

Kamo de Socapsyleg

Société Caraïbienne de Psychiatrie et de Psychologie Légales

Socapsyleg

socapsyleg@orange.fr



N° 6-2008

SOMMAIRE

1. Sommaire	1
2. Editorial : Communiqué de Socapsyleg à l'occasion de la commission Couty	2
3. A propos de la prédictivité	4
4. La place de la psychiatrie en prison	6
5. Journée de Travail ASPMP – 21 octobre 2008	10
6. Programme Hospitalier de Recherche Clinique en Guadeloupe	12
7. Début des travaux de la 1 ^{ère} UHSA	16
8. Centre Hospitalier de Montéran/Socapsyleg et bourse Zoummeroff	19
9. Il y a 100 ans dans les Archives d'Anthropologie Criminelle	19
10. Circulaire du 29/08/2008 relative au Contrôleur général des lieux privatifs de liberté	20
11. Cérémonie d'installation du directeur de la maison d'arrêt de Basse-Terre	21
12. Le Pôle de Psychiatrie Légale de Guadeloupe recrute	22
13. Le SMPR de Marseille recrute	29
14. Notes de lecture et documentation	29
15. Agenda	33
16. Sites internet et lettres d'information	35
17. Où trouver les anciens numéros de Kamo ?	36
18. Equipe rédactionnelle	36

EDITORIAL

Les soins aux personnes sous main de justice La commission Couty

La commission Couty a été installée lundi 7 juillet afin de réfléchir sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale.

Socapsyleg a publié un communiqué fin juillet pour que ne soit pas oubliée la psychiatrie en milieu pénitentiaire qui tout en représentant une faible composante numérique en termes de personnels et de patients suivis (les presque 70 000 personnes incarcérées ne représentent tout juste qu'un secteur de psychiatrie) est une des modalités d'exercice qu'il convient de ne pas négliger.

L'éditorial de ce numéro de Kamo reproduit ce communiqué.

COMMUNIQUE DE SOCAPSYLEG) sur les soins psychiatriques aux personnes sous main de justice à l'occasion de la commission Couty

Les soins psychiatriques aux personnes sous main de justice, qu'elles soient incarcérées ou non, font l'objet de prescriptions législatives récentes, notamment dans la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs et dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Cette préoccupation du législateur s'appuierait sur une supposée volonté citoyenne avide d'assurances sécuritaires et particulièrement relayée par les médias.

Le souci de sécurité, l'exigence d'abaisser le nombre d'actes délictueux violents et de voir diminuer la récidive sur les atteintes aux personnes sont des objectifs légitimes dans toute collectivité humaine. Toutefois, ces démarches doivent s'inscrire dans une perspective rationnelle. Elles ne devraient pas être de simples effets d'annonce qui ne peuvent que nuire à tous et décevoir à terme du fait d'un décalage possible entre les moyens engagés (ou supposés engagés) et les résultats obtenus.

Notre organisation sociale porte actuellement une attention toute particulière à la qualité de l'information donnée au citoyen et à l'évaluation des pratiques professionnelles. Les médecins et les soignants dans leur ensemble connaissent bien ces évolutions. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et l'obligation d'information qu'elle a affirmée en est une illustration notable. Les évaluations des pratiques soignantes et de l'organisation hospitalière se sont imposées au travers des accréditations d'abord puis maintenant des certifications des hôpitaux. Les conférences de consensus et autres auditions publiques organisées conjointement par la Haute Autorité de santé, les sociétés scientifiques et des professionnels concernés et reconnus permettent de faire le point sur les connaissances actuelles et de préciser le cas échéant les démarches thérapeutiques.

Il ne faudrait pas que cette rationalité ne soit qu'apparente et que les conclusions de ces travaux soient négligées en regard d'autres considérations. L'information et l'évaluation ne deviendraient ainsi que des apparences d'un supposé « bien faire ». Ce risque est grand en ce qui concerne les personnes sous main de justice. De nombreux auteurs spécialisés décrivent l'envahissement de notre société par un sentiment d'insécurité plus que par une réelle insécurité.

Considérer que tout délinquant est un malade mental susceptible de soins, devient abusif. Considérer également que des soins psychiatriques systématiques, uniformément appliqués sur le territoire français, doivent être des préalables obligatoires aux aménagements de peine devient non seulement aberrant mais s'avère complètement inapplicable.

Il conviendrait avant de légiférer de réellement se poser la question du soin psychiatrique en

prison, de ses limites, de ses possibilités et de son articulation avec le milieu ouvert. Le soin psychiatrique en général est un acte complexe, aléatoire dans ses résultats, bien que répondant à des pratiques souvent codifiées. Le soin psychiatrique en prison devient encore plus complexe, soumis au fonctionnement spécifique et bien compréhensible du monde carcéral. Il faut en tenir compte. Ne pas le faire et décréter par la loi qu'il existe des thérapies pour lutter contre la récidive sont des démarches non responsables et peu rationnelles. Les équipes de psychiatrie, peu nombreuses mais très spécialisées, engagées depuis des années et quotidiennement auprès des personnes détenues, connaissent ces contraintes. La société dans son ensemble préfère ne pas les voir, tout en continuant à espérer une transformation magique et positive de la prison et des délinquants.

Une évaluation précise des soins psychiatriques (mais aussi somatiques) aux personnes sous main de justice, en prison et à l'extérieur de la prison (le dispositif de l'injonction de soin avec ses différents acteurs : juges d'application des peines/conseillers d'insertion et de probation/médecins coordonnateurs/thérapeutes), du possible et de l'impossible, et des conséquences financières qu'ils impliquent, est une démarche qui doit trouver sa place dans le cadre de la commission Couty ainsi que dans le débat à venir sur la loi pénitentiaire.

Le 25 Juillet 2008
Michel DAVID



**Maison d'arrêt de Basse-Terre
Les enchainés**

A PROPOS DE LA PREDICTIVITE Autour de la loi de rétention de sûreté (suite et non fin)

« Quand les hommes supérieurs se trompent, ils sont supérieurs en cela comme en tout le reste. Ils voient plus faux que les petits ou les médiocres esprits »

Jules Barbey d'Aurevilly

Le mouvement contre la rétention de sûreté a eu recours au film de S. Spielberg, *Minority Report*, pour appuyer son action. Ce film d'anticipation (pas si lointain, il se déroule en 2054) colle assez bien à la réalité actuelle. Notre société a réussi à prendre de l'avance sur l'anticipation et réussit même le tour de force de la condamnation et de l'incarcération pré-criminelle sans avoir besoin de recourir à la sophistication de la science-fiction. Les psychiatres bien ordinaires contemporains sans avoir besoin de flotter dans un pseudo liquide amniotique sauront avoir l'efficacité des Pré-cop spielbergiens.

