



KAMO DE SOCAPSYLEG

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

2009

Année 4, Numéro 2

SOCAPSYLEG
*Société Caraïbienne de
Psychiatrie et de Psychologie Légales*



socapsyleg@orange.fr

Dans ce numéro :

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Editorial..... | 2 |
| 2. | La 147 ^{ème} : une revendication oubliée..... | 3 |
| 3. | Le blog de Socapsyleg..... | 6 |
| 4. | Projet de CRAVS en Guadeloupe..... | 6 |
| 5. | Chef mieux que responsable..... | 7 |
| 6. | Loi pénitentiaire : la vie responsable..... | 8 |
| 7. | Loi pénitentiaire : les débats au Sénat..... | 9 |
| 8. | Rapport de mission de lutte contre l'inceste..... | 19 |
| 9. | Proposition de loi contre l'inceste..... | 23 |
| 10. | Projet de loi de finances pour 2009 : Justice..... | 26 |
| 11. | Un hôpital-prison à Seclin..... | 28 |
| 12. | Séminaire SMPR le 28 et 29 avril 2009 à Paris..... | 28 |
| 13. | Appel du SPEEP..... | 29 |
| 14. | Sur le délai des contre-expertises psychiatriques..... | 30 |
| 15. | Pas d'expertises dans les UCSA et les SMPR..... | 31 |
| 16. | Le suivi de la bourse Zoummeroff..... | 32 |
| 17. | Notes de lecture..... | 33 |
| 18. | Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie criminelle..... | 34 |
| 19. | Elections au SPH..... | 34 |
| 20. | Sites Internet..... | 35 |
| 21. | Agenda..... | 36 |
| 22. | Rendez-vous importants..... | 38 |
| 23. | Où trouver les anciens numéros de Kamo..... | 39 |

Editorial

Actualité fournie

La Guadeloupe connaît un **mouvement social** de première importance. La phase aigüe est passée pour laisser la place à une phase subaigüe qui sera probablement longue. Cette crise n'est probablement pas pour rien dans le ralentissement de la production de Kamo. L'esprit, mobilisé par une ambiance tendue, l'acuité et l'importance des problèmes soulevés, n'était guère disponible pour d'autres réflexions.

Toutefois, Kamo ne pouvait passer guère passer à côté de ces événements politiques et sociaux et consacre ses premières pages à ce sujet.

*

**

Il fallait pourtant s'intéresser à la **loi pénitentiaire**. Comme souvent, ce ne sont pas les articles de la loi qui suscitent le plus de commentaires, même si leur portée future aura des répercussions plus ou moins prévisibles sur l'univers carcéral. Ce sont essentiellement les débats parlementaires, ici sénatoriaux, qui indiquent les réelles intentions des uns et des autres. Les amendements et enrichissements apportés par les sénateurs dans le domaine sanitaire ne sont pas négligeables, d'autant plus que le projet de loi du gouvernement était relativement indigent sur le sujet.

Plusieurs amendements obtenus contre l'avis du gouvernement promettent des débats serrés à l'Assemblée nationale.

*

**

La **loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST)** aurait dû faire aussi ici l'objet d'une analyse, mais la conjonction des événements sociaux et la priorité donnée à l'étude de la loi pénitentiaire, ne conduira qu'à y faire allusion dans cet éditorial et dans un petit article sur des évolutions sémantiques (de responsable de pôle à chef de pôle) en notant que les parlementaires ont davantage parlé de psychiatrie dans la loi pénitentiaire que dans la loi HPST. Quant à celle-ci les commentaires sont plutôt unanimes de la part des médecins qui craignent de voir l'économique prendre le pas sur les projets médicaux d'autant plus que l'implication médicale dans la gouvernance de l'hôpital devrait se réduire à une peau de chagrin. Les sénateurs semblent vouloir rétablir un certain équilibre. A suivre et à espérer donc.

*

**

Enfin, un **séminaire sur l'évolution des SMPR** est organisée par la DHOS à la fin du mois d'avril 2009. En deux jours, autour de huit thèmes les SMPR doivent plancher sur leur avenir. Deux mois sont bien courts pour les Etats Généraux de la Guadeloupe; deux jours semblent aussi un peu juste pour réfléchir en profondeur sur un sujet certes circonscrit mais complexe. Il faudrait pourvoir inscrire la réflexion dans les modifications de l'organisation sanitaire qu'apportera la loi HPST dans un premier temps, puis dans celles spécifiques à la psychiatrie si le rapport Couty doit avoir une suite. Mais tel est le rythme du temps politique actuel : hyperactivité et précipitation. On n'aime pas trop en Guadeloupe et on a raison : ce n'est pas de la nonchalance, c'est de la prudence et de la sagesse.

Michel **DAVID**

LA 147^{ème} : UNE REVENDICATION OUBLIEE

Deux événements le mardi 20 janvier 2009 :

- Les USA honorent leur 44^{ème} Président, Barack OBAMA et le monde salue l'élection d'un homme noir dans un pays qui a connu l'esclavage.
- La Guadeloupe débute une longue grève générale

Etonnant, de ne pas avoir fêté ce jour-là, sur la place de la Victoire, à Pointe-à-Pitre, l'installation d'un « président noir », en écoutant, puis acclamant, population bigarrée, émue, réunie, le Président Obama à l'issue de son discours d'investiture. On y aurait vu la ferveur, la joie et l'enthousiasme qui avaient accompagné apparemment son élection en Guadeloupe.

Pourquoi ne pas avoir attendu un jour de plus pour se mettre en grève pour des motifs qui font pour l'essentiel, l'unanimité du peuple guadeloupéen, et qui exigeront pour être résolus un long travail collectif ?

Ce court délai aurait permis probablement de mieux écouter et méditer les propos du Président américain et notamment ce passage : « **Car nous savons que notre patrimoine bigarré est une force, et non une faiblesse. Nous sommes une nation de chrétiens et de musulmans, de juifs, d'hindous et d'athées. Nous sommes façonnés par toutes sortes de langues et de cultures venant de tous les coins du monde. Et parce que nous avons goûté le brouet amer de la guerre civile et de la ségrégation, et parce que, de ce chapitre sombre de notre histoire, nous sommes sortis plus forts et plus unis, nous ne pouvons pas ne pas croire que les vieilles haines cesseront un jour, que les sentiments d'appartenance disparaîtront, que le monde deviendra plus petit, que notre humanité commune va se révéler et que l'Amérique doit jouer le rôle qui lui revient en inaugurant une nouvelle ère de paix** ». (Le discours de Philadelphie du 18 mars 2008 de Barack Obama est aussi remarquable avec une émouvante conclusion, sans oublier de se référer également au discours d'investiture du 10 mai 1994 de Nelson Mandela : la Nation arc-en-ciel...).

La méditation autour des sentiments d'appartenance aurait-elle permis l'adoption du slogan suivant : « *La Gwadeloup sé tan nou, la Gwadeloup a pa ta yo, yo péké fè sa yo vlé an péyi an nou* » (La Guadeloupe est à nous, la Guadeloupe n'est pas à eux, ils ne feront pas ce qu'ils veulent dans notre pays ». Ce que d'aucuns se plaisent à « intellectualiser » pour euphémiser un message ambigu.

La référence au patrimoine bigarré est-elle compatible avec les propos du leader du collectif, Elie Domota, qui considère que le mouvement actuel est l'expression d'un conflit de classe et **de races**. Ou bien encore quand le Président Obama remarque que « **Notre nation est en guerre contre un vaste réseau de violence et de haine.....nous sommes réunis parce que nous avons préféré l'espoir à la crainte, l'union au conflit et à la dissension** », cela est-il compatible avec l'injonction du leader de LKP de voir arborer par la population un ruban rouge et un signe rouge sur sa voiture ou sa maison pour montrer son adhésion au mouvement ? Quid de ceux qui ne le feront pas ? Interpellé sur les risques de cet appel et ses relents douteux, Elie Domota argumente son « conseil » en le comparant aux insignes du sidaction. Mais d'autres références effleurent

l'esprit dans cette période de crise, comme l'étoile jaune de sinistre mémoire.

L'éclipse de la journée grandiose et historique, sur le plan mondial, de l'accession au pouvoir légitime du Président élu des USA remplacée par le début de la grève est-elle un hasard ou l'expression d'un désir à peine déguisé de pouvoir ? D'autant plus que le texte interminable des revendications du LKP est d'une ampleur telle qu'elle peut être l'indication d'une ambition qui dépasse la cadre de revendications salariales ou catégorielles. Il s'agit d'avantage d'un réel programme politique. *In fine* de la liste de revendications : « *Nou péké konstwi on sosyété nèf si nou rété anba dominasyon é pwofitasyon kapitalis é kolonyalis* » (Nous ne pourrions pas construire une nouvelle société si nous restons sous la domination des capitalistes et des colonialistes). Étonnant ce décalage entre des mobilisations massives populaires, qu'elles soient aux Antilles ou en métropole, se révoltant contre les excès du capitalisme et les élections qui portent au pouvoir national les tenants des idéologies libérales.

Logique donc que les questions d'évolution institutionnelle ou d'organisation politique se posent en arrière-plan des revendications salariales, notamment lorsque le statut de la départementalisation est dorénavant posé. Le patronyme du leader du collectif LKP et secrétaire général de l'UGTG pourrait être porteur dans l'inconscient collectif du désir éternel de liberté, d'autonomie et d'indépendance de l'être humain. Oter, supprimer les DOM, Dom-ota. Le « Condamner à être libre » sartrien. Excusez ces interprétations sauvages, possiblement de mauvaise qualité, déformation professionnelle du psychiatre qui ne peut s'empêcher d'interroger certains signaux....

Parmi les paradoxes de la Guadeloupe, on peut remarquer, sans être réellement étonné, qu'une 147^{ème} revendication (bien que je ne sache plus exactement le nombre exact de revendications, variables selon les moments) a été oubliée : l'amélioration des conditions de vie des détenus, notamment ceux incarcérés à la maison d'arrêt de Basse-Terre, ainsi que les origines de la délinquance, notamment des plus jeunes. Et pourtant, il s'agit bien là de la question de la liberté, de la condamnation ...

Le rapport sur les prisons françaises établi par les députés en l'an 2000 signalait tout particulièrement la situation désastreuse de l'antique prison située dans la ville préfecture de Guadeloupe : « *Les conditions de détention qui ont été constatées dans la maison d'arrêt de Basse-Terre en Guadeloupe, ont conduit les membres de la Commission d'enquête qui s'y sont rendu à saisir sans attendre le garde des sceaux afin d'attirer son attention sur l'urgence qu'il y a à porter remède à des conditions d'enfermement proprement inhumaines. Les détenus, en l'absence totale d'activité sont confinés 20 heures par jour, dans des cellules très mal aérées, sans aucune possibilité de s'asseoir ou de s'attabler. Les dortoirs peuvent comprendre jusqu'à 12 lits superposés, les cours de promenade y sont exigües, se réduisant pour l'une d'elle à un sombre corridor. Le fonctionnement de l'unité de soins y est également alarmant.* ». Et les sénateurs, la même année, intitulaient leur propre rapport : « *Les prisons françaises : Une humiliation pour la République* ».

Depuis rien n'a changé, malgré la venue de ministres. La construction d'une nouvelle prison en Guadeloupe se fait toujours attendre. La situation carcérale des détenus qui sont presque exclusivement guadeloupéens, sans parler des conditions de travail des personnels de l'établissement, n'intéressent guère ni la population, ni les syndicalistes, ni les politiques, ni les intellectuels et fait souffrir en silence les détenus (c'est normal dira la plupart) et beaucoup leur famille (là, on peut compatir, un peu....). Et la grève ne fait qu'accentuer l'isolement des personnes détenues : cantines restreintes, parloirs réduits et imprévisibles, courriers aléatoires, craintes à peine voilées d'être abandonnés dans les oubliettes contemporaines....

Victorin LUREL, le Président de la Région de Guadeloupe remarque que la métropole se complait dans le cliché des guadeloupéens considérés comme des danseurs sous les cocotiers et qui rechigneraient au travail. Il en est de même d'une grande partie de la population guadeloupéenne, surtout celle relativement favorisée, qui considère que les méchants (la racaille) se pavanent dans des prisons 4 étoiles (préjugés aussi partagés en métropole). Pratique, pour oublier une population qui n'a de cesse de rappeler ostensiblement et avec mauvais goût que la Guadeloupe s'est peuplée à partir de prisons flottantes. Pratique aussi d'oublier

l'immense misère sociale, culturelle et économique de la population pénale de Guadeloupe ou de partout dans le monde (et surtout ne parlons pas des prisons haïtiennes).

Le 1^{er} janvier 2009, le Président LUREL a visité les prisons guadeloupéennes et s'est engagé, au nom de la Région, à prendre des mesures pour aider à la réinsertion des personnes condamnées. Cela sera-t-il encore possible après les redéploiements de crédits consécutifs aux revendications des grévistes ?

