle. Elle incite au développement de la recherche sur ce thème, poursuivant ainsi les travaux initiés par Claude Balier et al. (Traitement et suivi médical des auteurs de délits et crimes sexuels, Rapport 1995). Elle retenait dans ses conclusions le faible degré de certitude sur les connaissances étiopathogéniques actuelles concernant les AAS et soulignait que cette population n'était réductible ni au seul champ psychiatrique, ni au seul champ criminologique, ni au seul champ social. Elle rappelait par ailleurs la nécessité de développer la prise en charge des AAS et redonnait à la clinique une initiative perdue au profit des pouvoirs publics et du législateur.

Le plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 encourage à la promotion de la recherche clinique et au développement de la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle. La recherche sur ce thème est inscrite dans les objectifs du volet Psychiatrie et santé mentale du SROS 3 de la région Guadeloupe.

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de caractériser le profil psychopathologique des personnes condamnées pour délits ou crimes sexuels en Guadeloupe sur les plans psychologiques, anthropologiques et sociaux et de poser des indications thérapeutiques ou de suivi selon les profils établis.

Population : les sujets seront recrutés parmi les sujets majeurs de sexe masculin condamnés pour crime ou délit sexuel, ayant donné leur consentement et incarcérés au centre pénitentiaire de Baie-Mahault. Seront exclus de l'étude, les sujets condamnés mais non incarcérés (suivis en milieu ouvert). Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, 73 détenus (sur 369) étaient condamnés pour crimes ou délits sexuels. Au 1<sup>er</sup> octobre 2007, 65 détenus étaient incarcérés au centre pénitentiaire de Baie-Mahault pour infractions sexuelles, dont 26 condamnations pour délits et 39 pour crimes.

Critères d'inclusion : Tous les patients de sexe masculin condamnés pour une infraction à caractère sexuel et ayant donné leur consentement écrit.

Critères d'exclusion :

- Non consentement à l'étude
- Les personnes prévenues et incarcérées ou mises sous contrôle judiciaire dans le cas d'une infraction à caractère sexuel ne sont pas incluses dans l'étude puisque l'infraction n'a pas encore été reconnue judiciairement.
- Les personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Basse-Terre (prévenues pour la grande majorité d'entre eux) ne sont donc pas incluses dans l'étude.
- Les sujets condamnés à un suivi socio-judiciaire avec injonction de soin et non incarcérés sont exclus de l'étude car en nombre insuffisant et plus difficilement repérables (critère d'inclusion peu fiable).
- Sujets mineurs.
- Sujets majeurs protégés sous tutelle ou curatelle.

Critères de sortie :

- Expression du refus de la personne en cours d'étude
- Transfert pénitentiaire
- Libération et sortie de la région Guadeloupe

Schéma d'étude : Il s'agira d'une étude transversale. Le nombre de sujets nécessaires pour cette étude a été estimé à 90 sur la base d'une prévalence attendue de 20% des incarcérations pour agressions sexuelles et d'une prévalence acceptable de 25%, (pour un risque  $\alpha$  de 5% et puissance statistique de 80%). L'étude sera menée sur une période de 30 mois répartie en périodes d'étude de 3 mois par groupe de 10 sujets.

Plan expérimental : L'étude du dossier pénal permettra de déterminer la nature de l'infraction, les antécédents judiciaires et les résultats des expertises psychiatriques et psychologiques. Des entretiens psychiatriques et psychologiques cliniques à visée diagnostique seront conduits par une équipe pluridisciplinaire formée et identique pour tous les sujets. Des bilans psychologiques seront effectués (WAIS-III, figure de Rey, MMPI-II, Rorschach, TAT) et un questionnaire structuré spécifique à la population étudiée (questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agression sexuelle (QICPAAS) sera administré à chaque sujet. Un cahier d'observation spécifique à l'étude, respectant l'anonymat des sujets et distinct du dossier médical sera établi par patient. Les informations du cahier d'observation seront saisies et analysées avec le logiciel de statistique STATA®. Des méthodes d'analyses uni et multivariées (régression logistique et analyse en composante principale) permettront d'identifier les caractéristiques pertinentes pour la mise en place des démarches thérapeutiques. Pour chaque patient, les données de l'enquête seront recueillies au cours de 3 visites programmées dans un cycle.

Résultats attendus et implications possibles : L'établissement du profil psychopathologique des sujets aboutira à des propositions thérapeutiques (modalités psychothérapeutiques, chimiothérapies, dispositions sociales etc.) sur un double registre : académique (selon les données de la littérature) et pragmatique en tenant compte des moyens disponibles localement et en articulation avec les traitements pénaux associés (suivi socio-judiciaire, bracelet électronique, peines complémentaires etc.). Elle permettra de sensibiliser les professionnels sanitaires et non sanitaires à la prise en charges des auteurs d'agression sexuelle et indirectement d'ouvrir à la prévention.

Calendrier : Les investigations prévues suivent le protocole suivant :

- Recensement de la population à inclure dans la recherche
- Présentation de la recherche et recueil du consentement effectuée par le médecin investigateur
- Étude du dossier pénal : nature de l'infraction, antécédents judiciaires, expertises psychiatriques et psychologiques
- Entretiens psychiatriques semi dirigés avec les objectifs suivants :
- Diagnostic psychiatrique (DSM-IV)
  - ⇒ Evaluation précise de la vie sexuelle
  - ⇒ Niveau de reconnaissance de l'infraction
  - ⇒ Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique (utilisation de l'échelle HCR-20)
  - ⇒ Préconisations thérapeutiques (recours à une grille d'indication thérapeutique)
- Entretiens psychologiques
  - ⇒ Etude du discours spontané (niveau de reconnaissance de l'acte ; positionnement par rapport à la victime ; vécu infantile ; relation aux parents ; vie sexuelle ; vie psychique ; relations affectives, amicales, socioprofessionnelles)
  - ⇒ Etude du discours investigué (niveau de reconnaissance de l'acte ; positionnement par rapport à la victime ; vécu infantile ; relation aux parents ; vie sexuelle ; vie psychique ; relations affectives, amicales, socioprofessionnelles)
  - ⇒ Etude du fonctionnement mental
  - ⇒ Etude des processus défensifs
- Examens complémentaires : psychométrie
  - ⇒ Évaluation cognitive et perceptivo-motrice :
    - WAIS-III : détermination du quotient intellectuel dans le but de dégager les capacités du sujet à mettre en actes ou en parole son intelligence dans des situations concrètes.
    - Figure de Rey : pour situer le sujet dans son organisation spatiale et pour mettre en évidence les capacités de conservation de l'objet sous forme de mentalisation.