Pourtant la réserve de certains psychiatres quant à la prédictivité n'est pas qu'actuelle et circonstancielle. Je gardais ainsi en mémoire le passage d'un livre de Viktor E. FRANKL que je ne pouvais consulter en Guadeloupe car resté dans ma bibliothèque normande. Aussi ai-je profité de congés studieux avec le plaisir de se replonger dans ces anciens livres (une autre forme d'atmosphère amniotique...). J'ai été surpris en retrouvant le livre de V. Frankl car, selon mon habitude, j'avais annoté sur les pages blanches terminales quelques passages qui m'avaient marqué. Trois passages seulement étaient notés dont celui que je recherchais, intitulé : « *La prédictivité et le psy meurtrier de Steinhof* ». Etrange cette préoccupation qui doit remonter à 10/15 ans pour un problème qui n'avait pas encore l'acuité actuelle.

Viktor E. Frankl est un psychiatre peu connu en France, bien que son œuvre ait été largement diffusé dans d'autres pays d'Europe et aux USA. Il fait partie de ces psychiatres, qui comme B. Bettelheim, ont connu l'expérience des camps nazis. Il a développé une technique thérapeutique et une théorisation dénommée « Logothérapie ». Son école est parfois dénommée la troisième école viennoise de psychothérapie (à côté de celle de Freud et Adler).

Je vous livre donc le passage en question de son ouvrage « *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie* » (Editions de l'Homme, 1993 – 1^{ère} édition au Québec en 1988).

« On a souvent blâmé la psychanalyse pour son soi-disant pansexualisme. Je doute, pour ma part, que ce reproche ait jamais été justifié. Toutefois, il existe à mon avis une théorie encore plus erronée et plus dangereuse, que j'appelle « pan-déterminisme ». J'entends par là une vision de l'être humain qui nie son aptitude à prendre position à l'égard des conditions auxquelles il est soumis, quelles qu'elles soient. L'être humain n'est pas complètement conditionné; il a le choix d'accepter les conditions qui l'entourent ou de s'y opposer. En d'autres mots, il ne fait pas qu'exister, mais il façonne lui-même sa vie à chaque moment.

Ainsi, chaque être humain possède la liberté de changer à chaque instant. C'est pourquoi on ne peut prédire son avenir que dans le cadre d'un sondage se rapportant à un groupe entier; sa personnalité, elle, reste essentiellement imprévisible. Toutes prédictions devraient être fondées sur les conditions biologiques, psychologiques et sociologiques qui l'entourent. Or, une des principales caractéristiques de l'être humain est sa capacité de s'élever au-dessus de ces conditions. Il est capable, dans la mesure du possible, de changer le monde d'une manière positive et de s'améliorer si nécessaire.

Je voudrais vous raconter l'histoire du Dr J., le seul homme dont j'oserais dire qu'il était un être méphistophélique. A l'époque de la Deuxième Guerre mondiale, on l'appelait le « meurtrier fou de Steinhof » (il était médecin dans ce grand hôpital psychiatrique de Vienne). Lorsque les nazis mi-

rent sur pied leur programme d'euthanasie, c'était lui qui tirait les ficelles et il était si fanatique qu'il envoya presque tous les psychotiques à la chambre à gaz. De retour à Vienne après la guerre, je m'enquis du sort du Dr J. et j'appris qu'il avait été emprisonné dans une cellule d'isolement à Steinhof. Mais un matin, il s'était enfui et on ne l'avait jamais revu. Plus tard, j'acquis la conviction qu'à l'instar de bien d'autres prisonniers, il avait gagné l'Amérique du Sud avec l'aide de ses complices. Or, un ancien diplomate autrichien qui avait été emprisonné derrière le rideau de fer pendant de nombreuses années, d'abord en Sibérie, puis dans la fameuse prison Lubianka à Moscou, vint me consulter dernièrement. Pendant que je l'examinais, il me demanda soudain si je connaissais le Dr J. J'acquiesçai, et il poursuivit: «Je l'ai connu à Lubianka où il est mort d'un cancer de la vessie à l'âge de quarante ans. Avant sa mort, c'était le meilleur des compagnons. Il consolait tout le monde et sa conduite était irréprochable. Il a été mon meilleur ami durant mes longues années d'incarcération.»

Voilà l'histoire du Dr J., le «meurtrier fou de Steinhof».

Comment oserions-nous prédire le comportement de l'homme? On peut prévoir les mouvements d'une machine, d'un robot; on peut même essayer de prédire les mécanismes ou les «dynamismes» de la psyché humaine; mais l'être humain est bien plus que sa psyché.

Cependant, la liberté n'est pas tout. Elle ne représente en fait que l'aspect négatif d'un phénomène global dont l'aspect positif est la responsabilité. En outre, elle risque de devenir arbitraire si elle n'est pas exercée avec responsabilité. Voilà pourquoi je propose que soit érigée, sur la cote ouest des Etats-Unis, une statue de la Responsabilité qui fera pendant à la statue de la Liberté de la cote est.....

... L'être humain n'est pas un objet ; les objets sont déterminés les uns par les autres, mais l'être humain, lui, choisit son destin. Dans les limites de ses dons naturels et de son environnement, il est responsable de ce qu'il devient. Ainsi, dans les camps de concentration, véritables laboratoires et terrains d'observation, nous avons vu des hommes se comporter comme des porcs et d'autres comme des saints. L'être humain possède en lui deux potentiels. C'est lui qui décide lequel il veut actualiser, indépendamment des conditions qui l'entourent ». (Souligné par le rédacteur).

On remarquera également l'élégance et la discrétion de l'auteur qui ne nomme pas le « meurtrier fou de Steinhof ». Nous sommes bien loin de cette exigence de confidentialité à l'époque du fichage¹ généralisé, de la tenace volonté tyrannique et totalitaire de tout savoir des soins prodigués à tel ou tel, de partage de dossiers (médicaux et pénitentiaires par ex.) et du désir obstiné d'abolir ce si dérangent secret professionnel. MD.

¹ Edvige entre autre notamment.

LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE EN PRISON

Libre réflexion autour d'un drame récent

A la suite du meurtre d'une personne détenue par son co-détenu à la maison d'arrêt de Rouen, la garde des sceaux aurait « *encouragé les directeurs à prendre le cas échéant l'avis d'un médecin extérieur, voire du préfet, qui peut prononcer une hospitalisation d'office* » (Le Point.fr du 19/09/2008).

Cette prise de position a été à l'origine d'un débat sur internet entre professionnels de la psychiatrie exerçant ou ayant exercé en milieu pénitentiaire.

Pour les lecteurs qui n'auraient pas en tête toutes les données de l'hospitalisation en psychiatrie des détenus, rappelons quelques principes simples. Les personnes détenues bénéficient de soins psychiatriques librement consentis. Si elles présentent des troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (article L. 3123-1 du code de la santé publique), elles ne peuvent être maintenues dans un établissement pénitentiaire (article D 398 du code de procédure pénale).