Si tel est le cas, une des composantes de la population guadeloupéenne, dont les adolescents, pauvrissime, sera encore oubliée, sans que l'on soit étonné que le peuple guadeloupéen ne veuille pas regarder une situation humaine et sociale qui ne peut que rappeler les statuts aliénants du passé. Pourtant, plutôt que de se lamenter sur les douleurs anciennes à jamais inoubliables, le devoir de mémoire exigerait plutôt un effort et une attention pour aider une population esclave de la pauvreté sociale, économique et culturelle, à sortir des exploitations diverses et exclue de toute profitation. Cela nécessite cohérence et engagement bien difficiles à trouver tant notre psychisme est complexe, ambivalent, où l'affectif va submerger le rationnel. Les exigences du présent dictées par les blessures du passé et celles toujours actuelles peuvent conduire à espérer en des solutions immédiates sans toujours penser aux conséquences sur le futur. Déficit d'anticipation.

Deux événements, deux différences :

- Là, le règne de la résilience et la conquête sans fin vers un avenir meilleur organisé à partir d'un vote et de l'action d'une démocratie représentative.
- Ici, l'indéfectible aliénation à l'identification à l'agresseur blanc et colonial, le regard sans cesse tourné vers les blessures et les tourments du passé et la possibilité de choisir une pseudo-démocratie exclusivement directe, en dévalorisant des élus obligatoirement « tous pourris et profiteurs » et la démocratie représentative.

« *L'audace d'espérer* » écrit Barack Obama, certes. Mais il faudrait s'atteler surtout au courage d'affronter la réalité des problèmes et à s'engager réellement et non virtuellement à lutter contre la profitation notamment des plus favorisés, sans hypocrisie et pour tous.

Et quid de l'épilogue ? Fin de la grève au 44^{ème} jour. 44^{ème}, cela ne vous rappelle rien ?

44^{ème} comme le 44^{ème} président des USA. Un début et un commencement qui se retrouvent. Encore des recoupements hasardeux de psychiatre.....

Michel DAVID



Les marches des esclaves au centre de l'image. Tag Petit-Canal.

Réflexions Psycholégales

L'adresse URL du blog
de Socapsyleg :
socapsyleg.blog.lemonde

SOCAPSYLEG A UN BLOG

<http://socapsyleg.blog.lemonde.fr>

Les lecteurs de Kamo peuvent se connecter au blog de Socapsyleg mis à disposition par le quotidien le Monde. Leurs impressions, réactions et analyses sur l'actualité psycho-légale sont attendues et permettront, espérons-le, une interactivité que ne permet pas Kamo.

Le blog s'intitule :

Réflexions psycholégales

Psychiatrie Légale, Société, Politiques publiques

PROJET DE CENTRE RESSOURCES POUR L'AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES AUTEURS DE VIOLENCE SEXUELLE (CRAVS) DU POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN EN GUADELOUPE



CRAVS

L'immeuble Nevada, siège de l'EAPL
et du CRAVS

Adresse : Immeuble Nevada
Rue thomas Edison
La Jaille

En février 2009, le directeur du Centre Hospitalier de Montéran a signé le contrat de location pour un local destiné aux activités d'un centre ressources pour l'aide à la prise en charge des auteurs de violence sexuelle (CRAVS) rattaché au Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR de Baie-Mahault) du centre hospitalier de Montéran en Guadeloupe. Un projet de CRAVS interrégional avait été déposé dans le cadre d'un contrat ARH/Etat post-SROS mais les pouvoirs publics souhaitant une régionalisation des CRAVS, le projet interrégional a été ramené à une dimension régionale.

Le local est situé à la Jaille à Baie-Mahault, juste en-dessous de l'Espace d'Accompagnement Psycho- Légal (EAPL), la consultation extra-carcérale du SMPR, permettant ainsi une mutualisation de certains équipements et des locaux.

Son budget comme celui de tous les CRAVS est fixé par la circulaire DHOS/F2/F3/F1/DSS/A1 n°2008-264 du 8 août 2008 pour un montant annuel de 320 000 €.

Il convient maintenant de faire les travaux d'aménagement, de préciser le personnel très spécialisé à recruter, de fixer le budget de l'année de lancement puis ceux des années de « roulement », en étant particulièrement attentif à une utilisation exclusive de ce budget fléché pour l'usage auquel il est strictement destiné....

Contrat de pôle, dialogues de gestion, tableaux de bord devraient être autant d'outils permettant aux acteurs hospitaliers de trouver le consensus nécessaire au fonctionnement des différentes structures des pôles. MD.



L'entrée du CRAVS

Chef mieux que responsable

A propos de la loi HPST

Il y eut le célèbre « *responsable mais pas coupable* ».

Dans les hôpitaux :

Il y eut longtemps « *chef* » pour « *chef de service* ».

Il y a encore pour peu de temps officiellement, « *responsable de pôle* ».

Mais il y a eu aussi en même temps, comme signe de résistance « *chef de pôle* », pour les nostalgiques de la chefferie et du commandement.

Les résistances ont vaincu : il y aura bien un chef de pôle.

Certes, difficile d'être chef sans être responsable.

Mais noble d'être responsable plus que de vouloir se targuer d'être chef.

Pouvoir à l'hôpital (loi HPST) : directeur tout puissant ou directoire à majorité médicale.

Un nouveau chamboule-tout peu après la nouvelle gouvernance.

Car il y eut les philosophes.

Puis il y eut les nouveaux philosophes.

Il y eut probablement une gouvernance avant la nouvelle gouvernance d'Hôpital 2005.

Puis la nouvelle gouvernance.

Et bientôt la nouvelle nouvelle gouvernance.

Il y eut les conseils de service.

Il y a les conseils de pôle.

Démocratie participative (en apparence et complexe à mettre en œuvre).

Exit les conseils de pôle paraît-il.

Après tout : un chef, un seul. Comme un Président, un seul.

Pas de conseil de pôle. Et pourquoi encore un conseil des ministres ?

MD

Loi pénitentiaire : la vie responsable

Au cours des débats à propos de la loi pénitentiaire, la gauche a reproché que l'article 1^{er} de la loi , ajouté par les sénateurs fasse référence à la « *vie responsable* » :« *Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer la personne détenue à sa réinsertion afin de lui permettre de vivre une vie responsable et exempte d'infractions* ».

Le qualificatif de moralisateur pour certains n'aurait pas sa place dans la loi. Etrange. Le premier alinéa de l'article 122-1 du code pénal qui permet d'envoyer un infracteur en prison ne dit-il pas : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes (aliéna 1)* ». Toute une génération de législateurs se serait-elle trompée ?

Peut-être est-ce cela la rupture prônée par le Président de la République et à laquelle adhère dorénavant la Gauche. Cohabitation, nouvelle mouture. N'est-ce pas non plus une ministre socialiste qui déclarait dans les années 90 « *être responsable mais pas coupable* » ?

Enfin les parlementaires ne sont-ils pas tenus régulièrement à se prononcer sur la responsabilité du gouvernement et à déposer des motions de censure pour se positionner sur ladite responsabilité ?

S'il était encore possible de différencier des valeurs de droite et de gauche, on pourrait croire que l'autorité, la force du chef soit du côté de la droite ; la responsabilité du côté de la gauche (surtout dans l'intérêt collectif).

Et bien oui et non. La responsabilité est défendue par la droite dans la loi pénitentiaire et combattue par la gauche. La chefferie se substitue à la responsabilité dans la loi HPST. Où est la cohérence ?

Pierre Victor Tournier commente ainsi cette passe d'armes parlementaire : « *Personnellement, je tiens beaucoup à cette conception de la sanction du Conseil de l'Europe, qui nous vient des pays du nord. Elle s'appuie à la fois sur la « tradition » protestante et sur la dialectique chère aux sociaux-démocrates entre responsabilité de l'individu et responsabilité de la société – dialectique qui les distingue fondamentalement, à gauche, des libertaires (et assimilés), à droite des libéraux.* » (ACP n°128-supplément).

Bien entendu, on ne peut qu'adhérer à la notion de « *vie responsable* », à condition qu'il ne s'agisse pas que d'une déclaration d'intention mais qu'on donne réellement à la personne détenue la possibilité d'assumer cette vie responsable. MD.

LOI PENITENTIAIRE

Débats des séances des 3 et 5 mars 3009 relatifs aux problèmes sanitaires

La loi pénitentiaire en gestation depuis longtemps a été discutée au Sénat les 3, 4, 5 et 6 mars 2009. Sa discussion inaugure une nouvelle méthode de travail parlementaire introduite par une modification constitutionnelle. Le texte étudié n'est plus celui du projet de loi mais celui modifié par le travail de la commission des lois. Ces nouvelles modalités de travail devraient aussi donner lieu à l'abandon de la procédure d'urgence et à l'adoption de la procédure accélérée. Cette loi se situe dans un espace transitionnel, étudiée à la fois sous le régime de la procédure d'urgence et de la procédure accélérée, entraînant quelques contestations de méthode par les sénateurs, notamment ceux de l'opposition.

La présente approche du projet de loi pénitentiaire s'appuiera essentiellement sur les débats au Sénat des 3 et 5 mars 2009 ainsi que sur les travaux de la commission des lois (rapport Lecerf et avis About) en focalisant l'analyse sur les soins en prison.

La problématique des suicides en prison est souvent invoquée lors des discussions mais ne sera pas abordée ici. Le temps de la discussion étant d'ailleurs alors suspendu à la remise du rapport Albrand.

GENERALITES

Le texte étudié a été fortement amendé et enrichi et notamment par le rapporteur de la commission des lois, Jean-René Lecerf au point que grâce à ce travail, Robert Badinter, prédit une grande loi : « *D'ailleurs, monsieur Lecerf, je souhaite qu'elle porte votre nom, car vous êtes le véritable père* » (p.2285) alors que précédemment dans le débat, critiquant la procédure d'urgence et l'évitement de la navette parlementaire, Nicole Borvo Cohen-Seat interpellait la ministre de la justice en ces termes : « *Vous avez déclaré l'urgence sur ce projet de loi. Que voulez-vous exactement ? Empêcher un débat approfondi ? Attacher votre nom à une loi ? L'enjeu est trop grave pour être un simple sujet d'affichage* ». Loi Dati ? Non finalement peut-être Loi Lecerf. Décidément, récurrence des problématiques de paternité.....

Présentant son projet, la garde des sceaux, Rachida Dati considère que le projet de loi « *pose les fondations d'une nouvelle vision de la prison, une vision apaisée du monde pénitentiaire* », voire plus une « *vision humanisée* » grâce à l'abandon d'une philosophie pénale centrée sur la théorie des délits et des peines de Beccaria, « *conception dépassée de la prison* » et à l'adoption d'une vision de l'incarcération centrée sur la personnalité du détenu. La loi pénitentiaire a comme objectif principal de mieux préparer la réinsertion et de prévenir la récidive et cinq autres objectifs complémentaires :

- 1) Clarifier les missions du service public pénitentiaire ;
- 2) Mieux reconnaître les personnels ;
- 3) Garantir les droits des détenus ;
- 4) Clarifier les régimes de détention ;
- 5) Aménager les peines afin de prévenir la récidive.

Lorsque le rapporteur de la commission des lois en présente le travail, il a dû faire plaisir au Président de la République car il évoque en ces termes la loi pénitentiaire : « *Notre dessein est aussi simple qu'ambitieux : faire en sorte que la prison de demain se pose, sur bien des aspects en rupture avec celle d'hier et d'aujourd'hui...* » (2265)¹.

¹ Les numéros correspondent à la pagination des débats dans le JO.

Les principales modifications apportées par la commission des lois s'articulent autour de dix thèmes (cf. Synthèse du rapport Lecerf) :

1. Affirmer le principe de l'encellulement individuel
2. Instituer une obligation d'activités
3. Reconnaître un droit d'expression aux personnes détenues
4. Limiter les fouilles
5. Renforcer les garanties reconnues aux détenus menacés de sanctions disciplinaires
6. Exiger de l'administration pénitentiaire qu'elle garantisse la sécurité des personnes détenues
7. Étendre à tous les détenus, prévenus et condamnés, le bilan d'évaluation prévu en début d'incarcération
8. Favoriser les alternatives à l'incarcération
9. Prévoir une évaluation de chaque établissement en matière de récidive
10. Améliorer le statut des personnels pénitentiaires

Si Jean-René Lecerf fait le constat que la prison a évolué au cours des dernières années, la portée des efforts a été limitée pour deux raisons principales :

- 1) La part croissante de personnes atteintes de troubles mentaux car « *en France, les auteurs d'infractions atteints de troubles psychiatriques sont pris en charge par la prison plutôt que par l'hôpital* ».
- 2) le surpeuplement carcéral (2266).