- ⇒ Évaluation de la personnalité, des mécanismes de défense et des troubles psychopathologiques à l'aide de trois tests psychologiques de référence :
  - Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2 (MMPI-II) : détermine des profils de personnalité à partir d'échelles de validité et d'échelles cliniques. A corrélér aux deux tests suivants (Sloore et al, 2004).
  - Psychodiagnostic de Rorschach : analyse du mode de fonctionnement psychique du sujet et la manière dont il utilise ses capacités intellectuelles (corrélacion avec la WAIS-III) en lien avec sa dynamique conflictuelle, ses mécanismes de défense, son recours à l'imaginaire et le type d'angoisse en jeu. Détermination de traits de personnalité.
  - Thematic Aperception Test (TAT) : analyse de l'organisation de la pensée. Eléments de fragilité dégagés à partir des mécanismes de défenses mis en jeu. Evaluation des potentialités du sujet en termes de changement.
- ⇒ Passation du questionnaire d'investigation clinique pour les auteurs d'agressions sexuelles : QICPAAS.
  - Synthèse des données recueillies, propositions thérapeutiques et étude statistique
  - Restitution des résultats aux patients

## Méthodes statistiques employées

Une analyse descriptive de l'ensemble des sujets sera effectuée (caractéristiques sociodémographiques, type d'infractions et de condamnations...). Les données qualitatives et quantitatives des évaluations psychologiques, psychiatriques et criminologiques seront comparées par les tests du  $\chi^2$  pour les premiers et le test t de Student pour les seconds. Des méthodes d'analyse en composantes principales permettront d'identifier, parmi un ensemble complexe de critères psychiatriques et psychologiques, un ou plusieurs profils psychopathologiques répondant à des catégories diagnostiques et/ou thérapeutiques. Ces analyses seront complétées de modèles de régressions multivariées sur les principales composantes mises en évidence. Les analyses statistiques seront effectuées avec le logiciel Stata 9.0.

## Aspects éthiques et réglementaires

La recherche sera conduite conformément au présent protocole. Ce projet sera soumis à l'avis de Comité de Protection des Personnes de Bordeaux. Une demande d'autorisation sera adressée à la Direction générale de la Santé, autorité compétente pour ce type de recherches biomédicales.

Le centre hospitalier de Montéran a souscrit un contrat d'assurance en responsabilité civile auprès de la SHAM conformément aux dispositions de l'article L1121-10 du code de la santé publique.

Les données enregistrées à l'occasion de cette recherche feront l'objet d'un traitement informatisé au sein de l'unité de Recherche Clinique Innovation (URCI), attachée à la DRCI Guadeloupe au sein du CHU de Pointe-à-Pitre dans le respect de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi 2004-801 du 6 août 2004.

Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de référence » (MR-001) en application des dispositions de l'article 54 alinéa 5 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'information, aux fichiers et aux libertés. Le centre hospitalier de Montéran s'engage à signer un engagement de conformité à cette « Méthodologie de référence ».

## Les motifs de rejet du projet

### Critères de notation

Les résultats d'analyse du projet, selon les critères de notation des PHRC sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

Critères/ Notations (de 1, la plus faible à 3, la meilleure)	Notations Expert 1	Notations Expert 2	Notations Expert 3	Notations rapporteur
Originalité	1		Récusé	1
Méthodologie	1			1
Faisabilité	2			2
Utilité	1			1
Evaluation globale (somme des cotations)	5 C			5 C

### Evaluation globale de l'expert :

- Entre 4 points et 6 points : C, dossier à rejeter
- Entre 7 points et 9 points : B, dossier à discuter
- Entre 10 points et 12 points : A, dossier à financer

### Argumentation essentielle du rejet du projet :

La littérature existante n'est pas analysée et la question scientifique posée reste floue. Le nombre de sujets estimés ne repose pas sur des critères pertinents mais reflète plutôt des possibilités de recrutement. Même si les auteurs parvenaient à définir un profil psychopathologique, l'utilité d'un tel travail n'est pas évidente dans la mesure où la thérapie ne peut être qu'adaptée à la problématique de chaque individu.

La méthodologie ne répond pas aux critères standardisés d'évaluation : WAIS III ancienne version (?) et figure de Rey pour évaluer les fonctions cognitives des sujets ; Rorschach, MMPI et TAT pour évaluer la personnalité.

Les formulaires d'information et de consentement sont trop longs.

La partie d'analyse épidémiologique sur laquelle repose l'étude n'est pas détaillée et ne mentionne aucun professionnel en-dehors d'un ingénieur à recruter.

Enfin le projet est surdimensionné financièrement (390 Keuros au total sur trois ans).

## Commentaires des investigateurs

Il ne serait pas juste de dire que nous n'avons pas été déçus du rejet du projet. Toutefois, et il s'agissait d'une lucidité collective de départ de l'équipe restreinte élaborant ce projet. Nous avons des chances limitées de le voir accepter pour plusieurs raisons :

- Equipe clinique restreinte sans formation à la recherche et non hospitalo-universitaire. Sans le soutien méthodologique attentif du CHU, il aurait fallu même pas y penser... Nous savions nous lancer dans une compétition olympique pour le simple plaisir de la participation..... (et heureusement qu'il n'y a pas de présélections !).
- Les PHRC émanent rarement d'un hôpital non hospitalo-universitaire
- Les moyens de le mener au bout paraissaient hasardeux..