Le citoyen non détenu peut bénéficier de soins psychiatriques en milieu hospitalier de trois manières : par une hospitalisation librement consentie (HL) ou par une hospitalisation contrainte, soit sur demande d'un tiers (HDT), soit en hospitalisation d'office (HO). L'hospitalisation d'office nécessite un certificat médical circonstancié (d'un médecin n'exerçant pas dans l'hôpital d'accueil) et un arrêté préfectoral.

La personne détenue, actuellement, ne peut être hospitalisée que sous le régime de l'hospitalisation d'office. Afin d'aligner les droits aux soins psychiatriques hospitaliers des personnes détenues, le principe des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) est entré dans la loi en 2002. Les UHSA, implantées dans des hôpitaux, sécurisées par l'Administration pénitentiaire, permettront d'accueillir les détenus en hospitalisation libre, sur demande d'un tiers et en hospitalisation d'office. Les premières UHSA sont en construction² mais aucune n'est actuellement encore opérationnelle. La création des UHSA répond à la fois à la nécessité de permettre un égal accès aux soins des détenus par rapport à la population générale, mais elle est aussi consécutive à la réticence croissante des services de psychiatrie à accueillir des détenus (le premier argument est l'hypocrite affichage officiel pour faire oublier la réalité du second). L'hospitalisation en psychiatrie des détenus est donc réalisée à la demande des psychiatres ou des médecins généralistes exerçant en milieu pénitentiaire.

Dans le cas présent, la ministre de la justice semble vouloir dire que si les médecins de l'établissement ne demandent pas une hospitalisation et que le directeur de la prison considère qu'elle serait justifiée, il pourrait faire appel à un médecin extérieur à l'établissement pénitentiaire, mais ne dépendant pas de l'établissement hospitalier d'accueil.

Outre l'appel éventuel à un médecin extérieur pour signer le certificat d'HO, la ministre de la justice met en place une procédure pour gérer les détenus aux comportements à risque en sommant UCSA et SMPR d'assister aux commissions, d'y donner leur avis qui serait consigné par écrit (cf. ci-dessous, l'instruction de la Garde des Sceaux du 17 septembre 2008).

Le SMPR de Guadeloupe qui a suspendu sa participation aux réunions pluridisciplinaires suite à l'annonce d'un possible partage des dossiers pénitentiaires et médicaux envisageait (mais avec réticence car la confiance n'était pas revenue) de participer à ces réunions puisque ces problématiques incestuelles semblaient avoir été écartées et que le projet de loi pénitentiaire n'évoquait pas ce partenariat pervers. Voilà donc confirmation au non retour de la confiance. Nous poursuivons donc la suspension de notre participation aux réunions tout en continuant à avoir un échange ciblé en fonction des situations dans le respect de la déontologie médicale, des droits du patient et de l'intérêt collectif. Ce fonctionnement est d'ailleurs très efficace et évite que nous perdions notre temps (alors qu'il nous en manque constamment) dans le paraître de

² Voir ci-après le communiqué de l'APM

réunions qui satisfont essentiellement les statistiques de l'administration et cherchent à réduire les services de soins, UCSA et SMPR, à des prestataires de service pour l'AP.

Paris le 17 septembre 2008

Instruction aux directeurs interrégionaux des services pénitentiaires et aux chefs d'établissement pénitentiaire

Je rappelle à l'ensemble des chefs d'établissement pénitentiaire que la décision d'affectation des détenus en cellule relève de leur compétence exclusive.

Des agressions très graves ont été récemment commises par des détenus considérés comme instables ou dangereux, c'est-à-dire présentant un «comportement à risque» à l'égard d'agents du service public (prises d'otage) ou de codétenus (meurtres).

Nos dispositifs internes ne prennent pas suffisamment en compte cette catégorie de détenus. Les régimes de détention n'ont pas été assez différenciés, ce qui a conduit à une fragilisation de l'ensemble de nos structures.

Dorénavant la dangerosité doit être un élément fondamental de l'individualisation du régime de détention. La présente instruction définit les nouvelles modalités d'affectation en cellule des détenus dangereux pour eux-mêmes et pour autrui, ainsi que le régime de surveillance dont ils doivent faire l'objet.

1 - La décision d'affectation

La décision d'affectation au sein de l'établissement pénitentiaire, dans un quartier particulier ou dans une cellule déterminée, relève de la seule compétence du chef d'établissement.

Cette compétence n'est pas partagée. Elle demeure même en cas de contre indication médicale. Elle n'exclut pas que le responsable pénitentiaire s'entoure de toutes les informations et avis qu'il juge utiles à sa décision.

2 - Les demandes de changement de cellule

Désormais, dès qu'une personne détenue exprime le souhait de changer de cellule, cette demande, qu'elle soit formalisée par un écrit ou non, doit être prise en compte dans les plus brefs délais.

3 - Les cas de détenus présentant des risques particuliers

La présence, de plus en plus fréquente dans les détentions, de détenus présentant un «comportement à risque» laissant craindre des actes de violences tant pour eux-mêmes que pour les codétenus oblige à créer un nouveau dispositif.

Lorsque la classification «comportement à risque» résulte des avis présents dans le dossier de ces détenus, ou recueillis par vos soins, il vous appartient de saisir d'urgence la commission pluridisciplinaire.

Les avis issus de cette commission doivent être désormais formalisés et motivés de manière nominative.

En cas d'avis contradictoires ou d'avis contraires à votre opinion fondée sur les constatations effectuées dans la détention, il vous appartient en dernier recours de prendre la décision d'affectation. Il en est de même en cas d'avis signalant un risque suicidaire mais présentant, dans sa mise en œuvre, un risque pour autrui.

4 - La surveillance des détenus présentant un «comportement à risque»

Qualifiées usuellement de mesures de surveillance spéciale, ces mesures qui comportent notamment l'organisation de rondes plus fréquentes et une observation personnalisée de jour et de nuit varient d'un établissement à l'autre puisqu'il n'existe pas de référentiel national.

Désormais, vous appliquerez les mesures suivantes:

- porter tous les soirs à la connaissance des personnels rondiers la liste mise à jour au quotidien des détenus présentant un comportement à risque;
- effectuer une ronde œillette au moins toutes les deux heures pour les détenus placés sous surveillance spéciale;
- surveiller particulièrement l'accès aux douches, à la promenade et aux activités; exercer une vigilance particulière du détenu placé sous surveillance spéciale lorsqu'il est en contact avec des personnels non pénitentiaires (santé, éducation nationale, travail), des intervenants ou d'autres détenus.

Rachida DATI

A cette proposition, les réactions des professionnels sont diversifiées.

Certains se sentent atteints dans leur narcissisme professionnel et ne supportent pas la redoutable castration opérée par la ministre qui leur dénierait toute compétence professionnelle en suggérant un avis extérieur.