Sur le premier point qui nous intéresse plus particulièrement, Jean-René Lecerf reconnaît que la loi pénitentiaire ne pourra guère peser et qu'il « *faudra prendre date pour une réforme future* ». La question des troubles mentaux des personnes détenues sera largement évoquée dans le débat sénatorial. La psychiatrie a été davantage présente dans le débat parlementaire sur la loi pénitentiaire qu'elle ne l'est dans le débat sur la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire) en cours de discussion à l'Assemblée nationale au même moment. Étonnant ? Non. Triste, certainement.

Jean-René Lecerf met le nombre croissant de malades mentaux incarcérés sur le compte de la réforme du code pénal de 1992 avec l'introduction de la punissabilité conservée d'un infracteur ayant son discernement seulement altéré (alinéa 2 art 122-1 du CP) et non aboli. Le Sénat poursuivant sa réflexion sur ce sujet a confié à Jean-René Lecerf et à Jean-Pierre Michel « une mission d'information sur la responsabilité pénale des malades mentaux qui pourrait s'ouvrir au-delà de la commission des lois et préparer une nécessaire initiative législative ». Aux professionnels concernés de se mobiliser pour apporter propositions et suggestions aux sénateurs + + + +

LE PROJET DE LOI ADOPTE PAR LE SENAT

Le tableau ci-dessous reproduit les articles qui concernent la section 5 relative à la santé, sauf l'article 1^{er} A qui ouvre la loi et a été proposé par les sénateurs et qui a fait l'objet d'un article détaillé précédemment dans ce même numéro.

Le tableau par son aspect visuel montre les nombreux ajouts apportés par les sénateurs.

| Article | Projet gouvernement | Projet sénat |
|-------------------|---|---|
| 1 ^{er} A | | Le régime d'exécution de la peine de privation de liberté concilie la protection de la société, la sanction du condamné et les intérêts de la victime avec la nécessité de préparer la personne détenue à sa réinsertion afin de lui permettre de mener une vie responsable et exempte d'infractions |
| 20 A nouveau | | L'administration pénitentiaire et les personnels soignants garantissent le droit au secret médical des détenus ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des dispositions des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique |
| 20 | La prise en charge de la santé des détenus est assurée par le service public hospitalier dans les conditions régies par le code de la santé publique. Lorsqu'il est fait application, en cas de diagnostic ou de pronostic grave sur l'état de santé d'un détenu, des dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, le médecin n'est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, à la famille, aux proches ou à la personne de confiance, que les seules informations qui ne sont pas susceptibles de porter atteinte à la sécurité des personnes et au bon ordre des établissements pénitentiaires et des établissements de santé. | La prise en charge de la santé des détenus est assurée par le service public hospitalier dans les conditions régies par le code de la santé publique. La qualité, la permanence et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dispensées à l'ensemble des personnes accueillies dans les établissements de santé publics ou privés. L'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention. L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires. Elle assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention des affections physiologiques ou psychologiques. |
| 20 bis nouveau | | Un acte dénué de lien avec les soins, la préservation de la santé du détenu ou les expertises médicales ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral. |

| Article | Projet gouvernement | Projet sénat |
|----------------------|--|--|
| 21 | <p>Doivent être titulaires d'un permis de visite les autorisant à s'entretenir avec les détenus, hors de la présence du personnel pénitentiaire :</p> <p>1° Les personnes bénévoles intervenant auprès des personnes malades en fin de vie, visées à l'article L. 1110-11 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Les personnes majeures accompagnant les personnes malades mineures, visées à l'article L. 1111-5 du même code ;</p> <p>3° Les personnes de confiance accompagnant et assistant les personnes malades, visées à l'article L. 1111-6 du même code ;</p> <p>4° Les personnes présentes lors de la consultation des informations du dossier médical des personnes malades, visées à l'article L. 1111-7 du même code ;</p> <p>5° Les personnes, visées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du même code, accompagnant les détenues mineures à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse.</p> | <p>Doivent être titulaires d'un permis de visite les autorisant à s'entretenir avec les détenus, hors de la présence du personnel pénitentiaire :</p> <p>1° Les personnes bénévoles intervenant auprès des personnes malades en fin de vie, visées à l'article L. 1110-11 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Les personnes majeures accompagnant les personnes malades mineures, visées à l'article L. 1111-5 du même code ;</p> <p>3° Les personnes de confiance accompagnant et assistant les personnes malades, visées à l'article L. 1111-6 du même code ;</p> <p>4° Les personnes présentes lors de la consultation des informations du dossier médical des personnes malades, visées à l'article L. 1111-7 du même code ;</p> <p>5° Les personnes, visées au troisième alinéa de l'article L. 2212-7 du même code, accompagnant les détenues mineures à l'occasion d'une interruption volontaire de grossesse.</p> |
| 22 | <p>Lorsqu'il est fait application des dispositions de l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique relatives à l'aide d'une personne malade, empêchée d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins médicaux, la désignation de l'aidant est subordonnée à une autorisation de l'administration pénitentiaire.</p> | <p>La désignation de l'aidant est de droit, sauf décision contraire du chef d'établissement, spécialement motivée.</p> |
| 22 bis nouveau | | <p>Les traitements médicaux prescrits avant l'incarcération par un médecin généraliste ou un spécialiste sont poursuivis en détention. Leur interruption peut engager la responsabilité de l'administration pénitentiaire.</p> |
| 22 ter nouveau | | <p>Une visite médicale obligatoire est organisée avant que le détenu ne soit libéré.</p> |
| 22 quater nouveau | | <p>Chaque détenu dispose d'un dossier médical électronique unique</p> |

Entre secret médical et secret professionnel : la casuistique sénatoriale et ministérielle

Les sénateurs ont rajouté l'article 20 A en préambule de la section consacrée à la santé et qui affirme le droit au secret médical et au secret de la consultation.

Nicolas About considère, et on ne peut que souscrire à son initiative, que les surveillants de devraient pas être présents pendant les consultations, sauf dans des cas très rares où la sécurité l'exige et à la demande du médecin.

Il est toutefois fait référence à l'article L. 6141-5 du CSP qui prévoit l'obligation pour les soignants à signaler à l'AP les sujets qui présentent un risque sérieux pour la sécurité des personnes et qui a été introduit avec la loi de rétention de sûreté.

Lors du débat une subtile distinction apparaît entre secret médical et secret professionnel. Le secret médical imposant de taire ce que l'on sait de l'état de santé du patient, tandis que le secret professionnel peut être partagé dans l'intérêt commun.

Pour ma part, je n'ai pas vu de distinction dans le code pénal entre secret médical et secret professionnel (article 226-13).

Article L6141-5 [En savoir plus sur cet article...](#)
Modifié par [LOI n°2008-174 du 25 février 2008 - art. 8](#)

Un ou plusieurs établissements publics de santé peuvent être spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées ou des personnes faisant l'objet d'une rétention de sûreté. Les dispositions des titres Ier, III et du présent titre sont adaptées par voie réglementaire aux conditions particulières de fonctionnement de ces établissements. Les dispositions du titre II ne leur sont pas applicables.

Le ministre de la justice affecte à ces établissements des personnels de direction et de surveillance ainsi que des personnels administratifs, sociaux, éducatifs et techniques, qui relèvent de l'administration pénitentiaire et demeurent soumis à leur statut particulier.

Dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes au sein des établissements mentionnés au premier alinéa du présent article, les personnels soignants intervenant au sein de ces établissements et ayant connaissance de ce risque sont tenus de le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection. Les mêmes obligations sont applicables aux personnels soignants intervenant au sein des établissements pénitentiaires.

Les compétences du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prévues aux articles [L. 6143-3](#), [L. 6143-3-1](#), [L. 6143-4](#) et [L. 6145-1](#) à [L. 6145-5](#) ainsi que les compétences de l'agence régionale de l'hospitalisation prévues au 3° de l'article [L. 6115-4](#) sont, en ce qui concerne ces établissements, exercées conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé.

Pour Rachida Dati, le secret médical trop bien gardé est la cause de drames. « *L'administration pénitentiaire n'a pas accès au dossier pénal des détenus ; elle n'a connaissance que de la condamnation et ignore tout des aspects médicaux* ». Remarque étrange, la garde des sceaux est-elle bien renseignée ? Les greffes des établissements pénitentiaires détiennent les expertises médicales, psychiatriques et psychologiques. D'ailleurs le guide méthodologique des soins aux personnes détenues (septembre 2004) précise à propos des auteurs d'infractions sexuelles : « *le chef d'établissement pénitentiaire transmet au psychiatre un résumé de la situation pénale ainsi que les expertises psychologiques ou psychiatriques conservées au dossier individuel (art. D. 163 du CPP)* ».

En effet, le dossier individuel d'un condamné prévu par le CPP comprend quatre parties :

- 1) judiciaire ;
- 2) pénitentiaire ;
- 3) SPIP ;
- 4) « médicale ».

L'amendement semblait inutile à la garde des sceaux : les dispositions existantes lui paraissant suffisantes pour assurer le secret médical.

Article D. 163 [En savoir plus sur cet article...](#)

Modifié par [Décret 98-1099 1998-12-08 art. 40, 43 et 48 JORF 9 décembre 1998](#)

Modifié par [Décret n°98-1099 du 8 décembre 1998 – art. 40 JORF 9 décembre 1998](#)

Une partie du dossier individuel constitue une cote d'observation où sont assemblés les pièces et documents contenant le résultat des enquêtes, examens et expertises auxquels il a pu être procédé sur la personnalité, l'état médical, psychiatrique et psychologique, la situation matérielle, familiale ou sociale du condamné, soit au cours de l'information préalable, soit en vue de son orientation, soit ultérieurement pendant le cours de l'exécution de sa peine.

Ce dossier comprend, par conséquent, les pièces visées aux articles D. 78, D. 79 et D. 81 et contient les différentes appréciations ou avis émis à l'égard du condamné intéressé, ainsi que les rapports de synthèse de l'observation.

Article 20 : information de la famille et permanence des soins

L'article 20 a été nettement modifié et les sénateurs ont réussi à imposer plusieurs amendements contre l'avis du gouvernement, notamment la possibilité pour le médecin d'informer la famille d'un détenu de son état de santé gravement perturbé. La garde des sceaux s'y opposait pour des motifs de sécurité.

La permanence des soins en prison a également été introduite. Il s'agirait de permettre la présence de soignants 24h/24 dans les prisons. Le fameux article 40 de la constitution a été alors invoqué², mais contournée par une répartition des moyens alloués sur 24 H....

Le gouvernement s'opposait à la notion de permanence des soins, à la fois pour des raisons financières mais aussi étrangement pour la garde des sceaux car cela signifierait un retour à la médecine pénitentiaire !!!... La permanence des soins serait donc assurée par un professionnel de santé (pas nécessairement médecin). A vos plannings, messieurs et mesdames, directeurs et directrices des soins pour permettre ces redéploiements..... A voir ce que vont décider les députés.

CONSTITUTION

Art. 40. - Les propositions et amendements formulés par les membres du Parlement ne sont pas recevables lorsque leur adoption aurait pour conséquence soit une diminution des ressources publiques, soit la création ou l'aggravation d'une charge publique.

Amendement n°125 : Situation des personnes détenues présentant des troubles mentaux

L'amendement n°125 ne sera pas adopté mais il donne lieu à un intéressant débat : « *Les personnes souffrant de maladies mentales et dont l'état de santé mentale est incompatible avec la détention en prison devraient être détenues dans un établissement spécialement conçues à cet effet. Si ces personnes sont néanmoins exceptionnellement détenues dans une prison, leur situation et leurs besoins doivent être régis par des règles spéciales* ».

²A quand des débats dans les futures CME aux missions restreintes où résonnera « article 40 ! » lancé par la direction des hôpitaux quand les médecins auront le mauvais goût de redemander les moyens qu'on leur a retirés.

Il donne l'occasion à Je&n-René Lecerf de faire deux remarques intéressantes dont une sous forme de lapsus : « Notre collègue Claude Jeannerot vient d'aborder un problème fondamental. Pourtant, la commission lui demandera de retirer son amendement, car il lui paraît impossible de régler le problème de la santé mentale dans les établissements psychiatriques... (sourires) – pardonnez moi, vous avez bien sûr compris que je pensais aux établissements pénitentiaires – dans le cadre de la loi pénitentiaire ». La deuxième remarque fera bien plaisir à ceux d'entre nous qui partagent cet avis (notamment Gérard Dubret, Luc Massardier, Michel David etc.) : « Je ne suis même pas certain que les projets relatifs aux UHSA qui sont extrêmement importants, constituent réellement la bonne réponse. Le constat que les détenus souffrant de maladie mentale sont si nombreux qu'il faut créer des hôpitaux psychiatriques en prison n'est-il pas le signe que nous entretenons le cercle vicieux au lieu d'amorcer un cercle vertueux ? La meilleure solution ne serait-elle pas radicalement différente ? Ne faudrait-il pas faire en sorte que les malades mentaux les plus lourdement atteints n'intègrent pas le monde carcéral ? ».