- Notre échantillon monocentrique et culturellement centré sur une population antillaise pouvait ne pas donner de résultats significatifs pour un PHRC.

Alors pourquoi le faire ?

Principalement, pour lancer une initiative. La conférence de consensus de 2001, incite à la recherche, en insistant sur le manque de connaissances sur le sujet, notamment en faisant abstraction de la littérature anglo-saxonne.

Secondairement, et très égoïstement, pour se donner le plaisir intellectuel et professionnel de travailler en équipe, d'élaborer un projet ambitieux et de réfléchir à la problématique de la psychopathologie des auteurs de violence sexuelle.

Néanmoins, nous pouvons apporter quelques commentaires aux arguments de rejet du rapporteur.

En premier nous avons été surpris d'avoir la meilleure note (ou plutôt la moins mauvaise) à la faisabilité car c'est bien ce point qui nous inquiétait le plus. Nous n'avons pas reproduit ici le calendrier extrêmement serré qu'il a fallu élaborer pour mener ces opérations avec un nombre restreint d'investigateurs. Le rôle méthodique de la cadre de santé a été essentiel pour construire le planning. Il nous semblait que l'originalité aurait pu sembler moins banale : les recherches françaises sur le sujet ne courent pas les publications.

La littérature existante a volontairement exclu la littérature anglo-saxonne, certes nombreuse, mais il convient de construire un projet culturellement congruent. Il ne s'agit pas d'un nationalisme étriqué mais on connaît la tendance des politiques à vouloir exporter des modèles étrangers, eux-mêmes en pleine évolution et interrogations sur leurs pratiques.

Très étonnantes les remarques sur les tests psychologiques non adaptés. Ce sont les mêmes qui sont proposés dans les travaux en cours et non encore validés et publiés de la Haute Autorité de santé sur la prise en charge des auteurs de violence sexuelle sur les mineurs.

Les questionnaires d'information et de consentement seraient trop longs, alors qu'ils reprennent les modèles recommandés pour les PHRC tout en considérant qu'il s'agit d'une étude sur une population de personnes détenues et qu'il convient dans ces cas d'exprimer la plus grande rigueur éthique pour informer et obtenir un consentement.

Enfin, l'aspect statistique et épidémiologique ne serait pas pris en compte de manière satisfaisante. Le recrutement d'un ingénieur serait insuffisant. Cette remarque n'a pas manqué pas de surprendre l'équipe du CHU.

Mais finalement, ce qui est le plus plaisant est cette remarque pertinente : « Même si les auteurs parvenaient à définir un profil psychopathologique, l'utilité d'un tel travail n'est pas évidente dans la mesure où la thérapeutique ne peut être qu'adaptée à la problématique de chaque individu ». Et là, on n'est bien d'accord. Cet argument justifie bien le rejet du PHRC, évite son coût et une menée hasardeuse. Notre question scientifique « floue » se trouve confirmée sans avoir besoin de se livrer à la recherche. Cette réponse doit être transmise de toute urgence aux politiques : l'injonction de soins ne doit pas être systématique (la fameuse injonction de soins encourue) mais repose sur analyse clinique centrée sur une personne, sans systématisme, ce qui n'est plus le cas actuellement.

Merci infiniment au rapporteur.

Ne serait-ce que pour avoir cette « officielle » remarque d'un anonyme médecin chercheur, l'élaboration de ce projet apporte un indicible plaisir. Peu nous chaut le rejet.

## Morale de l'histoire

Notre exposé permet aisément de percevoir que l'élaboration d'un PHRC est d'une grande complexité et requiert un important travail. Les démarches administratives, les contacts divers, les documents à remplir et à élaborer, représentent un parcours du combattant pour une petite équipe hospitalière d'un modeste établissement psychiatrique de santé mentale de province (en outre « ultrapériphérique »). L'impossibilité pour l'équipe de présenter ce travail au CIFAS 2009 est l'ultime démonstration des difficultés à mener ces projets.

Nous ne boudons toutefois pas notre fierté d'avoir été l'unique projet guadeloupéen répondant à l'APN des PHRC de la Guadeloupe en 2008. Quelle que soit d'ailleurs l'importance des équipes et leurs compétences en matière de programmes de recherche, l'unanimité se fait pour reconnaître la complexité à élaborer et à mener ce type de projet. Il y faut du temps dédié et du personnel formé à la recherche et en nombre. Nous n'avions ni l'un ni l'autre.

L'objectif de cette présentation au CIFAS 2009 était une invite à d'autres services, notamment hospitalo-universitaires, à reprendre notre projet, à l'améliorer en tenant compte des remarques du rapporteur, à le rendre ainsi multicentrique, permettant un échantillon de population plus varié et à alléger ainsi la charge de travail sur chaque site. Pour ne pas perdre ce travail et en laisser une modeste trace, il trouvera sa place dans le présent Kamo.

Mais, finalement et malheureusement, les préoccupations des équipes exerçant en milieu pénitentiaire ne se cantonnent-elles pas par nécessité à gérer un quotidien toujours urgent, laissant aux politiques l'opportunité de décréter que des « thérapies pour limiter la récidive » existent..... Un séminaire organisé en avril 2009 (cf. l'analyse de Socapsyleg sur ce sujet dans ce numéro) par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS/ministère de la santé) consacré à la santé mentale et à la psychiatrie en prison n'a pratiquement fait aucune place à la recherche.