D'autres trouvent la suggestion intéressante en considérant, en bons psychanalystes qu'ils sont, qu'un avis tiers ne serait pas inintéressant, d'autant plus que les psychiatres exerçant en prison pourraient progressivement être contaminés par l'atmosphère aliénante de l'institution « totale » que sont les prisons. Ils n'ont pas tort. A force de côtoyer, d'« ushaïesques » situations, tout médecin même vigilant sur l'éthique peut voir son discernement s'altérer (au sens de l'article 122-1 al. 2 du code pénal...).

D'autres encore notamment parmi les plus farouches opposants aux UHSA, qui y voient la création d'une filière ségrégative, encore récemment confirmée par les centres de rétention de sûreté, pensent que le problème ne se situe pas autour de l'identité du signataire du certificat mais autour du fait que les hôpitaux psychiatriques refusent d'accueillir les détenus en ne voulant pas créer des unités spécialisées non spécialement dédiées aux détenus. De telles unités bien pensées sur le plan architectural, renforcées en ratio de personnels, permettraient d'accueillir dignement et dans une atmosphère réellement thérapeutique des patients souffrant de troubles mentaux nécessitant des soins intensifs. Il faut en effet, redire ici, pour les lecteurs peu informés des détails, que les détenus hospitalisés sont plus souvent confinés dans des chambres d'isolement avec un régime de réclusion pire qu'en prison. D'où leur demande rapide, une fois les troubles aigus amendés, de revenir rapidement en prison, ce que s'empressent de faire les secteurs, inquiets d'avoir de telles personnalités dans leur murs.

Et puis il y a aussi les psychiatres, qui après bien souvent une « longue peine de prison » ont réussi à s'en évader et ne sont pas en état de récidive légale (ce qui n'est pas mon cas, ayant récidivé après 5 ans de sursis avec mise à l'épreuve). Ils préconisent une « Grande évasion ». Que tous rejoignent les secteurs de psychiatrie générale avec le mot d'ordre suivant : « Quittez la prison avant qu'elle ne vous enferme dans des pratiques que vous ne pouvez plus tenir ! » et recevez les détenus dans les services. Idée qui me séduit, considérant que l'abolition du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire serait un progrès après avoir fait l'erreur de créer un secteur ghetto en totale opposition avec la philosophie globale du secteur. Toutefois n'oublions pas que la « Grande évasion » se termine plutôt dramatiquement pour la majorité des évadés, écrasés par un système totalitaire, bien que certains sans relâche continueront à s'évader à nouveau...

*

**

Toutes ces remarques ont leur pertinence (et leur part de vérité : cf. in fine). Elles illustrent le désarroi de notre société pour traiter de problèmes complexes, notamment par les politiques (passons sur les imbroglios très pratiques et concrets qui se poseraient dans l'organisation d'HO à partir d'un médecin extérieur, mais les grandes déclarations ministérielles font fi du détail). Les psychiatres sont appelés de manière excessive, voire de manière « illégitime » pour donner leur avis sur des situations où ils ne sont pas compétents et dans des domaines d'importance (la rétention de sûreté par exemple). Certains l'acceptent car cela les flattent, devenant ainsi les « garants du discours ambiant » pour reprendre une expression de Thierry Trémine (cf. ci-dessous notes de lecture Information Psychiatrique).

Dans la proposition de Rachida Dati de faire appel à des psychiatres extérieurs, on peut avoir des lectures différenciées. Les relations entre les SMPR et la pénitentiaire sont variables selon les établissements. L'histoire des institutions, les personnalités de leurs dirigeants, l'état des infrastructures jouent dans la qualité des relations entre les protagonistes. Bonnes par endroit, exécrables ailleurs, tout est possible entre ces professionnels aux missions très différentes. Une

lecture un tantinet paranoïaque du souhait d'entrevoir la possibilité de demander un avis médical externe à la prison indique un manque de confiance certain entre les partenaires pénitentiaire et médicaux. La situation n'est pas nouvelle. Rappelons-nous récemment, suite à l'affaire Evrard que la méfiance envers les services soignants de la prison avait conduit à envisager un partage de dossiers médicaux et pénitentiaires. Cette proposition impulsive, comme bien souvent, a dû paraître après un minimum de réflexion impossible, à moins de renoncer au concept du secret médical (pourquoi pas après tout, pensent de nombreuses de personnes, dans cette société de transparence et de fichage³). Toutefois, les psychiatres de milieu pénitentiaire résistent à donner des informations sur de nombreux sujets, notamment sur le détail de leurs prises en charge auprès des JAP. Ils avancent toutes sortes d'arguments pour exposer la limite des soins en prisons, notamment envers les auteurs de violences sexuelles puis non sexuelles, bientôt pour tous les méchants. Ils ne sont donc pas fiables ces résistants. Allons donc nous renseigner ailleurs.

Une lecture « résiliente », optimiste des propos de la ministre irait dans le sens du mouvement révolutionnaire énoncé (et annoncé) par certains d'externaliser les soins en milieu pénitentiaire. Permettre un regard extérieur, corrélativement au travail du contrôleur des lieux privés de liberté, serait peut-être l'indice qu'il faut ouvrir le devenir des délinquants et des criminels sur l'extérieur. Double avantage : pour les détenus de se voir considérer par un médecin qui n'est pas (selon eux souvent) à la solde de la pénitentiaire ; et pour la société, car une brèche dans un système clos s'ouvre et permet à la société civile d'y jeter un œil. La ministre de la justice serait-elle à l'origine d'un mouvement d'ouverture qui après avoir créé les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire puis les UHSA et enfin les centres de rétention de sûreté en vient à amorcer un mouvement inverse. J'en doute évidemment mais j'aspire à le croire. Il est redoutable que la psychiatrie de secteur se désengage complètement des soins aux détenus ; si elle le faisait, ce serait une redoutable régression. Donc, madame la ministre, continuez, vous êtes sur le bon chemin !

En fait, ne trouvant plus de solutions dans la prison pour traiter d'impossibles situations, qui ne pourront être que de plus en plus fréquentes si la population pénale continue à croître et si l'organisation du temps privé de liberté continue à être aussi mal gérée (l'abolition des prisons n'étant pas pour demain, il faut s'atteler à une organisation des conditions de l'incarcération qui soit autrement qu'une neutralisation des individus). Les politiques, s'imaginant pouvoir tout gérer, s'ingénient à inventer de fausses solutions. La plupart des psychiatres ont compris depuis belle lurette qu'on ne mourait pas de castration et qu'on ne pouvait tout contrôler. Cela reste difficile à accepter pour l'homo politicus.