A propos des UHSA, relevons que bien souvent, il était difficile de savoir ce que recouvrait le terme « Hôpitaux-Prisons » : UHSA, unités pour délinquants sexuels, centres de rétention de sûreté etc. La garde des sceaux précise et baptise : ce sont les UHSA : « L'ouverture prochaine d'unités hospitalières spécialement aménagées, que l'on a qualifié (l'indefini « on » s'est parfois rapporté au défini Président de la République) d' « hôpitaux-prisons », permettra d'améliorer sensiblement la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques... » (2294). On en déduit que les professionnels qui y exerceront seront des Médecins-infirmiers/surveillants...

Les discussions autour de l'amendement n°125 illustrent l'inextricable problème des relations entre maladie mentale et infractions.

Amendement n° 197 rectifié bis : Qu'est-ce qu'un acte médical ?

« Un acte dénué de lien avec les soins ou expertises médicales ne peut être demandé aux médecins et aux personnels soignants intervenant en milieu carcéral ».

Si cet amendement vise essentiellement en apparence à éviter aux médecins de l'UCSA d'être sollicité par l'administration pénitentiaire pour pratiquer des fouilles corporelles à visée sécuritaire, il cache d'autres débats autrement importants. Quid du niveau de communication entre médecins et AP ? Jean-René LECERF: « Il ne faudrait pas que cette disposition empêche à l'avenir les médecins de participer à des réunions portant, par exemple, sur la prévention du suicide ou d'échanger avec les personnels de l'administration pénitentiaire des informations professionnelles et non pas médicales » (2476). Rachida DATI renchérit : « Nous avons connu les plus grande difficultés pour faire travailler ensemble milieu médical et milieu pénitentiaire... Néanmoins s'il est adopté demain, les médecins ne seront plus obligés de participer aux commissions pluridisciplinaires que nous avons eu la plus grande difficulté à mettre en place dans les établissements pénitentiaires... »

La discussion revient par le biais de cet amendement sur la notion de ce qui est couvert par le secret professionnel et ce qui ne l'est pas. Rachida DATI : « ... ceux-ci (les médecins) leur livrent des informations qui n'étant pas de nature médicale, peuvent être portés à la connaissance des autres acteurs présents dans l'établissement pénitentiaire... les médecins sont impliqués dans les commissions d'application des peines³ et le juge peut leur demander certaines informations avant de prendre une décision ». Et pourtant : « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris⁴ » (Article 4 du code de déontologie médicale et article R.4127-4 du code de la santé publique).

La tentation récurrente et constante d'utiliser les médecins des UCSA et des SMPR par l'administration pénitentiaire comme des pseudos experts est bien ressentie par certains sénateurs : « Une étanchéité absolue est nécessaire entre les fonctions de médecin traitant (c'est de cela qu'il s'agit en l'espèce – et les fonctions d'expertise qui peuvent être mobilisées par l'administration pénitentiaire » (Claude Jeannerot, 2479).

Et la ministre insiste : « Il est indispensable de recueillir le maximum d'informations pour lutter contre la récidive, pour favoriser la réinsertion ou encore pour procéder au classement des détenus, préalable à l'exercice d'une activité. Pour agir au mieux de leurs intérêts, il est nécessaire de connaître leur personnalité » (2479).

³ Ah Bon ? Les médecins participeraient régulièrement aux CAP. Il serait intéressant d'avoir une évaluation de la fréquence de cette pratique. Aucun parlementaire ne fait remarquer à la ministre que les membres de droit de la CAP sont le JAP (président), le procureur de la république et le chef d'établissement (art. 715-5 CCP)

⁴ Sans compter qu'en plus, on comprend souvent de travers....

Donc médecin expert, criminologue et du travail⁵.

Devant l'insistance du ministre, le rapporteur retire son amendement, repris par un sénateur de l'opposition, mis aux voix et finalement adopté, devenant l'article 20 bis nouveau.

A retenir dans ce nouvel article que l'on peut demander au médecin un acte ayant un lien avec les expertises médicales....

Amendement n°200, futur article 22 ter : dossier médical unique

« Chaque détenu dispose d'un dossier médical électronique unique ».

Nicolas About est très sensible à la qualité des communications entre somaticiens et psychiatres. Il propose la création d'un dossier médical unique.

De larges extraits des débats sont reproduits ci après :

« M. Nicolas About, rapporteur pour avis.

Depuis 1994, chacun des 194 établissements pénitentiaires est doté d'une unité de consultations et de soins ambulatoires, ou UCSA, chargée de dispenser les soins courants, le plus souvent les soins dentaires, et d'assurer la visite régulière d'un certain nombre de spécialistes, par exemple des gynécologues dans les prisons pour femmes.

La plupart des UCSA disposent également d'un psychiatre à moins qu'il n'y ait dans l'établissement un service médicopsychologique régional, le SMPR, qui regroupe psychiatres, psychologues et infirmiers spécialisés.

L'installation de chaque UCSA et de chaque SMPR fait l'objet d'une convention entre l'établissement carcéral et un hôpital de rattachement qui met à disposition les personnels et les moyens matériels. En fait, la plupart du temps, les conventions sont signées avec deux établissements hospitaliers car peu d'hôpitaux disposent à la fois de services somatiques et de services psychiatriques.

Ce doublement des rattachements est cause de difficultés matérielles qui s'ajoutent à la difficulté qu'on rencontre, parfois, pour instaurer un dialogue entre les médecins psychiatres et les somaticiens. Ainsi, même lorsque l'UCSA et le SMPR sont connectés par exemple à internet, ce qui est rare, et qu'ils sont connectés entre eux, ce qui est encore plus rare, ils ne peuvent pas partager le même dossier médical car les systèmes informatiques des hôpitaux de rattachement sont le plus souvent incompatibles (2268)

M. Nicolas About, rapporteur pour avis.

Il est bien compliqué d'avoir une approche globale de la santé physique et mentale ! Il ne faut pas que des querelles opposent la médecine somatique et la psychiatrie, les UCSA et les SMPR. Le malade doit être placé au cœur du dispositif.

Il est donc nécessaire que tous les médecins aient accès à l'ensemble des informations le concernant. Telle est la raison pour laquelle je propose un dossier médical électronique unique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Jean-René Lecerf, rapporteur. Dans un élan d'humilité louable, la commission des lois reconnaît sa compétence très partielle sur ce point et sollicite l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est donc l'avis du Gouvernement ?

Mme Rachida Dati, garde des sceaux.

Pour être tout à fait franche, je reconnais que les services du ministère de la santé ne sont absolument pas prêts pour le dossier unique électronique. Par conséquent, il est peut-être prématuré de l'imposer pour les détenus alors qu'il n'est pas mis en place pour l'ensemble de la population.

Par ailleurs, je rappelle que les détenus malades sont d'abord des patients avant d'être des détenus. Si on leur impose le dossier médical électronique unique, on les différencie du reste de la population⁶.

M. Jean-Jacques Hyest, président de la commission des lois.

On fera comme pour la population générale : le principe existera, mais on ne l'appliquera pas !

⁵ L'analyse de ces débats me conduit, car il n'est guère possible ici de faire autrement, à des positions assez tranchées mais tous ces sujets complexes méritent argumentation de fond détaillée, analyse des pratiques des uns et des autres et surtout la recherche d'une cohérence entre tous les textes sur lesquels s'appuient les pratiques des professionnels intervenant en prison.

⁶ Quelle louable intention !

Mme Rachida Dati, garde des sceaux. En effet, pour l'instant, nous n'en avons pas les moyens.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. Nicolas About, rapporteur pour avis.

Nous comprenons qu'il soit très compliqué de l'imposer pour la population générale, mais, dans le cas qui nous occupe, il s'agit d'un lieu de détention !

Savez-vous que, lorsque la prison abrite à la fois une unité de consultation et de soins ambulatoires et un service médicopsychologique régional – c'est le meilleur des cas, puisqu'il n'existe qu'un SMPR par région – il n'y a aucun lien entre les deux, pas de câble informatique, pas d'ADSL, et que le dossier établi par le psychiatre n'est pas communiqué au médecin de l'UCSA et inversement ? Et pourtant, on soigne ! C'est tout à fait extraordinaire ! Il me semble que nous pourrions nous battre pour que, si les deux praticiens ne veulent pas avoir le même support papier, il y ait au moins une liaison informatique entre les deux services. Les directeurs de prison vous rétorqueront que c'est l'affaire de l'hôpital.

M. Jean-Jacques Hyest, président de la commission des lois. Oui !

M. Nicolas About, rapporteur pour avis.

Pour peu qu'il y ait deux établissements de rattachement, il faudra donc, en plus, que leurs directeurs se mettent d'accord. Et si on leur fait observer qu'il suffit de tirer une ligne, ils veulent bien que ce soit fait, mais refusent de payer les travaux. Il ne s'agit pas ici du dossier médical de tous les Français ! Nous sommes dans un lieu clos où exercent des personnels soignants, parfois au sein d'un seul et même service. Le psychiatre ou le psychologue qui viennent travailler dans l'unité de consultation et de soins ambulatoires pourraient au moins se servir du même dossier médical que le médecin qui, parfois, partage son bureau avec eux ! Or tel n'est pas le cas.

Un dossier médical unique est nécessaire parce que, il semble qu'on ait tendance à l'oublier, les détenus ne vivent pas tout à fait dans les mêmes conditions que la population générale (2485) ».

Si les députés maintiennent cet amendement, on peut s'attendre à des chantiers sans fins entre hôpitaux différents. Un mot quand même pour insister sur l'étanchéité nécessaire entre les systèmes informatiques médicaux et pénitentiaire. A court et moyen terme, on peut compter sur les lenteurs des chantiers administratifs et techniques pour que les informations médicales restent bien couvertes par le secret.

Amendement n°203 : La chronicité psychiatrique en prison

L'amendement ne sera pas retenu mais concerne particulièrement la psychiatrie en milieu pénitentiaire :
« *Après avis médical, les détenus ayant effectué un séjour continu de plus de douze mois dans un SMPR sont placés dans des établissements spécialisés hors du milieu carcéral pour la durée restante de leur peine, dans des conditions définies par décret* ».

Pas utile, car Rachida Dati considère « *qu'il revient au magistrat de suspendre la peine* ». Encore étonnant, madame la garde des sceaux ignorerait-elle que la suspension, initialement prévue dans la loi Kouchner du 4 mars 2004, remaniée avec plus de restrictions dans la loi du 12 décembre 2005 et codifiée dans le code de procédure pénale (article 720-1-1) ne concerne que les pathologies somatiques....

On en revient au débat sur le flux d'amont de l'incarcération et également à l'apparition et ou à l'aggravation d'états psychologiques du fait des conditions de détention, des caractéristiques de la personne et de son histoire.

CONCLUSION

Le projet de loi gouvernemental, indigent sur plusieurs points, et tout particulièrement en matière sanitaire, a été fortement enrichi par le travail sénatorial, notamment par le rapporteur de la commission des affaires sociales, Nicolas About.

En revanche, les débats sénatoriaux ont permis de constater que les sénateurs ont une connaissance assez précise de la réalité psychiatrique dans les hôpitaux et qu'un transfert des soins psychiatriques s'est opéré de l'hôpital vers la prison.

Ce n'est pas cette loi qui permettra un changement. Les sénateurs ont conscience qu'il faut se pencher sur la place de la psychiatrie dans la société, au rôle de l'expertise psychiatrique dans la régulation du flux d'entrée en prison et sans trop le dire aux représentations de notre société par rapport à la maladie mentale et aux choix budgétaires et politiques à opérer.

Si la loi traite peu des aspects sanitaires, les débats auront permis au gouvernement, par la voix du ministre de la justice, de préciser la contribution attendue des médecins à l'ordre pénitentiaire, en devenant des auxiliaires de justice.

Les professionnels hospitaliers ont la claire conscience de ce problème. La dérive de l'injonction de soins encourue est un symptôme aigu du détournement de l'activité soignante en prison. L'injonction de soins est passée d'une obligation extra muros à une obligation carcérale. Elle est peu médiatisée et certainement peu connue de la majorité des citoyens et y compris des psychiatres et psychologues n'exerçant pas en prison. Elle envahit de plus en plus la pratique « soignante » (ou plutôt pseudo expertale) en prison.

La révolte des soignants en psychiatrie contre l'ultra sécurisation de leur discipline en « milieu ouvert » n'est rien à côté de ce qui se joue en prison. Il faut espérer que quel que soit le lieu d'exercice de notre discipline, nous saurons faire entendre les valeurs universelles de l'éthique médicale. Les débats à l'Assemblée nationale sont à redouter.



Mirador de l'ancienne maison d'arrêt de Pointe-à-Pitre (démolie)

RAPPORT DE MISSION DE LUTTE CONTRE L'INCESTE

Déposé par Marie-Louise FORT, députée, pour le groupe UMP à la demande de JF COPE

Cette mission a été commandée le 30 septembre 2008 à Mme Marie-Louise FORT Député de l'Yonne par le Président du Groupe UMP, M. Jean-François COPE.