Arrêté du 24 mars 2009 relatif à la formation des médecins autres que psychiatres pouvant être inscrits sur la liste des médecins coordonnateurs prévue à l'article L. 3711-1 du code de la santé publique  
NOR : SASP0905524A

Probablement désespérée de ne pouvoir réussir à mettre en place le dispositif de l'injonction de soins et de ne pas voir le recrutement de 350 médecins coordonnateurs annoncés par l'ex future ministre de la justice, la ministre de la santé vient de publier un arrêté pour permettre les candidatures de médecins non psychiatres. Etant donné les exigences de formation demandées aux futurs candidats, il est peu probable que cette extension de « l'assiette » de la population potentielle de MC, résolve le problème. La formation requise se déroule sur cent heures avec le programme suivant :

1° Connaissance du cadre juridique de l'injonction de soins.

D'une durée minimale de dix heures, ce module permet d'acquérir les connaissances sur :

- les données de base de droit pénal, de procédure pénale et d'organisation du système judiciaire (droit pénal général, droit pénal spécial, droit de procédure pénale, organes du procès pénal, organisation du procès pénal, droit pénal des mineurs, droit des victimes) ;
- les données de base de droit pénitentiaire et d'organisation du système pénitentiaire
- l'organisation des soins en milieu pénitentiaire.

2° Organisation de l'injonction de soins, examens et/ou expertises effectués au cours de la procédure pénale et en détention.

D'une durée minimale de vingt heures, ce module permet d'acquérir les connaissances sur :

- les lois des 17 juin 1998, 12 décembre 2005, 5 mars et 10 août 2007 et 25 février 2008 sur l'injonction de soins et ses évolutions ;
- champ et finalités de l'injonction de soins (suivi sociojudiciaire et autres modalités de prononcé de l'injonction de soins) ;
- rôle et obligations du médecin coordonnateur ;
- rôle et obligations du médecin ou du psychologue traitant ;
- place du juge de l'application des peines et des services pénitentiaires d'insertion et de probation ;
- les enjeux éthiques et déontologiques ;
- la distinction entre les différents cadres de l'obligation de soins dans le code de la santé publique (injonction de soins, injonction thérapeutique, obligation de soins, hospitalisation sans consentement) ;
- les données de base sur les expertises et les examens médicaux et médico-psychologiques (contexte, finalités, expertise de dangerosité et utilisation des outils d'évaluation, notamment en référence aux conclusions des conférences de consensus et auditions publiques de la Haute Autorité de santé).

3° Clinique, diagnostic et thérapeutique des auteurs de violences, notamment sexuelles.

D'une durée minimale de cinquante heures, ce module permet d'acquérir les connaissances, à partir notamment d'études de cas, sur :

- les données de base de clinique psychiatrique et de psychopathologie et des différentes théories qui s'y rapportent, concernant notamment les auteurs de violences sexuelles ;
- la clinique du passage à l'acte ;
- les principaux traitements des maladies psychiatriques et des troubles de la personnalité ;
- les de prise en charge des auteurs de violences, notamment sexuelles ;
- des notions générales de victimologie et de psychocriminologie.

4° Recherche et étude de cas (vingt heures).

Ce numéro cite plusieurs références à la prison :

### **Les conditions de détention en prison**

**Les récents mouvements de contestation des gardiens de prison ont remis en lumière la dégradation de leurs conditions de travail au sein des établissements pénitentiaires et des relations qu'ils entretiennent avec les prisonniers, en écho au phénomène de surpopulation carcérale. Vétusté des locaux, promiscuité, manque d'hygiène, violence ou bien encore suicide sont autant de facteurs aggravants dans les tensions qui se manifestent entre les prisonniers ou vis-à-vis des gardiens. Alors que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a présenté en avril 2009 son premier rapport annuel, la BRP vous propose une sélection de quelques rapports sur ce sujet depuis 1996.**

● [Contrôleur général des lieux de privation de liberté : rapport annuel 2008](#)  
DELARUE Jean-Marie (2009)

● [Sanctionner dans le respect des droits de l'homme - I. Les droits de l'homme dans la prison](#)  
Commission nationale consultative des droits de l'homme (2007)

● [- Garde et réinsertion - La gestion des prisons](#)  
Cour des comptes (2006)

● [Etude sur les droits de l'homme dans la prison - Propositions](#)  
Commission nationale consultative des droits de l'homme (2004)

● [Prévention du suicide des personnes détenues : évaluation des actions mises en place et propositions pour développer un programme complet de prévention](#)  
TERRA Jean-Louis  
Ministère de la justice ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (2003)

● [L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation](#)  
FATOME Thomas, VERNEREY Michel, LALANDE Françoise, VALDES BOULOUQUE Martine, FROMENT Blandine  
Inspection générale des affaires sociales (2001)

● [La sécurité des établissements pénitentiaires et des personnels](#)  
CHAUVET Jean-Marc  
Ministère de la justice (2001)

● [Rapport fait au nom de la Commission d'enquête sur la situation dans les prisons françaises. Tome I : rapport. Tome II : auditions](#)  
MERMAZ Louis, FLOCH Jacques  
Assemblée nationale (2000)

● [Rapport sur la prévention du suicide en milieu pénitentiaire](#)  
ZIENTARA LOGEAY Sandrine  
Direction de l'administration pénitentiaire (1996)

PRATIQUES DE LA FOLIE  
5 et 6 juin 2009  
92, bis bd du Montparnasse - 75014 Paris

Police des espaces, espaces du politique

Argument

Au nom de la sécurité, on met en œuvre une police des espaces : ségrégation pour certains dans des lieux de rétention, traçabilité pour d'autres afin de suivre leurs moindres mouvements, surveillance pour tous. Dans un tel monde policé où chacun serait à sa place, la « vie commune » se réduit aux échanges de communications entre espaces de paroles prescrits par avance. On est prié de parler à son tour, et pas pour ne rien dire ! C'est le règne du discours des experts.

Le problème d'une telle logique, est qu'elle ne cesse de se nourrir de ses propres échecs. Car plus on pratique la ségrégation plus on découvre de nouveaux individus dangereux, plus le principe de précaution doit s'appliquer à tous. C'est la même pente qui va de l'isolement des fous à la rétention des criminels dangereux jusqu'au dépistage des très jeunes enfants qui pourraient le devenir. La police des espaces ne génère pas la sécurité, elle engendre la peur, dont elle se nourrit.