Le principe de réalité, pris dans sa dimension économique, finira peut-être par résoudre certains problèmes. La faillite de l'Etat, annoncée il y a quelques mois par le Premier ministre, l'impossibilité de réduire le déficit budgétaire, l'inévitable récession, la baisse du pouvoir d'achat et le prix du pétrole, seront peut-être ce qui permettra d'arrêter les coûteux projets d'UHSA. Il faudra alors faire œuvre d'originalité, en utilisant au mieux les moyens importants dont nous disposons. Dommage que ce ne soit pas l'intelligence humaine qui décide mais les gros sous.

Dans l'immédiat, continuons à affirmer nos valeurs et laissons les politiques s'emmêler les pinceaux.... A moins d'une Grande évasion collective, ce qui soit dit en passant est souvent évoquée parmi les psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire, il y a fort à parier que nous continuerons à tenir longuement la barre alors que les ministres et leurs déclarations surprenantes passeront....

Dans notre débat interne actuel, un collègue qui vient de réussir récemment une spectaculaire évasion, nous dit : « Il sera difficile d'en sortir (de l'exercice psychiatrique en milieu pénitentiaire), parce que c'est un lieu où s'aiguise pour un psychiatre son rapport à la vérité ». Merci à toi pour cette interpellation. A méditer !

³ Re Edvige

Le 2 et 3 octobre, lors du 7^{ème} Congrès des UCSA « La santé en prison » à Grenoble, ces problématiques ont été largement débattues et Kamo en rendra certainement compte dans un prochain numéro.

Mais au fait, où s'aiguise le rapport à la vérité du politique ?

Lacan ne disait-il pas : « Je dis toujours la vérité, mais les mots y manquent » et encore : « Il faut mi-dire la vérité » ? MD.



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

**JOURNEE DE TRAVAIL « Echanges de bonnes pratiques »
Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire
21 octobre 2008**

CH Ste Anne Amphithéâtre Morel – Métro Glacière - De 10h à 17h - Déjeuner libre

Contexte

Les Journées Nationales SPMP-UMD organisées par le SMPR de Bois d'Arcy qui devaient se tenir à l'Espace St Martin à Paris les 19 et 20 novembre, ne pourront avoir lieu.

Après discussion au sein du Bureau élargi et examen des alternatives possibles, il a été décidé l'organisation à Paris d'une journée de travail le 21 octobre et d'une AG courant décembre (date probable le 11 décembre).

Les prochaines Journées Nationales seront organisées par le SMPR de Strasbourg et se tiendront à Strasbourg en octobre 2009.

A noter que les Journées Nationales organisées par l'ARTAAS à Niort les 20 et 21 novembre et le colloque organisé par le CRIR AVS de Lille sur la thématique Défense sociale les 13 et 14 novembre à Lille, seront de bonnes occasions de se réunir et d'échanger.

La journée du 21 octobre se veut de réflexion et de confrontation des pratiques.

4 temps et thèmes d'échanges.

- 1) Burn out des professionnels de santé mentale exerçant en milieu pénitentiaire ?
- 2) Conditions actuelles d'exercice et positionnement soignant vis-à-vis (non exhaustif) :
 - du secret professionnel médical et du partage d'informations
 - des avis et certificats médicaux
 - des comportements à risque auto ou hétéroagressif
 - de la démarche thérapeutique et de la position expertale
 - de l'impact de la surpopulation pénale en MA
 - de l'impact des dernières instructions ministérielles aux directeurs de prison (discours R Dati du 23 septembre)
 - des groupes de prévention de la récidive organisés par les CIP
 - des locaux sanitaires mis à disposition
 - de la représentativité des dispositifs de soins psychiatriques au sein de la prison et de l'hôpital de rattachement (nouvelle gouvernance)
- 3) Positions conjointes ASPMP APSEP CSIP SMEP relatives à la situation de la MA de Rouen, prises au congrès des UCSA de Grenoble début octobre
- 4) Point UHSA ; point CRIR AVS ; questions diverses

Merci de confirmer votre participation par mail ; Contact : Catherine PAULET cathe-rine.paulet@free.fr tél 06 22 30 34 66

PROGRAMME HOSPITALIER DE RECHERCHE CLINIQUE (PHRC) EN GUADELOUPE

Dans Kamo n°4, nous signalions que l'appel à projet national 2008 du PHRC intitulé « Caractérisation des profils psychopathologiques et de personnalité des personnes condamnées pour infractions sexuelles en Guadeloupe » déposé par le Pôle de Psychiatrie Légale du centre hospitalier de Montéran avec l'appui méthodologique de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) du CHU de Pointe-à-Pitre n'avait pas été retenu.

Après quelques difficultés et une persévérance dans l'action, nous avons pu obtenir début juillet l'évaluation du rapporteur.

Le projet s'était construit essentiellement sur une recommandation de la conférence de consensus de 2001 consacrée à la « *Psychopathologie et aux traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle* » qui faisait état du manque de connaissances psychologiques et psychopathologiques sur la population des auteurs de violence sexuelle.

Le résumé du protocole de recherche biomédicale est le suivant :

Le traitement des auteurs d'agression sexuelle (AAS) est un problème de santé publique qui a conduit le législateur à promulguer la loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. Cette loi instaure une peine complémentaire dite d'injonction de soins dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire. La conférence de consensus de 2001 retenait dans ses conclusions le faible degré de certitude sur les connaissances étiopathogéniques actuelles concernant les AAS et soulignait que cette population n'était réductible ni au seul champ psychiatrique, ni au seul champ criminologique, ni au seul champ social. Elle rappelait par ailleurs la nécessité de développer la prise en charge des AAS et de redonner à la clinique une initiative perdue au profit des pouvoirs publics et du législateur.

En Guadeloupe, au 1^{er} janvier 2006, 73 (19%) détenus étaient condamnés pour crimes ou délits sexuels. Le volet psychiatrie et santé mentale du SROS 3 inscrivait la recherche sur ce thème dans ses travaux.

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

Population : les sujets seront recrutés parmi les sujets majeurs de sexe masculin condamnés pour crime ou délit sexuel, ayant donné leur consentement et incarcérés au centre pénitentiaire de Baie-Mahault. Seront exclus de l'étude, les sujets condamnés mais non incarcérés (suivis en milieu ouvert).

Schéma d'étude : Il s'agira d'une étude transversale. Le nombre de sujets nécessaires pour cette étude a été estimé à 90 sur la base d'une prévalence attendue de 20% des incarcérations pour agressions sexuelles et d'une prévalence acceptable de 25%, (pour un risque α de 5% et puis-

sance statistique de 80%). L'étude sera menée sur une période de 30 mois répartie en périodes d'étude de 3 mois par groupe de 10 sujets.

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

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

Les PHRC sont évalués selon 4 critères :

1. Originalité
2. Méthodologie
3. Faisabilité
4. Utilité.

Chaque critère est noté de 1 à 3. Entre 4 et 6 points, le dossier est rejeté ; entre 7 et 9 points, le dossier est à discuter et entre 10 et 12 points, le dossier est à financer.