Le député a remis le 28 janvier 2009 son rapport aux ministères de la justice, de la santé et de la famille. Ce rapport est la conclusion d'un travail de recherche de longue haleine s'appuyant sur la visite de différentes institutions, de nombreuses auditions et lectures de centaines de témoignages.

Ce sujet, l'inceste, s'attaque à deux des fondements de la société : la protection de l'enfant et la famille. Pour ces deux raisons l'inceste est un sujet tabou.

Ce rapport a mis en lumière qu'il est impératif de mettre en œuvre un véritable plan de lutte contre l'inceste et de mieux accompagner les victimes.

Tout au long de ce rapport dans des encarts sont notés d'émouvantes impressions rapportées par des victimes, qui s'expriment sur ces faits douloureux et inoubliables.

Comme le dit MLF « *Ni l'opinion, ni les pouvoirs publics ne peuvent plus aujourd'hui détourner le regard de ce fléau* ».

Pour atteindre ces objectifs, la mission s'est posée deux grandes questions qui tournent chacune autour de 3 axes.

A) Première interrogation : Comment lutter contre l'inceste ?

Premier axe : Qualifier, quantifier et mesurer le coût

1) Définition

Plusieurs définitions peuvent être données, selon l'approche : anthropologique, biologique. Mais aucune ne remet en cause l'universalité de l'interdit.

L'inceste est l'agression sexuelle d'un adulte sur un enfant perpétrée par l'un des membres de sa famille. Cet acte qui se déroule dans le climat familial ou l'enfant grandit et trouve ses repères.

Selon la Députée « *Cet acte d'une rare violence ne peut que détruire ou dévier la construction de l'enfant d'une façon si grave si profonde qu'il réduit à minima ses chances de connaître une résilience* ».

2) Mesure statistique

L'inceste ne fait l'objet d'aucune étude chiffrée en France. Il serait important pour mettre en place des actions de quantifier l'inceste. Plusieurs données provenant de différentes sources permettent cependant d'estimer approximativement le nombre de victimes en France.

- L'INSEE/OND fournissent quelques éclairages sur les violences sexuelles « *11% des femmes interrogées en 2006 déclarent avoir été victimes de violence sexuelle, dont 40% l'ont été pendant leur minorité* ».
- L'enquête CSF en 2006 révèle que près de 10% des hommes auraient subi un rapport ou tentatives rapport sexuel forcé avant leur majorité. Près d'un tiers des femmes de plus de 40 ans déclarent ces faits à une personne de leur famille. Et que l'agresseur a plus de 2 chances sur trois de ne pas être dénoncé avant la majorité de sa victime.
- L'enquête de ONED en 2008 conclut que 3 femmes sur 100 ont été victimes de violences sexuelles de manière durable durant l'enfance.
- Selon l'OMS les violences sexuelles infligées aux enfants touchent 20% des filles et de 5% à 10% les garçons.
- Le 119 enregistre pour l'enfance en danger au second semestre 2008 : 1043 appels relatifs aux dangers sexuels.

Sans pouvoir se baser sur des études générales mais rien qu'en croisant les données recueillies : La mission avance que 1 000 000 d'enfants en France ont subi d'un proche de sa famille un rapport sexuel ou une tentative de rapport sexuel forcé durant leur enfance et recommande la création d'une étude générale annuelle de statistique sous l'égide de l'ONED (Observatoire nationale de l'enfance en danger).

MLF souligne « *Ce chiffre est énorme et ce n'est pourtant qu'une basse estimation* » (comme toute étude criminologique, le chiffre noir est toujours important).

3) Evaluation du coût pour la nation

En l'absence de bases statistiques il est impossible devant la variété des troubles post-traumatique dont souffrent la plupart des victimes d'estimer un réel coût pour la collectivité.

Deuxième axe : Faire évoluer le code pénal

1) Inscrire l'inceste dans le code pénal

La mission préconise d'inscrire clairement l'inceste dans le code pénal.

Actuellement les agressions incestueuses sont globalisées dans l'ensemble des infractions à caractère sexuel comme les viols et les agressions sexuelles.

La loi réprime le viol et l'inceste de la même manière, même s'il est vrai que l'agresseur voit son cas aggravé.

« *Le législateur doit considérer que ni la question du consentement ni celle de la contrainte ne doivent être posées à l'enfant. Si l'inceste était inscrite au code pénal, en la nommant la loi a le pouvoir de casser le tabou* ».

De fait, pour que la victime puisse se reconstruire il faut que l'inceste soit identifié.

2) Lever la prescription

Il peut s'avérer que la prescription de 20 ans ne suffise pas.

Existe-t-il un temps limité pour parler de cette violence subie ?

Difficile d'aborder cet acte barbare entouré de tabou. La parole des victimes ne peut s'exprimer que très tardivement voire jamais sur ce sujet. En effet pour se protéger, la victime met sa mémoire « en sommeil ». Parfois un fait anodin, une rencontre... peut réveiller ces atroces souvenirs.

Pour cela, la mission recommande que la prescription puisse être levée après expertise psychiatrique révélant l'incapacité de la victime à dévoiler les faits avant.

Troisième axe : Prévenir et détecter

1) Information

L'enfant ne comprend ce qu'il vit qu'en comparaison avec ce que vivent ses petits camarades. Il peut ainsi comprendre que ce qu'il subit dans l'inceste n'est pas la norme.

- Sensibiliser tous les professionnels de l'enfance. Ils doivent suivre une formation spécifique et obligatoire dans leur cursus de formation initiale ou continue afin d'être capable de détecter ce drame que subit l'enfant au sein de sa famille.
- Sensibiliser les jeunes enfants par des campagnes de prévention, par des animations ludiques, tel le théâtre, qui peut faire passer des messages et faire comprendre à l'enfant sa souffrance alors qu'il ne sait pas encore y mettre les mots (atelier qui a déjà fait ses preuves). Leur communiquer le n° d'appel 119 pour l'enfance en danger.
- Sensibiliser le grand public par des campagnes d'informations, des spots télévisés et permettre la retransmission de débats ou de procès traitant de l'inceste et de son coût humain et pénal. Cela contribuerait peut-être à une prise de conscience de l'adulte et de l'adulte agresseur et de l'ensemble de la société.

2) Détection

Si l'ensemble de ces professionnels (personnels du corps médical, paramédical, enseignants, travailleurs sociaux, éducateurs) bénéficiaient d'une meilleure formation ciblée cela permettrait sans aucun doute d'améliorer leurs capacités à dépister les victimes d'inceste et les troubles que revêt souvent chez l'enfant ce traumatisme. Ce qui permettrait d'alerter dans les meilleurs délais les services sociaux et la justice.

La mission invite les pouvoirs publics à rappeler aux professionnels leurs droits et leurs devoirs par rapport au signalement des maltraitances sur mineur.

Il serait bon de renforcer la place déterminante des CMP (Centres Médico-Psychologiques), des médecins et des infirmières scolaires dans la prévention, le dépistage, l'accompagnement et le soin.

Comme le souligne la Présidente de l'AIVI, Isabelle AUBRY : « *Il faut que tous comprennent que l'inceste n'est pas une affaire de famille mais une question de société* ».

B) Deuxième interrogation : Comment mieux accompagner les victimes et faciliter leur résilience ?

Premier axe : Simplifier et améliorer le parcours judiciaire

« Redire c'est refaire » Libérer la parole, devoir mettre les mots sur ce que l'on a vécu ou vient de vivre, quand c'est si douloureux devient pour la victime un parcours difficile qui parfois la pousse « à laisser tomber » « vivre avec un tel secret, vous vous sentez sale, honteux... » , pourtant c'est par là que commence le début de la guérison.

1) Améliorer l'accueil et l'écoute

La plupart des victimes relatent le dépôt de plainte comme une épreuve terrible car les conditions d'accueil dans les services de police ou de gendarmerie ne respectent aucune confidentialité. Aucun espace n'est mis à disposition pour permettre de révéler la nature de ce type d'agression.

Or, c'est le premier pas que fait la victime vers la dénonciation de son agresseur. Il est donc important de reconnaître à ce personnel d'accueil ce rôle capital qu'ils peuvent détenir par son écoute et son orientation vers différentes associations qualifiées.

La mission propose donc une amélioration d'accueil et la remise d'une plaquette d'information aux victimes leur expliquant leurs droits et les divers lieux de prise en charge.

Egalement pour le personnel la mission propose que leur formation initiale et continue soit renforcée notamment par de la psychologie appliquée, ce qui leur permettrait de mieux appréhender une confrontation quotidienne à la souffrance et aux désordres que ce traumatisme génère.

2) Simplifier le parcours judiciaire

La multiplicité des personnes du système judiciaire que doit rencontrer la victime (gendarme, avocat, juge....) ainsi que la lenteur de la procédure est aussi une des raisons qui pousse la victime à abandonner. Pourtant cette lenteur doit être comprise comme inhérente à toute recherche de meilleure garantie de justice et d'efficacité dans le traitement des dossiers.

Comme le souligne Catherine : « *J'ai voulu abandonner la plainte parce que j'avais trop mal, chaque convocation chez le juge, chaque courrier me tordait le ventre et des longs mois de silence m'achevaient* ».

Pour la mission il serait souhaitable, en amont dans les centres d'accueil des victimes, que l'information sur le fonctionnement de la justice et ses procédures soit dispensés et explicités.

3) Renforcer la protection des victimes

L'obligation de nommer un administrateur judiciaire pour les mineurs est une mesure incontournable.

Il est évident que dès la révélation des faits, l'enfant agressé doit être protégé, mis hors de danger, donc hors du lieu où le drame se déroule, si le milieu familial lui demeure hostile.

La mission tient à souligner qu'il est évident que ce soit l'agresseur qui quitte de préférence le cercle familial de sorte que l'enfant garde ses repères au sein de sa famille et qu'il ne se sente pas puni pour une deuxième fois.

Comme le dit Paul DURING, Directeur Général du GIP Enfance en danger : « *Il importe dès que possible, de développer une démarche psycho socio éducative en direction de l'enfant et souvent des membres de la famille non impliqués dans les violences* ».

Il paraît évident que la protection des victimes passe par une qualité du suivi de leur dossier par leurs avocats,

ce qui demande du temps et de la disponibilité. Souvent les conditions d'exercice de certains avocats ne permettent pas ce suivi. La mission recommande donc pour une meilleure qualité de service de relever l'indemnité perçue par les avocats pour l'aide juridictionnelle.

Deuxième axe : soigner

1) Identification des troubles résultant de l'inceste

Devant les nombreuses pathologies et psychopathologies importantes que peuvent développer les victimes, les thérapies sont complexes et longues. Ainsi la totale guérison apparaît comme un objectif illusoire pour les victimes d'inceste, l'efficacité de l'aide apportée ne doit pas être jugée en termes de guérison mais en termes de capacité à gérer ou à dépasser le traumatisme et à retrouver un équilibre.

2) Renforcement, valorisation et simplification de l'accès à l'offre de soins

La mission préconise pour cela une meilleure prise en charge de ces soins, notamment psychologiques et une meilleure orientation par la mise en ligne d'un site indiquant les centres pouvant accueillir et proposer des soins. Elle a concentré également son travail sur un projet soutenu par de nombreux professionnels : doter la France d'un Centre de Référence pour les Traumatismes Psychiques par département, regroupant du personnel médical, paramédical, social et juridique rattaché à un CHU et non à un CHS pour éviter la stigmatisation liée à certaines pathologies psychiatriques. Ces centres seront de véritables cellules de crises. Ils seront plus à même de mener des études sur l'inceste et sur ses conséquences afin de rendre la lutte plus efficace et de permettre un meilleur accompagnement. La mission recommande de multiplier les centres d'accueil et de séjours dotés d'une équipe pluridisciplinaire avec une forte professionnalisation des intervenants.

Troisième axe : Insérer

Normalement si toutes les mesures préconisées sont mise en place, la victime doit pouvoir vivre avec son passé et non lui survivre. Il est vrai que pour les victimes qui ne pourront pas bénéficier de ces mesures, un handicap social demeurera et nécessitera un accompagnement particulier.

1) L'inceste comme handicap social

L'handicap social est un des troubles que peut laisser ce drame, difficultés scolaires, difficultés à maîtriser sa vie de femme, sa maternité, conduites addictives, conduites à risque, désocialisation.

L'inceste par définition prive l'individu de deux atouts clés pour la réussite sociale : la confiance en soi et sa famille.

2) Création d'une nouvelle aide comme indemnisation

Pour apporter des solutions face à ce handicap, des aides spécifiques peuvent être envisagées, en matière d'éducation et de formation professionnelle. Pour cela permettre une facilité face aux montages des dossiers, améliorer les critères d'acceptabilité de demandes d'allocation ou d'accompagnement, apporter des réponses adaptées pour mieux intégrer les différentes formes d'handicap.