La pensée bureaucratique ne cesse de l'entériner par l'effacement des questions au profit de l'accumulation des réponses. Des chiffres, encore des chiffres. Et pour cadenasser le tout, la machinerie des procédures tatillonnes réduit l'expérience humaine aux calculs de sa comptabilité, sans le moindre reste.

A cette fiction réductrice il convient d'opposer une autre prise en compte du réel, de la tension, du conflit, de la faille, de l'impossible « vie en commun ». Non seulement l'espace de la cité n'est pas unifié, mais sa géographie est changeante. C'est un espace divisé, conflictuel et ouvert, qui ne se laisse pas circonscrire. Il y a de l'hétérogène, il y a du réel qui échappe. Ça ne parle pas nécessairement au bon moment au bon endroit : il y a des paroles folles, des retraits, des silences.

Plutôt que prétendre unifier les réponses, ne faudrait-il pas contribuer à ouvrir les questions, à les poser dans leurs formulations distinctes ? Puisqu'il y a des lieux distincts, puisqu'existent des discours différents qui ont leurs propres régimes de vérité, comment faire place dans l'espace public au singulier dont ils témoignent chacun à leur façon ? Comment, à partir d'un lieu, se faire le passeur et transmettre à d'autres le réel de l'expérience ?

Ce colloque invite à en faire cas, à partir de différents lieux de pratiques.

Renseignement : 06 03 89 20 21 - [www.pratiquesdelafolie.org](http://www.pratiquesdelafolie.org)

Avec Franck Chaumon Les deux moments de la folie. Psychanalyste, psychiatre; Roland Castro Le lieu et le lien, Architecte; Jean-Louis Martinelli Des paroles, de qui, pour qui ? Metteur en scène, Directeur du Théâtre des Amandiers Patrick Faugeras N.O.F. 4, l'ingegnere astronautico. Psychanalyste, traducteur; Patrick Faugeras N.O.F. 4, l'ingegnere astronautico. Psychanalyste, traducteur; Sophie Aouillé Un inconscient rassurant ? Psychanalyste; Antoine Garapon, Défendre l'espace du débat judiciaire contre la raison néolibérale. Magistrat, Secrétaire général de L'Institut des Hautes Etudes sur la Justice; Frédéric Gros Du « parler vrai » à la « vraie vie ». Philosophe, Paris XII et Institut d'Etudes Politiques; Catherine Herszberg Digressions autour d'un acte manqué. Journaliste; Bertrand Ogilvie L'émotion communiste, Philosophe et psychanalyste. Université Paris Ouest Nanterre, directeur de programme au Collège International de Philosophie; Michel Plon Fernand Deligny, du réel de la politique à la politique du réel. Psychanalyste; Roger Ferreri Peut-on ne pas conclure d'un Etat du singulier ? Psychiatre ou psychanalyste.

## Comité Européen : Droit, Ethique et Psychiatrie (CEDEP)

30, 31 mai et 1er juin 2009

20 ans de réflexions, d'études, d'actions en Europe pour l'éthique, le droit et les droits  
en psychiatrie et en santé mentale

XVIIIe séminaire annuel

Cité Saint-Martin - 4 rue de l'Arsenal - 75004 Paris - Métro Bastille

*Notre héritage n'est précédé d'aucun testament*

*René Char* cité par Hannah Arendt (in *Crise de la culture*)

1988 : Sans effervescence particulière, c'est l'année des 150 ans de la loi du 30 juin 1838, longtemps matrice des législations d'internement psychiatrique dans l'Europe continentale. Il est alors question de sa réforme plus ou moins par nécessité de formatage européen ; pour d'autres, dont nous sommes, pour consacrer le mouvement désaliéniste et la reconnaissance des droits de l'homme et du citoyen en psychiatrie. Jean-Marie Bellini, moi-même et quelques autres, nous décidons d'organiser —sur notre secteur, à la Bourse du travail de Saint-Denis— le 30 juin dans ce sens là une journée de commémoration critique, avec des invités européens psychiatres, travailleurs sociaux et psychiatriques, magistrats et juristes, universitaires d'Angleterre, de Belgique, d'Espagne, d'Italie .... Le CEDEP naît un an plus tard. Cette histoire, ce parcours de 20 ans nous les referons ensemble au cours du séminaire avec de l'allant plutôt que de la nostalgie.

2009 : Le choix surprend encore la « multitude » : accepter d'être asservi et instrumentalisé ou entrer en résistance, s'organiser dans un refus radical. L'idéologie et les politiques néolibérales, bien que secouées actuellement par la crise catastrophique engendrée par le capitalisme financier, restent sur leur Aventin et fourbissent populisme pénal, contrôle social toujours plus intrusif ; « accountability » ; logique entrepreneuriale dans la santé, dans l'éducation, dans la formation ; écrasement des professionnalités ; mépris social ; démantèlement des programmes sociaux ; dérégulation et privatisation des services publics ; scientisme et économisme ; délitement du lien social ; retour à l'ordre moral, y compris par le biais de la santé publique et de l'idéologie du Bien-être ; société de surveillance ; .... La liste est longue et la dénonciation tous azimuts.

Cela nous met, au-delà d'une position défensive et de résistance, face à des obligations :

L'obligation éthique dans les « compromis du quotidien », dans les pratiques professionnelles, dans l'environnement psychosocial, dans les réseaux d'intervention, dans la relation au pouvoir et aux missions. L'ordinaire de la contradiction entre théorie et pratique ne signe pas l'acceptation fataliste ou démissionnaire de l'ordre néolibéral. Au contraire, il y a alors ancrage dans le réel pour développer la déconstruction de l'idéologie du néolibéralisme, pour faire entendre de nouveau l'alternative.