Notre PHRC a recueilli un total de 5 points se détaillant ainsi :

1. Originalité : 1
2. Méthodologie : 1
3. Faisabilité : 2
4. Utilité : 1

Notre grande crainte concernait la faisabilité car même avec les moyens demandés, nous aurions eu beaucoup de difficultés à mener ce projet qui se déroulait sur 2 ans et demi avec un planning extrêmement serré qui n'aurait permis aucun aléa (congé maladie d'investigateurs par exemple) et paradoxalement ce critère a reçu la meilleure note (ou la moins mauvaise !).

Quel est le détail de l'argumentation du rejet du dossier ?

1) La population paraît très hétérogène puisque « le critère d'inclusion est délit sexuel ».

La remarque est pour le moins intéressante. L'évaluateur considère que l'inclusion ne repose pas sur une pathologie mais sur une infraction. On est bien d'accord avec lui, mais pourquoi alors la justice (et le législateur) impose-t-il des soins quasiment systématiques aux condamnés à des infractions sexuelles et pourquoi y a-t-il une présomption de pathologie pour les mis en examen d'infractions sexuelles puisque la question de l'injonction de soin est alors systématiquement posée à l'expert ?

2) La revue de littérature est inexistante alors qu'il « existe déjà une littérature abondante ». Nous avons exposé les données de la littérature en considérant 5 étapes dans l'intérêt porté au sujet, en partant des travaux de Claude Balier tout en rappelant de nouveau que la conférence de consensus regrettait le manque de données épidémiologiques sur ces populations et que la recherche en matière de thérapeutique était à poursuivre. Nous avons également volontairement exclu la littérature anglo-saxonne ou même étrangère francophone car il s'agissait également de faire des propositions thérapeutiques en tenant compte du contexte sanitaire français. Il est intéressant de s'inspirer des travaux étrangers mais il est illusoire de vouloir transposer à l'identique des modèles étrangers comme le font souvent les politiques pour faire chic et faire passer les praticiens français pour ringards.

3) Aucune question scientifique n'est posée.

C'est assez vrai ou plutôt notre démarche est trop ouverte. Il s'agit d'abord d'étudier une population puis de proposer des traitements selon les données acquises de la science tout en tenant compte de la faisabilité locale. Sur ce point, l'évaluateur précise : « *Même si les auteurs parvenaient à définir un profil psychopathologique, l'utilité d'un tel travail n'est pas évidente dans la mesure où la thérapeutique ne peut être qu'adaptée à la problématique de chaque individu* ». On souscrit des deux mains et j'y reviendrai à la conclusion.

4) La méthodologie ne répond pas aux critères d'évaluation, notamment sur le plan psychométrique. Il nous est reproché de recourir à l'ancienne version du WAIS, alors que nous précisons bien utiliser la dernière édition. Quels doivent être les autres outils d'évaluation standardisés ? Il nous avait semblé que nous utilisions des outils très classiques et reconnus.

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

Nous avons pourtant utilisé en les adaptant les formulaires habituellement demandés et vu le contexte carcéral il semblait important d'informer au mieux les participants à la recherche. Malgré la loi du 4 mars 2002, l'information doit-elle toujours rester la plus elliptique possible ?

6) Le financement demandé est trop élevé, notamment en ce qui concerne la demande de financement d'un psychologue pour réaliser les tests. Selon l'évaluateur, tous les psychologues sachant faire les tests, y compris projectifs, le psychologue sur place doit pouvoir les faire passer. L'objection est facile. Certes tous les psychologues cliniciens ont des connaissances sur les tests projectifs, y compris la psychologue de notre service. Toutefois, il ne faut pas négliger le temps que prennent la passation et le surtout le dépouillement d'un Rorschach. En outre, même avec une formation polyvalente, ce n'est pas un hasard si certains instituts de psychologie développent des formations complémentaires en psychométrie projective (comme Paris V par exemple). Pour une étude comme la notre, il fallait un psychologue bien au fait de ces outils, rodés à la passation et au dépouillement et qui soit détaché de la démarche thérapeutique habituelle du SMPR et de sa vie institutionnelle. Enfin, il faut croire que les CHU ont beaucoup de

moyens pour projeter les mêmes possibilités dans un petit SMPR où la seule psychologue en poste (alors que les ratios nombre de détenus/ETP de psychologue donnés dans le guide méthodologique des soins aux détenus de 2005 évalue à 5 ETP le nombre de psychologues dont nous devrions disposer) ne peut répondre à l'afflux des demandes notamment pour entamer les thérapies pour limiter la récurrence (sur ce sujet spécifique, il existe aussi une littérature abondante... mais que nous avons omis de citer !).

7) Enfin la partie d'analyse épidémiologique ne mentionne aucun professionnel en-dehors d'un ingénieur à recruter. Justement que fallait-il de plus ?

Au total

L'équipe du SMPR qui a élaboré le projet était très ambivalente par rapport aux résultats. D'abord, nous savions d'emblée que nous nous engageons dans une aventure qui dépasse nos compétences courantes (nous sommes ni chercheurs ni hospitalo-universitaires). Nous ne savions comment nous aurions pu le mener au regard des activités quotidiennes (auxquelles nous n'arrivons pas à répondre déjà de manière satisfaisante). Aussi, nous aurions été certes « narcissiquement » flattés de voir ce travail accepté mais nous en craignons la mise en œuvre.

Parmi les motifs de rejet, on note essentiellement la critique de l'inclusion autour d'un délit et non d'une pathologie médicale. L'argument est congruent avec la logique médicale mais pas avec les logiques politiques.

Enfin, la thérapeutique ne peut être qu'adaptée à chaque individu si tant est que « les auteurs parvenaient à définir un profil psychopathologique ». Et oui ce n'est pas évident de trouver un profil psychopathologique pour chaque auteur d'infractions sexuelles, selon le rapporteur, bien qu'une présomption de troubles graves de la personnalité soit dorénavant posée depuis la loi de rétention de sûreté. Quant au traitement, bien entendu il ne peut reposer que sur une indication individuelle mais il peut néanmoins se décliner en grandes propositions thérapeutiques : thérapies individuelles ou de groupe, d'inspiration analytique, cognitivo-comportementale, systémique, de type guidance, chimiothérapies etc.

Notre étude a ses limites : assez ambitieuse, elle se cantonnait à une population d'un centre pénitentiaire avec des aspects culturels marqués. Il aurait fallu une étude multicentrique avec un pilotage hospitalo-universitaire. Nous n'avons pas eu le temps de lancer cette mobilisation quand nous avons pris connaissance de l'appel d'offre national du PHRC 2008. Il faudrait peut-être reprendre ce projet en y associant d'autres centres et en reprenant la méthodologie avec des psychiatres rompus à cet exercice.