En 2005 un rapport allant dans le même sens, déposé par Christian ESTROSI (UMP) a été remis au Ministre de la Justice Pascal CLEMENT, il n'a pas été suivi d'effet. Espérons que cette fois ces mesures seront prises en compte.

MLF s'est dite convaincue de « *l'impérative nécessité de lever le tabou de l'inceste par une action résolue, tant sur le plan pénal et judiciaire que dans l'éducation nationale, le monde de la santé et de l'action sociale* ».

Nicolle MARCHAL
Cadre de santé
Pôle de Psychiatrie Légale
Centre Hospitalier de Montéran

PROPOSITION DE LOI VISANT A IDENTIFIER, PREVENIR, DETECTER ET LUTTER CONTRE L'INCESTE ET A AMELIORER L'ACCOMPAGNEMENT MEDICAL ET SOCIAL DES VICTIMES

(Motifs de la proposition de loi sur le site de l'Assemblée nationale)

Après la publication du rapport de janvier 2009 sur la lutte contre l'inceste, il n'est plus possible d'ignorer l'ampleur d'un fléau qui a déjà frappé plus de 3 % de la population française et dont les conséquences individuelles comme sociales apparaissent catastrophiques.

Ce sont ainsi plus de 2 millions de Françaises et de Français qui ont vu leur vie brisée par l'inceste. Leur souffrance est profonde. Selon les praticiens, l'inceste est un déterminant majeur des tentatives de suicide, de l'anorexie, des addictions aux stupéfiants et à l'alcool, des troubles de la personnalité, des comportements à risque et de nombreuses psychopathologies. L'inceste est un déterminant de l'échec scolaire, professionnel et relationnel, de l'exclusion sociale.

Plus largement, c'est aussi la société dans son ensemble qui souffre de l'inceste. Ses fondations sont attaquées : la famille, espace de protection, d'amour et de socialisation par excellence devient dans un climat incestueux le lieu du martyr de l'enfant et l'outil d'annihilation de sa parole. Sa principale richesse est attaquée : l'enfant, citoyen en devenir, porteur de nos espérances les plus essentielles, est nié dans son humanité. Enfin, son intégrité est attaquée : le tabou *sur* l'inceste (interdit du dire) s'étant insidieusement substitué au tabou *de* l'inceste (interdit du faire), la société s'est fait le témoin muet de situations pourtant intolérables. Leur singularité sous-estimée et leur « barbarie » ont jusqu'ici fait obstacle à notre entendement et la France s'est de fait privée de nombre des outils indispensables à une prévention et à une lutte plus efficace contre l'inceste. De même, elle n'a su mettre en oeuvre une véritable politique d'accompagnement des victimes.

L'intervention du législateur est donc devenue indispensable. L'inceste doit être identifié, prévenu, détecté et combattu. Ses victimes doivent bénéficier d'un accompagnement judiciaire, médical et social plus simple, plus accessible et plus efficace. C'est là tout l'objet de cette Proposition de Loi articulant : l'identification et l'adaptation du code pénal à la spécificité de l'inceste (Titre 1) avec sa prévention (Titre 2) et l'accompagnement des victimes (Titre 3).

Le **Titre 1** consiste donc en l'insertion de la notion d'inceste dans le code pénal comme élément constitutif des infractions de viol et d'agression sexuelle au même titre que la violence, la contrainte, la menace ou la surprise. Son article 1^{er} définit les actes incestueux cependant que ses articles 2 et 3 en transcrivent les conséquences sur les dispositions existantes.

Trois objectifs ont présidé à la rédaction de ce titre. D'abord, affirmer qu'un mineur ne peut être consentant à un acte sexuel avec un membre de sa famille. Le climat incestueux rend en effet caduque toute réflexion en terme de violence, menace, contrainte, ou surprise. Ici, la question du consentement ne peut donc être posée.

Ensuite, il est nécessaire pour la victime comme pour l'accusé reconnu coupable, et au-delà pour la société, de poser sur l'acte le terme qui lui convient. Mais, précisons qu'il n'est aucunement question d'introduire une hiérarchie entre les infractions d'inceste et de viol ou d'agression sexuelle. C'est pourquoi d'ailleurs, le Titre 1^{er} ne crée pas une nouvelle infraction mais contribue à mieux qualifier celles de viol et d'autres agressions sexuelles. Il n'est donc question que de prendre en compte la réalité et la spécificité de l'inceste.

Or l'intégration dans la loi de cette spécificité de l'inceste donnera une base solide à l'action réglementaire pour adapter le cadre et les moyens de la recherche de la preuve aux affaires concernées. Ainsi, dans les cas d'inceste, le contexte de la cellule familiale est une donnée essentielle. Plus peut-être que chacun de ses membres, c'est donc la famille dans sa globalité, comme univers et comme ensemble de relations, qui doit faire l'objet d'une enquête psychologique et sociale.

Enfin, la distinction dans les circonstances aggravantes entre les infractions perpétrées au sein de la famille et celles commises par une personne extérieure ayant autorité, sans changement dans l'échelle des peines, ouvrirait aussi sur une meilleure compréhension de ces infractions. Tant dans l'accompagnement des victimes

que dans le suivi carcéral et post-carcéral des agresseurs, cette dichotomie apparaît nécessaire. Cette séparation est aussi indispensable à l'étude statistique affinée des violences sexuelles sur mineurs et donc à la mise en oeuvre de politiques publiques plus efficaces. La confusion entre personne ayant autorité et membre de la famille est à ce jour un obstacle.

Le **Titre 2** porte sur la prévention pour laquelle quatre pistes peuvent être privilégiées. (1) La première est naturellement celle de la prévention directement auprès des enfants. (2) La seconde est celle de l'amélioration de l'action des professionnels de l'enfance et de sa protection. (3) La troisième piste est celle de la formation à l'accueil et à l'écoute des professionnels qui tout au long du parcours judiciaire de la victime seront en contact avec elle. (4) Enfin, la quatrième piste est celle de la sensibilisation d'un public plus large grâce, notamment, aux outils de l'audiovisuel public.

(1) L'article 4 complète donc le code de l'éducation pour y renforcer l'information sur les violences, notamment sexuelles, et sur les comportements à adopter face à elles, et l'éducation à la sexualité. Des initiatives locales particulièrement efficaces ont été observées par la mission sur la lutte contre l'inceste et cette précision du code de l'éducation permettra de les généraliser, de les perfectionner et de mieux les valoriser.

(2) Cet article complète aussi le même code pour y renforcer la formation des professionnels de l'enfance et de sa protection sur les questions des violences sexuelles tout en favorisant l'émergence de plus fortes interactions entre les professionnels par la pluridisciplinarité et la mise en commun d'une partie de leur formation. C'est la une disposition particulièrement attendue par les acteurs de terrain pour lesquels la création de réseaux interprofessionnels est devenu un outil indispensable.

(3) Le parcours judiciaire, très souvent période de stress intense pour la victime qui est appelée à revivre son agression et à se confronter à un système dont elle ne comprend pas nécessairement le fonctionnement, est anxiogène et générateur de tensions voire de conflits. Ceux-ci nuisent naturellement aux victimes. Mais ils mettent aussi en cause le bon déroulement des procédures et exposent les professionnels. Il est donc apparu plus que nécessaire de donner à ces professionnels les outils, notamment en matière de psychologie, utiles à la réalisation de leur mission dans les meilleures conditions.

(4) Enfin, l'article 5 permettra à l'audiovisuel public d'accomplir une mission d'information sur la santé et la sexualité dans laquelle s'intègre la prévention contre les violences sexuelles notamment à l'encontre des mineurs.

Le **Titre 3** propose d'améliorer l'offre de soins par le regroupement dans chaque département de professionnels de la santé, de l'action sociale et de la justice au sein d'une même structure de référence pour les victimes de traumatismes psychiques. De tels centres, rattachés aux établissements de santé publique, serait moins stigmatisant pour les victimes que des services « psychiatriques ». Surtout, la réunion des différentes compétences dans une même structure et leur interaction avec d'autres spécialistes au sein des hôpitaux permettront une prise en charge globale de la victime tant dans ses troubles psychiques que somatiques. La présence d'un avocat ou d'un conseiller juridique pour expliquer le parcours judiciaire et y accompagner la victime permettra aussi de faciliter ce parcours en évitant d'ajouter au traumatisme de l'agression et de la plainte celui d'une incompréhension de la Justice, de son rythme et de ses procédures.

Le Titre 3 demande aussi au Gouvernement de proposer à l'Assemblée nationale, après étude, des mesures propres à mieux prendre en compte les spécificités réelles et très concrètes de l'inceste en s'interrogeant sur les moyens d'une meilleure prise en charge des soins ainsi que sur les outils qui pourraient servir à faciliter l'insertion sociale des victimes. Celles-ci souffrent en effet d'un véritable handicap social notamment du fait de leur fréquente déscolarisation, de leurs troubles psychiques, de leurs conduites à risques, de leurs difficultés relationnelles, toutes choses induites par l'inceste.

Alors que 3 % des Français ont déjà souffert de ce fléau, il est de la responsabilité du Législateur d'apporter une réponse de justice, protectrice et disposant à la résilience. Cette réponse doit être générale et globale mais surtout adaptée aux spécificités du phénomène. Elle doit être grave, raisonnée et équilibrée mais surtout ambitieuse et porteuse d'espoir. C'est là tout l'objet de cette proposition de Loi.

« *De l'inceste* »

« *Art. 222-32-1.* – Sont réputés incestueux toute atteinte sexuelle et tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur un mineur par :

« 1° son ascendant légitime, naturel ou adoptif,

« 2° son oncle ou sa tante, légitime, naturel ou adoptif,

« 3° son frère ou sa sœur légitime, naturel ou adoptif,

« 4° sa nièce ou son neveu, légitime, naturel ou adoptif,

« 5° le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité de l'une des personnes mentionnées aux 1° à 4°

« *Art. 222-32-2.* - Toute atteinte sexuelle incestueuse est une agression sexuelle.

« *Art. 222-32-3.* - Tout acte de pénétration sexuelle incestueux, de quelque nature qu'il soit, est un viol. »

Projet de loi de finances pour 2009 : Justice

LA PRISE EN CHARGE DÉFAILLANTE DES CAS DE PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCÉRAL

1. L'organisation des soins psychiatriques aux détenus

Les soins psychiatriques aux personnes détenues relèvent du ministère chargé de la santé, selon les modalités suivantes :

- depuis la parution du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, le dispositif de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire est confié au service public hospitalier ;
- depuis la promulgation de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, l'organisation et la mise en œuvre de la prise en charge sanitaire des personnes détenues sont transférées au service public hospitalier.

Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux sont ainsi prises en charge médicalement tant pour les soins ambulatoires que dans les cas d'hospitalisation complète.

Pour les soins ambulatoires, la responsabilité en revient au secteur psychiatrique hospitalier dont dépend l'unité hospitalière de consultations et de soins ambulatoires implantée dans chaque établissement pénitentiaire. Elle peut aussi incomber au service médico-psychologique régional (SMPR) spécialisé dans la psychiatrie et ayant une vocation de coordonnateur au sein de la région pénitentiaire. Ainsi, 26 SMPR sont situés dans l'enceinte d'un établissement pénitentiaire.

S'agissant des soins en hospitalisation complète, la charge pèse sur le SMPR, si les soins sont apportés avec le consentement du malade. En l'absence de son consentement, il est procédé à une hospitalisation d'office, toujours en milieu hospitalier, soit par le secteur psychiatrique habilité de l'hôpital de rattachement, soit en unité pour malades difficiles (UMD).

2. Les insuffisances du dispositif

Même si ce dispositif a considérablement amélioré la prise en compte des pathologies et troubles mentaux, il se révèle encore insuffisant du fait de l'ampleur des besoins en prison.

Le système aujourd'hui en place souffre de la possibilité réduite des SMPR d'accueillir les patients en hospitalisation complète, du fait du défaut de présence sanitaire, ainsi que de difficultés d'accès aux établissements pénitentiaires durant la nuit.

En outre, les établissements de santé sont souvent réticents à recevoir des personnes détenues en hospitalisation d'office en l'absence de garde statique par les forces de l'ordre.

Par ailleurs, un écueil réside dans l'absence de possibilité d'hospitalisation à la demande d'un tiers s'agissant des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète mais ne remplissant pas les critères d'une hospitalisation d'office.

D'une façon plus générale, l'évolution des méthodes en psychiatrie a consacré les services ouverts au détriment des services fermés, rendant plus difficile l'accueil des personnes détenues au regard de la sécurité et des risques d'évasion notamment. Cela conduit souvent à des séjours plus courts et à un confinement de fait en chambre d'isolement, ce qui n'est pas sans affecter la qualité des soins.

Enfin, votre rapporteur spécial insiste sur l'insuffisance globale des moyens, notamment du nombre des psychiatres intervenant en établissement pénitentiaire.