L'éthique renvoie à la question politique. Et nous savons, dans les faits et dans le discours, combien l'action sociopolitique, l'action professionnelle, sont utiles au changement dans les représentations, dans l'approche clinique (*l'alterclinique ?*), dans le sens donné aux droits et aux lois.

L'obligation d'avoir à nous faire entendre et d'insister partout où nous sommes pour que nos professionnalités, nos savoirs alternatifs soient pris en considération. La justice, le travail social, la psychiatrie, pour ne citer que ceux

là, que le pouvoir instrumentalise comme acteurs zélés de la violence de la « tolérance zéro », de la psychiatrisation de la précarité, de la pauvreté, de l'exclusion, de la souffrance sociale ; psychiatrisation de la justice ; quant à la justice, elle ne devrait œuvrer à la défense sociale que par l'élimination. Le travail social et médicosocial devrait y participer en mettant en pratique un conformisme, pourquoi pas haineux, un ordre moral —pour lequel les normes se justifient d'une science stigmatisante, avec laquelle prévention devient prédictivité, progrès scientifique renverrait à destin et hygiénisme— construisant un contrôle social à la Orwell. On est au-delà de la pensée politiquement correcte. Du côté de la médecine et de la psychiatrie : le biopouvoir fait désormais de la clinique statistique et normative, tout à fait adaptée à la politique managériale de santé. Là aussi, on ignore, on rejette, on condamne les savoirs constitués précédemment et autrement. Là aussi, un difficile travail d'utopie concrète est à remettre sur le métier.

Donc nous avons à combattre partout en Europe l'insécurité sociale, la politique sécuritaire, le démantèlement ou le refus de l'Etat social. Et nous disposons du réel des expériences critiques et réalisations transformatives des décennies précédentes, malmenées, combattues, rejetées et pourtant toujours là, transmissibles ; ainsi que de la levée de mouvements de résistance.

[C'est ce que nous nous proposons de partager, en ce vingtième anniversaire du CEDEP...](#)

Claude Louzoun

L'ouverture du séminaire le samedi 30 mai à 13 h est consacrée à la « Psychiatrisation de la justice, judiciarisation de la psychiatrie ». L'argumentaire est présentée par Sophie Baron Laforet :

Argumentaire : Sophie Baron Laforet

La question de la dangerosité n'est qu'une approche réductrice de l'articulation de la justice et de la psychiatrie à laquelle les autres interlocuteurs du champ social cherchent à réduire psychiatres et intervenants de la psychiatrie. Cette articulation a évolué considérablement au cours des 20 dernières années, avec l'évolution du soin dans le système pénal, des professionnels et des professions (par exemple, le Juge d'application des peines et l'application des peines), du monde carcéral en lui-même. De nouvelles professionnalités marquées par le criminologique surgissent dans ce domaine, s'approprient des concepts issus de la clinique pour en faire une modalité de gestion ou d'évaluation hors champ du soin. Comment penser de manière renouvelée cette articulation en tenant compte de ce qui est en création, c'est à dire la conjugaison de l'expertise avec un soin psychiatrique qui peut exister dans la continuité des aléas médicojudiciaires du sujet ? En France, le nouvel arsenal législatif (loi de prévention de la récidive, loi sur les peines plancher, loi de rétention de sûreté) marque en ce sens un tournant en ce qu'il change le paradigme d'un soin ouvert vers un système de contrôle et de justice d'élimination.

XVIII<sup>ème</sup> séminaire : Les 20 ans du CEDEP  
30 mai, 31 mai, 1<sup>er</sup> juin 2009

## **FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

Nom & Prénom :

.....

Institution :

.....

Adresse :

.....

.....

Code postal / Ville :

.....

Tél. : ..... Fax : .....

e-mail :

.....

S'inscrit au XVIII<sup>ème</sup> séminaire du CEDEP et règle l'inscription par virement bancaire  
sur le compte du CEDEP :

Crédit Coopératif Agence Paris Nation 252, Boulevard Voltaire – 75544 PARIS cedex 11

Code banque : 45559 Code guichet : 00008 Numéro de compte : 21021295407 – 84

Numéro IBAN : FR76 4255 9000 0821 0212 9540 784 Code BIC : CCOPFRPPXXX

**Frais de participation : Membre (hors adhésion) : 150 €**

**Non membre : 220 €**

**Inscription**

**+ renouvellement d'adhésion : 200 €**

**Ce montant inclue le déjeuner et le dîner du 31 mai**

Signature :

**Bulletin à renvoyer à :**

**Eric Messens, trésorier**

[emessens@skynet.be](mailto:emessens@skynet.be)

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

Bien qu'annonçant régulièrement dans l'agenda les réunions du GMP, une impossible synchronisation entre l'envoi des thèmes des soirées et celui de Kamo, même passé, le thème des soirées vous sera présentée pour donner l'envie à ceux qui le peuvent d'y assister.

La réunion du 5 mai, après comme à l'accoutumée, une première partie d'échange-discussion sur les informations du mois passé, la deuxième partie avait comme thème « Mens sana in corpore sano », déjà bien compromis dehors, c'est encore plus difficile en prison (on retrouve là les remarques faites dans ce numéro sur la santé mentale en prison).

« Le thème de cette séance déjà annoncée le mois dernier a été proposé par Philippe Borrel réalisateur de ce documentaire. Il avait déjà filmé une séance du GMP pour préparer un film intitulé "Prison à domicile" sur les questions posées par le bracelet électronique. Le film diffusé sur la chaîne ARTE avait touché juste.

Il prépare actuellement avec une petite équipe un nouveau documentaire sur le thème de la santé mentale. Par leurs questions, ils souhaitent faire réfléchir sur l'altération des politiques et des réponses apportées en France aujourd'hui et dans les temps à venir aux problèmes des personnes malades mentales.