A moins qu'« on » ne veuille pas de recherches sur les auteurs de violence sexuelle, comme sur les thérapies pour limiter la récurrence et laisser le politique décider des modalités de traitement qui n'existent pas. Faillite de la pensée médicale sur la pensée politique. Au moins, les critiques hospitalo-universitaires de notre PHRC ont le mérite de rappeler que la médecine se fait avant tout à partir de la médecine et non sur indication politique ou doxologique.

Enfin dernière remarque : le service préfère se mobiliser pour élaborer ce type de projet qui ne peut qu'améliorer les pratiques professionnelles plutôt que de se lancer dans les chronophages, bureaucratiques et politiquement correctes EPP. Puisqu'il faut se soumettre à cette technocratie, au moins pourrait-on considérer de tels programmes, reçus ou refusés, comme valant EPP.....MD.

DEBUT DES TRAVAUX DE LA PREMIERE UHSA

Les travaux de la première Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée débutent à Lyon. Dans le communiqué APM ci-dessous, vous en trouverez tous les détails. Il est aussi intéressant d'apprendre que le SMPR de Lyon va déménager dans de nouveaux locaux mais que l'administration centrale n'a pas associé les acteurs de terrain pour élaborer un projet architectural fonctionnel.

Comme à l'accoutumé, il faudra faire des réaménagements sans être probablement pour autant entièrement satisfait. On se demande ce qu'il faut faire, alors qu'on nous rebat les oreilles à propos des difficultés économiques, pour que l'on se décide un jour à élaborer des projets cohérents. D'un côté, on demande sans cesse aux acteurs de terrain d'évaluer leurs pratiques professionnelles (EPP), de se mettre en réseau, de communiquer entre eux et l'on doute que ceux qui le demandent en fassent de même pour eux. ...

J'espère que lors de la reconstruction de la maison d'arrêt de Basse-Terre, l'ARH (ou plutôt la future ARS) et les professionnels de santé seront associés à l'élaboration du projet. Il serait hautement regrettable de ne pas saisir cette occasion pour prévoir un service de soin réunissant de manière cohérente UCSA et SMPR avec des fonctionnalités communes, comme la gestion informatisée (et hautement confidentielle) des dossiers médicaux par exemple, une unique équipe commune, un cadre de santé commun, des staffs communs etc. La modernité devrait imposer la suppression du clivage en milieu pénitentiaire des services de soins somatiques et psychiatriques : nous donnons nos soins à la même population, sévissions dans les mêmes lieux et rencontrons les mêmes problèmes.

Autorités de contrôle, administrations centrales : Au lieu de nous faire perdre du temps avec des EPP technocratiques, mettez nous au travail autour de projets communs. Pas besoin d'audits cliniques ciblés ou de revues de pertinence ou de morbi-mortalité mais un pragmatisme pour résoudre des problèmes concrets qui ne pourra être que profitable aux patients et même rentable économiquement ! MD.

APM International

Lundi 29 septembre 2008 - 14:22

Début des travaux de l'UHSA au CH du Vinatier

BRON, 29 septembre 2008 (APM) - Les travaux de construction de l'unité hospitalière de psychiatrie spécialement aménagée (UHSA) de 60 lits destinée à accueillir des détenus en psychiatrie ont débuté au centre hospitalier du Vinatier de Bron (Rhône), a-t-on appris auprès de l'hôpital.

L'UHSA du Vinatier sera la première unité de ce genre à ouvrir, début 2010, dans le cadre de la première tranche d'un programme interministériel santé-justice de construction de 17 unités totalisant 705 lits d'ici 2011, rappelle-t-on (cf dépêche APM CCLGS003).

Le nouveau bâtiment sera construit à la place de bâtiments anciens inoccupés, a indiqué à l'APM Sylvain Cadin, directeur adjoint en charge des affaires générales. La phase de dé-

molition commence lundi et le début des travaux de construction est prévu le 13 octobre. La réception du bâtiment est prévue fin 2009-début 201 ;

La conception-réalisation a été attribuée au cabinet Léon Grosse. Dans l'état actuel des études, le projet est estimé à 19 millions d'euros, dont 16,5 millions pour la partie sanitaire et 2,5 millions pour la partie pénitentiaire. Le budget de fonctionnement de l'UHSA est en cours d'estimation, notamment pour établir la dotation en personnels médicaux et non médicaux. Il comprend aussi des personnels pénitentiaires

Son élaboration fait l'objet de concertations approfondies entre l'administration de la santé et l'administration pénitentiaire, souligne Sylvain Cadin. "La collaboration se passe dans de très bonnes conditions. Tout le projet est approuvé de façon conjointe". Un comité de pilotage travaille sur le protocole de fonctionnement de l'unité sur dix thématiques: modalités d'admission à partir de l'établissement pénitentiaire (admission avec ou sans consentement, recours aux forces de l'ordre); modalités d'admission à partir d'une structure de soins; droits du patient; fonctionnement des unités de soins (règlement intérieur, modalités de prise en charge somatique hors UHSA); modalités de sortie; composition de l'équipe hospitalière et règles de sécurité; personnel pénitentiaire; logistique (accès des véhicules, contrôle des marchandises); évaluation du fonctionnement. De nombreux points sont encore en discussion, notamment la zone de recrutement de l'UHSA. Elle devrait accueillir les détenus de la région pénitentiaire (RP) de Lyon (couvrant Rhône-Alpes et Auvergne) et éventuellement la RP de Dijon, couvrant la Franche-Comté et la Bourgogne. L'unité sécurisée de soins somatiques (UHSI) de Lyon couvre cette zone élargie.

Le bâtiment, qui aura une superficie de 3.900 mètres carrés (2.960 m² pour la partie sanitaire), sur deux niveaux, comprendra trois unités de 20 lits chacune. Une unité assurera l'accueil et les soins intensifs, une autre des soins individualisés et des prises en charge spécifiques, et la dernière sera une unité de vie communautaire. La sécurité du bâtiment fait l'objet d'attentions particulières, répondant au cahier des charges national des UHSA. L'UHSA aura notamment une voie d'accès propre pour permettre une circulation rapide des véhicules de transport des détenus. Au sein des unités d'hébergement, la sécurisation sera d'abord assurée par les personnels soignants, avec renvois possibles vers le poste de contrôle central, relevant des personnels pénitentiaires, sur commande des soignants.

DEMENAGEMENT DU SMPR DANS UNE NOUVELLE PRISON

Le CH du Vinatier prépare également le déménagement du service médico-psychologique régional (SMPR), actuellement implanté à la maison d'arrêt de Lyon-Saint-Paul, vers la nouvelle maison d'arrêt de Corbas, dont l'ouverture est prévue en avril 2009.

La nouvelle maison d'arrêt, qui comprend 690 places, prendra le relais de trois établissements vétustes de Lyon, Saint-Paul, Saint-Joseph et Montluc (établissement pour femmes), indique Sylvain Cadin. Il comprendra une plateforme et des antennes au plus près des détenus.