3. La recherche de voies d'amélioration de cette prise en charge

La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a prévu la mise en place d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour l'hospitalisation complète des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Les UHSA constitueront, à terme, une amélioration de l'offre d'accès aux soins au bénéfice de ces patients détenus.

Il est ainsi mis fin à l'hospitalisation (complète) en SMPR, et toute personne détenue atteinte de troubles mentaux nécessitant une hospitalisation complète sera hospitalisée dans les unités de santé créées par la loi, avec ou sans son consentement.

Le programme prévu d'implantation des UHSA comporte deux tranches. La première tranche, d'une capacité de 440 places, doit être réalisée entre 2009 et 2011. Les deux premières UHSA ouvriront à Lyon et Nancy en 2009.

Les lieux d'implantation sont les suivants :

| Ville | Capacité |
|------------------------|----------|
| Villejuif | 60 |
| Marseille | 60 |
| Lille ou agglomération | 60 |
| Orléans | 40 |
| Lyon | 60 |
| Toulouse | 40 |
| Nancy | 40 |
| Bordeaux | 40 |
| Rennes | 40 |
| Ensemble | 440 |

La seconde tranche, comportant 265 places, sera réalisée à partir de 2010-2011.

En ce qui concerne les moyens budgétaires et humains consacrés à la prise en charge des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques, ces données relèvent de la compétence du ministère en charge de la santé. Toutefois, dans le programme de construction de nouveaux établissements pénitentiaires, il est prévu des locaux médicaux spécialement dédiés aux consultations psychiatriques ou psychologiques ainsi que des salles d'activités afin de permettre une prise en charge thérapeutique collective par le biais d'ateliers.

Par ailleurs, s'agissant de la construction des UHSA, la circulaire DHOS/O2/F2/E4/ 2007 n° 284 du 16 juillet 2007 prévoit une délégation de crédits de 26,5 millions d'euros pour financer, sur le plan santé mentale, les dépenses d'investissement des neuf premières UHSA.

Enfin, dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, le ministère de la santé dispose d'une enveloppe budgétaire d'environ 7 millions d'euros afin de renforcer les effectifs des équipes psychiatriques intervenant dans les établissements pénitentiaires et plus particulièrement les établissements pour peine accueillant un nombre important de personnes condamnées pour des faits de nature sexuelle.

UN HOPITAL PRISON A SECLIN EN 2011

Lu dans la voix du Nord du samedi 21 février 2009. On y apprend que l'administration pénitentiaire prévoit de créer à Seclin « *un établissement d'un type nouveau :hôpital prison* » d'une soixantaine de place potentiellement opérationnel en 2011 et dénommé UHSA (unité d'hospitalisation spécialement aménagée). Les UHSA se confirment bien comme étant les « hôpitaux prison » (cf. débat au Sénat sur la loi pénitentiaire).

Pourtant la confusion continue. L'UHSA sera divisée en trois unités : une pour les personnes souffrant d'addictions, une pour les patients psychotiques et une pour les situations aiguës (agitation, délire, crises suicidaires).

Les spécialistes y verront la question détournée des établissements spécialisés.

Le journaliste précise encore que les hôpitaux prisons sont un engagement du Président de la république pendant sa campagne électorale. Rappelons quand même que les UHSA sont prévues dans la loi Perben de septembre 2002 (article 48) et que le petit chanoine (cf. note de lecture) s'est approprié le projet d'un ministre de la justice d'avant son élection

Dans un temps où l'on s'interroge sur les droits d'auteurs avec la loi Hadopi, il faudrait rendre à César ce qui appartient à César et non au petit chanoine....

SEMINAIRE SMPR LE 28 et 29 avril 2009 Paris, Ministère de la santé

Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) ont été convoqués le vendredi 6 mars 2009 à Paris par la DHOS pour un exposé sur l'état des lieux de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ils doivent de nouveau se rencontrer les 29 et 30 avril prochain et plancher sur les 8 thèmes suivants :

- 1.Organisation du dispositif de soins psychiatriques ambulatoires des personnes détenues
- 2.Hospitalisation des personnes détenues pour motif psychiatrique
- 3.Fonctionnement des UHSA
- 4.Continuité des soins à la sortie
- 5.Coordination des soins en santé mentale
- 6.Spécialisation des établissements pénitentiaires
- 7.Compétences professionnelles et formations des professionnels de psychiatrie et santé mentale
- 8.L'importance des soins psychiatriques des personnes détenues : promouvoir la demande de soins

Quelle fumée blanche sortira de ce séminaire/conclave ?

Exit les SMPR hospitaliers ou bienvenue aux SMPR auxiliaires de justice ?

APPEL DU SYNDICAT DES PRATICIENS EXERÇANT EN PRISON (SPEEP)

Le dernier semestre 2008 nous a montré notre vulnérabilité. Notre confrère de Rouen s'est vu interdire l'entrée de la maison d'arrêt de façon arbitraire, qui plus est sans notification écrite suite au décès d'un détenu de l'établissement pénitentiaire.

Le SPEEP veut s'engager pour défendre vos intérêts.

Nous nous sommes unis à l'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH, 1^{er} intersyndicale de PH en France), pour échanger nos idées et unir nos forces.

ADHEREZ AU SPEEP

pour nous permettre de maintenir un dialogue permanent et constructif avec notre tutelle.

Rejoignez-nous, invitez vos confrères à adhérer.

Vous trouverez ci-dessous le bulletin d'adhésion.

**MERCI DE DIFFUSER LARGEMENT CETTE INFORMATION AU SEIN DES UCSA,
SMPR.**

Nous répondrons à toutes vos interrogations sur notre mail :

syndicat.speep@gmail.com

Le bureau: Dr MARTIN-DUPONT (présidente) ; Dr CHAIGNE (vice-présidente) ; Dr
GALINIER (secrétaire) ;
Dr LEMONNIER (secrétaire adjointe) ; Dr KANOUI (trésorière)

Rappel : la déduction d'impôt accordée est de 66% du montant de la cotisation, soit une diminution des 2/3 du montant, un justificatif d'adhésion vous sera transmis en nous transmettant vos coordonnées

APPEL A COTISATION

A l'attention des médecins, dentistes, pharmaciens.

Si vous souhaitez adhérer, afin de soutenir notre action et d'y participer, merci de nous envoyer le montant de votre cotisation accompagné du bulletin joint. La cotisation pour 2009, est de 30 euros. Cette cotisation est à adresser à :

Dr V Kanoui 27, rue Albert Thomas 94260 FRESNES

Le chèque doit être établi à l'ordre du SPEEP : Syndicat des Praticiens Exerçant En Prison.

Nom :

Prénom :

Fonction :

Etablissement pénitentiaire :

Hôpital et service de rattachement :

Adresse professionnelle :

Adresse email :

Adresse personnelle :

SUR LE DELAI DES CONTRE-EXPERTISES PSYCHIATRIQUES

Vous pouvez consulter cette question sur le site du Sénat à l'adresse suivante : <http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ080403955>

Question écrite n° 03955 posée par Mme Christiane DEMONTÈS (du Rhône - SOC)
publiée dans le JO Sénat du 10/04/2008 - page 701

Mme Christiane Demontès attire l'attention de Mme la garde des sceaux, ministre de la justice sur les délais dans lesquels sont parfois effectuées les contre-expertises psychiatriques. Lorsque le juge d'instruction ordonne une contre-expertise psychiatrique, cette dernière doit être réalisée par des médecins psychiatres, inscrits sur la liste des experts auprès de la Cour d'appel, dans un délai de deux mois. Or, dans un certain nombre de cas, ces délais ne sont pas respectés. Parfois, plus d'un semestre est nécessaire, bien qu'il puisse s'agir d'un préalable à une remise en liberté. Ce dysfonctionnement est d'autant plus tragique, lorsque le maintien en détention occasionne une dégradation importante de l'état de santé du détenu. Aussi, compte tenu des impacts particulièrement négatifs que peut avoir cet allongement des délais de rendu des contre-expertises médicales, elle lui demande quelles mesures elle compte prendre afin de mettre fin à ce dysfonctionnement.

Réponse de Mme la garde des sceaux, ministre de la justice
publiée dans le JO Sénat du 02/04/2009 - page 827

La garde des sceaux, ministre de la justice, fait connaître à l'honorable parlementaire que les délais en matière de contre-expertises psychiatriques n'ont pas de raison d'être plus longs que ceux concernant les expertises initiales réalisées en ce domaine. La question posée est celle de la disponibilité des experts. Les experts judiciaires sont choisis sur des listes dressées au niveau de la cour d'appel ou au niveau national par la Cour de cassation. Le juge peut toutefois désigner un expert qui ne figure pas sur une liste. L'inscription et le renouvellement de l'inscription n'a rien d'automatique, mais résulte d'une procédure approfondie dans laquelle les mérites de l'expert sont appréciés par l'assemblée générale des magistrats du siège de la cour d'appel. Il en résulte que les experts qui ne respecteraient pas, sans motif particulier, les délais qui leurs sont impartis, s'exposeraient à ne pas obtenir le renouvellement d'une inscription sur la liste. Par ailleurs, la chancellerie a procédé récemment à la revalorisation de la rémunération des médecins experts psychiatres. Un décret du 30 juillet 2008 et son arrêté du 2 septembre 2008 sont intervenus en ce sens. Ces textes sont applicables aux mesures prescrites à compter du 11 septembre 2008. Cette revalorisation est de nature à susciter de nouvelles demandes d'inscription sur les listes d'experts. Elle emporte également pour autre conséquence plus d'exigence vis-à-vis de l'expert, taret en ce qui concerne la qualité des expertises que du respect des délais pour déposer le rapport.

PAS D'EXPERTISES DANS LES UCSA ET LES SMPR Note DAP du 3 février 2009

Des conflits surviennent de manière récurrente entre experts judiciaires et SMPR/UCSA quant au lieu de déroulement des expertises. Il convient de séparer de manière très lisible pour les personnes détenues les fonctions expertales et les fonctions thérapeutiques. Les expertises médicales, psychiatriques et psychologiques ne doivent pas se tenir dans els locaux des UCSA et des SMPR. A la suite d'un incident assez sérieux dans un centre pénitentiaire, la DAP a rappelé la règle de séparation des lieux thérapeutiques et expertaux.. Certes, les experts judiciaires doivent souvent mener leurs investigations dans des locaux inconfortables. Il leur appartient de revendiquer des lieux corrects d'exercice comme le font leurs collègues soignants des UCSA et des SMPR. Il est important de trouver une alliance professionnelle pour l'obtention de lieux d'examen corrects pour les experts distincts des espaces thérapeutiques dans l'intérêt des justiciables et des professionnels.

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Dossier suivi par : Monsieur le directeur interrégional des services pénitentiaires

OBJET: Expertise médicale d'une personne détenue.

Lors d'une réunion de travail entre l'administration pénitentiaire et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la sante et des sports le 13 novembre 2008, il a été rapporté par les représentants de la DHOS qu'une difficulté avait été rencontrée sur la localisation des expertises médicales au sein du centre de détention de X.

En effet, a la suite d'un premier incident, le directeur du centre de détention de X a diffusé une note de service le précisant que les expertises médicales auraient désormais lieu dans les locaux de l'unité de consultations et de soins ambulatoires.

Il est nécessaire de noter qu'aucune directive n'a été donnée jusqu'alors sur la localisation du lieu ou doivent se dérouler les expertises.

Cependant, l'administration pénitentiaire et les services sanitaires ont toujours adhéré au principe de séparation des lieux de soins que sont les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) des lieux d'expertise, afin qu'aucune confusion ne s'instaure dans l'esprit des personnes détenues entre soins et expertise médicale demandée par un magistrat.

En conséquence, les expertises ne doivent pas être réalisées dans les locaux de l'UCSA ou du SMPR, mais dans un local de type parloir d'avocat qui garantisse à la fois la confidentialité et la mise a disposition le cas échéant de matériels médicaux.

Je vous saurais gré de bien vouloir demander au directeur du centre pénitentiaire de X de modifier sa note de service en conséquence et me rendre compte dans les plus brefs délais des solutions mises en œuvre en matière de lieu dédié aux expertises.

J'attire votre attention sur la nécessité d'éviter que de tels conflits se produisent entre responsables pénitentiaires et membres des équipes médicales

L'adjoint au sous-directeur des personnes sous main de justice

SUIVI DE LA BOURSE ZOUMMEROFF

Juste avant la grève en Guadeloupe, une distribution de plaquettes d'information sur l'ouverture de la consultation externe du SMPR a été distribuée aux familles à l'entrée du centre pénitentiaire de Baie-Mahault avant chaque heure de parloir. Sur demande, les proches des personnes détenues peuvent être reçus individuellement pour échanger autour des difficultés liées à l'incarcérations. Au fur et à mesure des contacts, un groupe de parole sera mis en place.

La grève a rapidement arrêté cette distribution du fait du ralentissement des visites. La reprise est en cours.