Dans l'esprit du manifeste "la Nuit sécuritaire", lancé en décembre 2008 par l'appel des 39, collectif de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'internes et des travailleurs sociaux et dans l'esprit du mouvement initié par "L'appel des appels", ils rejoignent des constats et analyses souvent entendues au GMP.

L'évolution des dispositifs de psychiatrie publique font que de plus en plus, "la folie déborde dans la rue".

De là, elle envahit les tribunaux qui bien souvent préfèrent classer l'homme ou la femme souffrant de troubles psychiques intimement liés à leur transgression du côté de la responsabilité donc de la délinquance plutôt que du côté du sujet malade.

Sujet, personnes malades pour lesquelles les nécessités de soins et de protection bienveillante semblaient, dans la conviction de presque tous et dans nos lois, être les premiers impératifs civiques et moraux.

Or, les politiques actuelles non seulement renoncent à porter le poids de la responsabilités de ces impératifs soignants et solidaires mais théorisent aussi que les soins, notamment aux malades mentaux, pour être efficaces et protéger les personnes et la société, devraient, plus ou moins explicitement, quitter le champ de l'éthique soignante pour être administrés par des injonctions policières et pénales.

Dans notre société de plus en plus normée et qui réduit de plus en plus les espaces d'expression de la déviance et de la maladie, c'est parce que cette folie débordant de la rue et des prétoires fait monter la marée des hommes et des femmes incarcérés, que nous en parlerons le 5 mai; et que nous avons invité Philippe Borrel et sa camera à nous voir, nous entendre et parler avec nous.

NB : Comme dans l'épisode précédent, la disposition de la salle et de la caméra seront telles que les personnes qui ne souhaiteront pas seront évidemment hors champ et n'apparaîtront pas ».

Pour le GMP, Antoine Lazarus

## NOTES DE LECTURE et DOCUMENTATION

« Un jour, cela est presque une certitude, la prison disparaîtra, elle sera considérée par nos très lointains descendants comme un reste de barbarie, une variété de l'anthropologie des cultures »

**LA FRANCE QUI SOUFFRE**  
Enquête sur la souffrance mentale et ses traitements  
dans la France contemporaine  
Philippe PETIT  
Flammarion, 2008, 270 p, 20 €

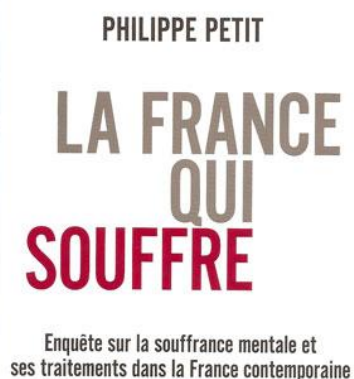
Philippe Petit, journaliste, enquête sur la santé mentale. L'ensemble de son livre peut intéresser les lecteurs de Kamo mais deux chapitres traitent principalement de notre sujet : « l'impossible prison » et « les missions de l'expertise ».

D'une manière générale, l'auteur remarque « *qu'il n'est pas un jour où la peur de chuter dans l'anomie ne se rappelle à nous et où la crainte de la privation, la peur d'un monde dangereux ne se manifestent* » et pose la question suivante : « *La politique de santé mentale concourt-elle à cette dégradation du sujet en individu formaté par un idéal de conformité ?* ».

Le chapitre intitulé « L'impossible prison » reprend sous forme d'hommage le titre d'un livre célèbre de l'historienne Michelle Perrot. Si l'espoir abolitionniste, certes à très long terme est présent (cf. citation dans la marge de gauche), la situation carcérale, et l'auteur cite une consœur exerçant en SMPR, suscitera la curiosité des lecteurs caribéens de Kamo : « *Dans deux ou trois générations, elle (la prison) sera jugée comme l'esclavage* ». (cf. Kamo n°2-2009 : la 147<sup>e</sup> revendication oubliée). Les esclavagistes du 17<sup>ème</sup> siècle n'avaient pas notre conscience et nos représentations contemporaines des droits de l'homme. Il est tout aussi anachronique de les juger à l'aune de nos conceptions modernes que de ne pas dénoncer les formes modernes d'exploitations néoesclavagistes. En revanche, ceux qui ont conscience actuellement de collaborer à ce qui pourrait être considéré dans un futur probablement encore lointain comme un crime contre l'humanité, ont une lourde responsabilité (j'ai conscience de ma criminalité actuelle).

Dans le chapitre de la prison, comme celui de l'expertise, P. Petit aborde la question justement de la responsabilité : « *Car même si les fous accèdent au statut de citoyen, cette responsabilité généralisée n'est que l'envers d'une irresponsabilité généralisée* ».

L'auteur conclut logiquement son deuxième chapitre « psycho-légal » par le célèbre discours de Jean Jaurès : « *Nous n'avons pas le droit de prononcer l'absolu de la peine parce que nous n'avons pas le droit de faire porter sur une seule tête l'absolu de la responsabilité ...* ».



Flammarion



*Nous n'avons pas le droit de prononcer l'absolu de la peine parce que nous n'avons pas le droit de faire porter sur une seule tête l'absolu de la responsabilité. Les criminels, si détestables qu'ils soient, si tarés qu'ils soient, oui empêchez-les de nuire, frappez-les, invitez-les par une répression sévère à un retour sur eux-mêmes et recherchez la part des responsabilités individuelles qui s'ajoutent à la responsabilité sociale, mais laissez-les vivre pour qu'ils aient le loisir de penser et de réfléchir et pour que vous-mêmes, en prolongeant ces vies coupables devenues, je le veux bien, inutiles pour vous, onéreuses pour vous, vous reconnaissiez du moins la part de responsabilité sociale mêlée à toutes les responsabilités individuelles*

*Jean JAURES*



Photo et montage : M. David

## IL Y A 100 ANS

Dans les Archives d'Anthropologie Criminelle (1909)

« La question de la Moral Insanity » (791-800) - P.-L. Ladame

Consultable sur le site de Criminocorpus : [www.criminocorpus.cnrs.fr](http://www.criminocorpus.cnrs.fr)

*« Depuis que l'aliéné a été élevé à la « dignité de malade » le problème crime ou folie n'a cessé de préoccuper juristes et médecins. La zone intermédiaire si vaste qui existe entre les criminels et les aliénés n'a jamais eu de limites fixes. Tandis qu'aux débuts de la médecine légale, le domaine de la criminalité renfermait beaucoup d'aliénés condamnés et exécutés comme de vulgaires criminels, les progrès de la psychiatrie permirent peu à peu de reconnaître qu'une foule de délinquants et de criminels étaient, en réalité, des aliénés irresponsables. Aujourd'hui encore l'enquête se poursuit chaque année, dans les asiles, sur les aliénés, toujours nombreux, qui ont dû être internés après avoir été méconnus et condamnés par les tribunaux. Et que sera-ce quand la psychiatrie aura pénétré dans les prisons ?*

*Il faut avouer, d'autre part, que les incertitudes, les variations et les contradictions des psychiatres ont souvent contribué à ces erreurs ».*

Que peut-on ajouter à cela ? Comment oser un commentaire ? En gras, cf. le séminaire du 29 et 30 avril en début de numéro! Visionnaire P.-L. Ladame. Mince, la psychiatrie et les psychiatres n'auraient donc guère évolué en 100 ans ?

## JOURNEE DE FORMATION INTERREGIONALE IDF ARTAAS

La place du Médecin coordonnateur

Mercredi 10 juin 2009

Au programme, les interventions suivantes :

« Criminalité sexuelle et histoire » Marc RENNEVILLE – Historien DAP

« Cadre législatif et applications judiciaires depuis la loi du 17 juin 1998 » Elodie BILIER, Substitut du procureur TGI Evreux

Stéphanie BLIER. JAP, TGI de Caen

« Rôle et missions du SPIP dans le suivi socio-judiciaire » Dominique TANGUY DSIPI. 27, Françoise ROCHE CIP 75

« Expertise et clinique thérapeutique » Gabrielle ARENA. Psychiatre – Centre Ressource IdF, Pôle Est, Daniel ZAGURY

Psychiatre – Psychanalyste Chef de service Ville Evrard Centre Ressource IdF Expert près la cour d'appel de Paris

« Le Médecin Coordonnateur dans l'articulation Santé-Justice : pratique et éthique de la fonction »

Sophie BARON LAFORET Psychiatre. CeRIAVSif – Présidente de la fédération des centres ressources., Arianne CASANOVA Psychiatre – Psychanalyste

Médecin coordonnateur

« psychologue traitant : statut et pratique clinique » Sylviane CAGNOLI Psychologue CMP 17 rue d'Armaillé Paris 17ème

« Relation Institutions soignantes et Médecin Coordonnateur » Gérard DUBRET, Psychiatre, Chef de service ; Pontoise

Renseignements : Tél : 06 79 15 55 24

## SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

Agence Régionale d'Hospitalisation : [www.parhtage.sante.fr](http://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](http://www.apev.org)

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

Association Française de Criminologie : [www.afc-assoc.org](http://www.afc-assoc.org)

Association Nationale des Visiteurs de Prison : [www.anvp.org](http://www.anvp.org)

Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)

Bibliothèque Philippe Zoummeroff : [www.collection-privee.org](http://www.collection-privee.org)

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

CESDIP, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales : [www.cesdip.org](http://www.cesdip.org)

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

CHU PAP/Abymes : [www.chu-guadeloupe.fr/](http://www.chu-guadeloupe.fr/)

Claris : [www.claris.org/](http://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/](http://www.criminocorpus.cnrs.fr/)

CrimSo : [http://www.uhb.fr/sc\\_humaines/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](http://www.sante-prison.org)

Commission nationale consultative des droits de l'homme : [www.cncdh.fr](http://www.cncdh.fr)

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

Délinquance, justice et autres questions de société, site de Laurent Mucchielli, directeur de recherches au CNRS : [www.laurent-mucchielli.org](http://www.laurent-mucchielli.org)

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

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

Fédération Française de Psychiatrie : [www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/](http://www.psydoc-fr.broca.inserm.fr/)

Haute Autorité de santé : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

La documentation française : [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)

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

Logos : [www.logos66.com](http://www.logos66.com)

Observatoire International des prisons : [www.oip.org](http://www.oip.org)

Observatoire régional de la santé en Guadeloupe : [www.orsag.org](http://www.orsag.org).

Psychiatrie et violence : [www.psychiatrieviolence.ca](http://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](mailto: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<sup>er</sup> 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](mailto: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](mailto:info-sfp@univ-paris8.fr), [www.fp.univ-paris8.fr](http://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](mailto:esther.sanseigne@univ-fcomte.fr) Tel : 03 81 66 53 39, J-M. BESSETTE, Responsable Master Crim. [jean-michel.bessette@univ-fcomte.fr](mailto: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](mailto:marie-claude.lammens@univ-lille3.fr).

5<sup>ème</sup> 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](mailto:fanny.verkampt@etudiant.univ-bpclermont.fr)

20<sup>èmes</sup> rencontres des secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire et des Unités pour Malades Difficiles. L'Ethique. Lieu : EPSAN à Brumath. 14-15-16 octobre 2009. renseignements : [f.huck@ch-epsan.fr](mailto:f.huck@ch-epsan.fr)

## LES RENDEZ-VOUS LEGISLATIFS IMPORTANTS

La loi HPST : une deuxième lecture ?

La loi pénitentiaire à l'Assemblée nationale : Ah bon !

*Retrouvez Socapsyleg  
sur le net :  
[Socapsyleg.blog.lemonde.fr](http://Socapsyleg.blog.lemonde.fr)*



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](mailto: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](http://www.artaas.org)  
Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)  
Collège des soignants intervenant en prison : [www.sante-prison.org](http://www.sante-prison.org)