Un contact a été également pris avec le directeur du centre éducatif fermé de Port-Louis. La fin de la période aigüe des mouvements sociaux va permettre de recevoir des adolescents à l'EAPL et de monter un atelier photographie.

L'ensemble du projet comporte l'édition d'une brochure sur le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins (sommaire ci-dessous) en association avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE). L'édition a pu se faire dès la fin de la grève. Un exemplaire en format PDF est joint à l'expédition de ce numéro de Kamo.

SOMMAIRE

De l'utilité de l'injonction de soins, 3

Le suivi socio-judiciaire, 5

De l'injonction de soins et de sa différence avec l'obligation de soins, 6

Les acteurs de l'injonction de soins, 7

Les rôles du juge d'application des peines et du service d'insertion et de probation, 8

Le rôle du médecin coordonnateur, 9

Les rôles du médecin et du psychologue traitants, 10

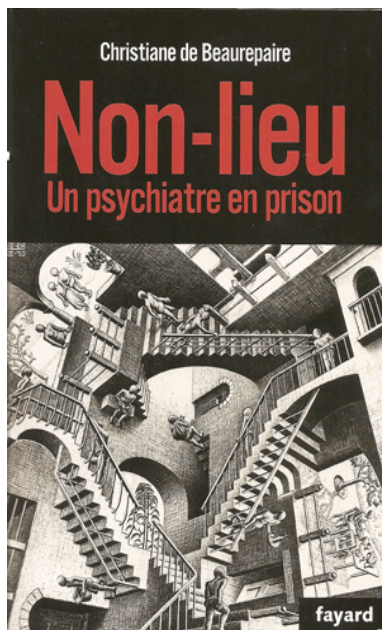
Les textes réglementaires, 11

Documentation succincte, 11

Présentation de Socapsyleg, 12

POSTFACE

« A l'instant où les USA ouvrent en grand la porte à l'espoir et réalisent le rêve d'un pasteur assassiné, la consternation nous saisit : la libellule vient en effet d'ouvrir avec pompes et apparat le premier centre de rétention de Fresnes. Au mépris des fondements de la Justice, des recommandations du Conseil constitutionnel et du simple bon sens. Dans l'urgence et la démagogie. En vertu du principe de précaution et au nom du populisme pénal. Dans le silence assourdissant des instances sanitaires. Et c'est en France »



NOTES DE LECTURE et DOCUMENTATION

Au Docteur Jacques LAURANS - Ancien chef de service du SMPR de Fresnes
Très respectueusement
MD

Non-lieu
Un psychiatre en prison
Christiane de BEAUREPAIRE
Fayard, 2009, 364 p, 20 €

Il y eut en 2000, le livre un tantinet trash de Véronique Vasseur sur les prisons. Succès garanti car voyeur, obscène, violent, dénonciateur sans pudeur. Typique de nos sociétés modernes, avides de voyeurisme, de dénonciations scandaleuses et scabreuses. Facile de taper sur l'Administration pénitentiaire.

En fait un livre en miroir des turpitudes dénoncées, résonnant sur nos complaisances à pencher du « côté obscur de la force ».

Près de dix ans plus tard, une psychiatre se livre à un exercice de style autrement plus respectable.

Près de 400 pages. Long. Pourtant nerveux, vif. Style haché sans concession, souvent ponctué d'humour cynique, bien nécessaire pour survivre professionnellement dans l'univers carcéral.

Une histoire de la prison. Des histoires individuelles brossées alertement. Une implication de l'auteure, en tant que psychiatre, écrivaine et citoyenne.

Une tragédie en quatre actes : Les hébergés; Le psychiatre et le prisonnier; Après la prison; et La prison : paradoxe ou nécessité.

Des histoires, certes. Beaucoup d'histoires. Des interrogations à n'en pas finir. Quelle place des soignants en prison? Quelles révoltes ou quels renoncements?

Continuer et soutenir la souffrance mais aussi collaborer à un système concentrationnaire (*horresco referens*) et persévérer dans une psychiatrie de guerre, de champ de bataille, là où il faut amputer tout en répondant aux exigences de la microchirurgie de pointe demandée par les politiques (quoiqu'une chirurgie sommaire type castration sans anesthésie pour les méchants sexuels ne serait pas pour déplaire à certains, plus nombreux qu'on ne le croit).

A propos de politiques, on y découvrira des personnages dont on ne sait dans quelle « rubrique » il faut les ranger et que notre auteure se plaît à nommer le « petit chanoine » ou « la libellule ». Ils m'attirent moins de sympathie que l'Egyptien, le Corse ou l'Antillais car leur potentiel de dangerosité politique est un sujet éternel de discussion.

Mais aussi, des oubliés explicitement (?) malheureusement. Comme Jacques Laurans, le premier chef de service du SMPR de Fresnes pendant plusieurs décennies. Une génération de psychiatres, du cercle des pionniers. Si Christiane de Beaurepaire fustige la rétention de sûreté (cf. la postface en encadré), comment expliquer avoir laissé sa « successrice », la chef de service f.f. du SMPR de Fresnes, faire une OPA amicale sur le premier centre de rétention de sûreté. Impossible de parler pour autrui mais je connais quelques « élèves » de Jacques Laurans qui se seraient dressés avec force contre un tel projet s'ils étaient en place. Mais rassurons les tenants du sécuritaire, de tels « gauchistes » n'ont plus aucune chance d'accéder maintenant à ces fonctions collaboratrices.

Nonobstant ces remarques consternées, souhaitons longue vie au livre de Christiane de Beaurepaire qui est un témoignage digne et impliqué de la psychiatrie en prison. Dommage que son retentissement ne dépasse pas encore celui de l'auteure du livre de l'année 2000 dont je n'ose pas répéter le nom. Michel DAVID.

IL Y A 100 ANS

Dans les Archives d'Anthropologie Criminelle (1909)

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

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

Un extrait :

« ...Les psychoses dites pénitentiaires sont donc, en définitive, non pas des maladies essentielles, mais des produits artificiels évitables, qui naissent chez des individus dont l'organisation cérébrale anormale et morbide ne supporte pas le régime de la prison. Nous trouverons peut-être ici le rapport intime qui relie le trouble mental et le crime. Les symptômes de la psychose, loin d'être en contradiction avec le caractère antérieur du malade, ne sont ici que l'exagération pathologique d'une organisation psychique originairement anormale.... ».

ELECTIONS AU SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX (SPH) 2009-2012

Les élections des représentants du SPH ont donné les résultats suivants pour les Antilles-Guyane :

Conseillers régionaux :

- Bruno DELILLE-MANIÈRES - CH de Colson - Martinique
- Allal TADIMI - CH Montéran - Guadeloupe

Conseillers régionaux suppléants :

- Michel DESVILLES CH André Rosemon - Guyane
- Rémy SLAMA - CH de Colson - Martinique

Secrétaire départemental : Marie-Laure DJOSSOU - CH André Rosemon - Guyane

Secrétaires d'établissement :

- Jean-Pierre ATTALI - CH Montéran - Guadeloupe
- Jean-Claude OUALID - LC Fleming - Saint-Martin
- Jean-Noël VIOLETTE - CHU Pointe-à-Pitre - Guadeloupe
- Marc ALDEBERT - CH André Rosemon - Guyane
- Denise CHARLERY ADELE - CH Colson - Martinique
- Bertrand FOUCHER - CH Colson - Martinique
- Gilbert URSULET - CHU Fort-de-France - Martinique



A noter que deux conseillers nationaux exercent en Guadeloupe (CH Montéran) :

- Michel EYNAUD (réélu)
- Michel DAVID en charge du dossier spécifique « Psychiatrie en milieu pénitentiaire »

Le président du SPH est Jean-Claude PENOCHET; la secrétaire générale est Isabelle MONTET et le trésorier : Marc BETREMIEUX.

SITES INTERNET ET LETTRES D'INFORMATION

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

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

ARPEM 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://arpelem-champ-penal.blogspot.com>.

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

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

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

Ban public : www.prison.eu.org

Bibliothèque Philippe Zoummeroff : www.collection-privee.org

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

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

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

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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

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

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

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

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

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

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

La documentation française : www.ladocumentationfrancaise.fr

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

Logos : www.logos66.com

Observatoire International des prisons : www.oip.org

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

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

Les sites
recommandés
par Kamo

AGENDA

Le groupe multiprofessionnel des prisons se réunit régulièrement le premier mardi de chaque mois de 19 h à 22 h 30 pour réfléchir et échanger sur la situation carcérale. Lieu de réunion : Maison des sciences de l'homme, 52-54 Bd Raspail, 75006 Paris. Renseignements : Antoine Lazarus, GMP, 18, rue de la Poste, 94250 Gentilly. Tél. : 01 48 38 76 84 - lazarus@smbh.univ-paris13.fr. Mardi 3 mars 2009, Mardi 7 avril 2009, Mardi 5 mai 2009, Mardi 2 juin 2009, Mardi 7 juillet 2009, Août relâche, Mardi 1 septembre 2009, Mardi 6 octobre 2009, Mardi 3 novembre 2009, Mardi 1 décembre 2009.

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

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

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

La psychologie d'expertise. Enseignement spécifique sur la psychologie d'expertise s'intégrant dans le DU de réparation juridique du dommage corporel de la Faculté de médecine Paris-Descartes. Renseignements : Compagnie des Experts Psychologues près les Cours d'appel de la Région Parisienne : cepcarp@teaser.fr.

La place du médecin coordonnateur dans le réseau Santé – Justice », Formation régionale ARTAAS, Collioure. Jeudi 29 janvier 2009 dans la région Sud - Midi-Pyrénées - Languedoc. Coordination de la formation par Nathalie Lescure. Contact :, référent régional et secrétaire aux régions de l'ARTAAS olivier.vanderstukken@yahoo.fr

Criminologie : formation et recherche. Sortir de l'exception française ? Paris, mardi 3 février 2009, CNRS, Campus Gérard Mégie, 3 rue Michel Ange, Paris 16^{ème}, Auditorium Marie Curie. Renseignements : pierre-victor.tournier@wanadoo.fr

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.

Loi de protection des majeurs. Formation organisée par l'Ecole Nationale de la Magistrature à Paris sous deux sessions le 26, 27, 28 janvier 2009 et le 3, 4 et 5 juin 2009. 15 places sont ouvertes à des Psychiatres. Renseignements auprès de Thierry.Fossier@justice.fr. Cette formation d'excellent niveau est recommandée par Carol Jonas.

Justice et espaces publics en Occident de l'Antiquité à nos jours. Colloque le 7 et 8 mai 2009 à Montréal. Date limite pour soumettre une proposition : 15 septembre 2008. Renseignements : <http://colloquejustice2009.cieq.ca>.

Cinquième Congrès International Francophone sur l'Agression sexuelle (CIFAS). Université du Québec, Montréal, 11, 12 et 13 mai 2009. Le congrès international francophone sur l'agression sexuelle est un événement qui a lieu aux deux ans, alternativement au Canada et en Europe. Instauré en 2001, ce congrès résulte de la volonté de rassembler régulièrement des chercheurs et des intervenants de la communauté scientifique internationale francophone œuvrant dans le domaine de l'agression sexuelle face à cette problématique qui nous préoccupe tous et désirant avant tout trouver des solutions qui permettront de réduire le nombre de victimes. 5 thèmes : Thème 1 - Questions et modèles théoriques ; Thème 2 – Recherches ; Thème 3 - Pratiques cliniques ; Thème 4 - Victimes et agresseurs sexuels, vulnérabilités et besoins particuliers ; Thème 5 - Diversités sociales, culturelles et géographiques.

Renseignements : Secrétariat du congrès : cifas@ssss.gouv.qc.ca. Institut Philippe-Pinel de Montréal. Danielle Marois - Téléphone : 514-648-8461 poste 558 - Télécopieur : 514-881-3706 et Martine Côté - Téléphone : 514-328-7800 poste 231. Date limite de proposition de communication : 22 octobre 2008.

Aux risques de l'expert... Les malades mentaux irresponsables. Montpellier - Le Corum - Amphithéâtre EINSTEIN - Vendredi 15 mai 2009. Association Nationale Des Psychiatres Hospitaliers Experts Judiciaires. Renseignements : Dr JC Pénochet : 04 67 33 99 02.

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



Ancienne maison d'arrêt de Pointe-à-Pitre (démolie) - Guadeloupe

LES RENDEZ-VOUS LEGISLATIFS IMPORTANTS

La loi HPST au Sénat le 11, 12, 13, 14, 15, 19 et 20 mai 2009

La loi pénitentiaire à l'Assemblée nationale

Proposition de loi visant à identifier, prévenir, détecter et lutter contre l'inceste sur les mineurs et améliorer l'accompagnement médical et social des victimes en discussion le mardi 28 avril à l'Assemblée nationale (dossier sur le site AN)

*Retrouvez Socapsyleg
sur le net :
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

Retrouvez Socapsyleg
sur le net :
Socapsyleg.blog.lemonde.fr

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

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

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

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

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