L'équipe du SMPR manifeste des inquiétudes sur l'agencement des nouveaux locaux, qui ont été conçus à un niveau central, sans consultation locale, déplore le Dr Pierre Lamothe, chef du SMPR. "L'administration centrale n'a pas pris notre avis au moment de concevoir les locaux du SMPR et nous devons faire face à des problèmes de fonctionnement. Mais, localement, la pénitencière est très arrangeante et nous essayons de trouver des solutions".

Le protocole de fonctionnement du SMPR est en cours de rédaction de façon conjointe entre les deux administrations régionales et devrait être signé par les deux parties. "Ce n'est vraiment pas le cas dans tous les établissements pénitentiaires", souligne Sylvain Cadin.

Le nombre de bureaux est insuffisant pour assurer toutes les activités et les consultations. Le nouveau SMPR ne comporte pas non plus de chambre d'isolement, alors que les locaux actuels à Saint-Paul en ont. "L'administration pénitentiaire nous a rétorqué que ces chambres d'isolement n'avaient pas d'existence légale mais elles existent bel et bien. Nous ne savons pas encore vraiment ce que nous allons faire mais nous avons besoin de chambres spécifiques", observe le Dr Lamothe.

L'administration pénitentiaire n'a pas non plus prévu de locaux spécifiques pour l'unité de préparation à la sortie (UPS), qui bénéficie actuellement d'un bâtiment à part. "Il va falloir se glisser dans des locaux polyvalents".

Cependant, le Dr Lamothe souligne qu'il y a des points positifs dans la nouvelle organisation et notamment une meilleure coordination avec l'unité de soins somatiques (UCSA) grâce à un outil informatique commun et un accueil plus rationnel des détenus.

POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE/CENTRE HOSPITALIER de
MONTERAN de GUADELOUPE et SOCAPSYLEG
Candidats à la Bourse Philippe ZOOMMEROFF

L'Association Française de Criminologie organise tous les deux ans une bourse dite Bourse Philippe Zoummeroff qui soutient les initiatives en faveur de la réinsertion des détenus (la date limite de dépôt des dossiers était fixée le 30 juin 2008 au plus tard). Socapsyleg en association avec le Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR de Baie-Mahault) du centre hospitalier de Montéran (CHM) en Guadeloupe a déposé un projet en ce sens.

Anticipant être délogés du PHRC (cf. dessus), le Pôle de psychiatrie légale et Socapsyleg ont profité de l'ouverture de leur consultation extrapénitentiaire (prévue au dernier trimestre 2008), dénommée Espace d'Accompagnement Psycho-Légal (EAPL) pour déposer un projet contribuant à la réinsertion sanitaire des détenus en Guadeloupe (résultats en octobre 2008).

Les porteurs de projet remercient du soutien qu'ils ont bénéficié à cette occasion, notamment de monsieur F. Farant, directeur du CHM, de madame F. Mounsamy, directrice du SPIP de la Guadeloupe et de madame G. Hadet-Jan, juge d'application des peines au TGI de Pointe-à-Pitre. MD.

IL Y A 100 ANS
DANS LES ARCHIVES D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE
La limitation du droit des médecins dans la rédaction
des certificats médicaux

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

L'ébauche de ce qui deviendra un siècle plus tard dans le dossier de la personne les données non communicables obtenues ou concernant des tiers. A une époque, où le droit semblait plus rigoureux en ce qui concerne l'intimité et la dignité des personnes.... A une époque aussi, où la suffisance médicale n'avait aucune limite. Cela a peut-être changé juridiquement, mais le changement a-t-il eu lieu dans la mentalité médicale ?

« La Cour de Cassation vient de rendre un arrêt intéressant en ce qu'il fixe la responsabilité des médecins qui délivrent le certificat exigé pour l'internement d'une personne dans un établissement d'aliénés. Un médecin, dans le certificat joint à la demande d'internement, après les appréciations relatives à la personne qu'il s'agissait de faire interner, avait ajouté : « Parmi les collatéraux, on trouve un frère dégénéré, type de persécuté-persécuté, et une sœur peu intelligente. Un fils du premier lit présente aussi des signes de dégénération mentale. »

Les personnes ainsi visées apprécieraient médiocrement la peu flatteuse opinion que le médecin avait exprimée sur leur état mental et intentèrent contre ce dernier une action en dommages-intérêts. L'affaire est venue hier devant la Cour de Cassation sur le pourvoi du médecin. Le pourvoi soutenait notamment qu'un médecin ne pouvait être considéré comme en faute pour avoir mis dans un certificat médical telles indications qu'il avait jugé utile d'y insérer dans l'intérêt du malade.

La Chambre des requêtes, présidée par M. Tanon, a, ainsi que le lui demandèrent le conseiller rapporteur Loubers et l'avocat général Lombard, rejeté le pourvoi. Son arrêt, dont on ne saurait méconnaître la portée, décide que l'homme de l'art n'a pas, pour la rédaction du certificat relatif à l'internement d'une personne aliénée, une latitude absolue, spécialement en ce qui concerne la désignation des tiers dont l'état mental n'est pas en question et que certaines appréciations introduites à leur égard dans un certificat qui n'a d'autre but que de justifier la demande d'internement, peuvent revêtir un caractère abusif et devenir ainsi pour eux le principe d'une action en réparation.

L'arrêt conclut que le médecin a été à bon droit condamné à des dommages-intérêts envers les tiers, à raison des appréciations qu'il avait portées sur leur compte et qui présentaient précisément un caractère abusif ».

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/2008/286 DU 29 AOUT 2008-09-28 relative
au contrôleur général des lieux de privation de liberté
NOR / SJSH0830936C

La circulaire précise les modalités d'intervention du contrôleur général des lieux de privation des libertés pour ce qui concerne les établissements de santé accueillant des patients en soins sans consentement et assurant la prise en charge des personnes détenues.

La circulaire rappelle les missions du contrôleur général des lieux de privation de liberté (institué par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007) qui doit s'assurer du respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté.

Les modalités de saisine du Contrôleur général, le déroulement de la visite, les procédures mises en œuvre à l'issue de la visite sont les trois thématiques de la circulaire.

Il est indiqué que « *le libre accès aux personnes, aux documents et aux locaux doit se faire dans le respect des règles concernant le secret médical* ».

La circulaire se termine en demandant aux directeurs des établissements concernés d'informer les équipes soignantes de ces dispositions.

Mots clés : contrôleur des lieux privatifs de liberté. Soins sans consentement. Soins aux personnes détenues. UCSA. SMPR. UHSI. Chambres sécurisées. UHSA.

MD



Cachot - Fort Delgrès - Basse-Terre

CEREMONIE D'INSTALLATION DU NOUVEAU DIRECTEUR DE LA MAISON D'ARRET DE BASSE-TERRE YVES FEUILLERAT

Le jeudi 4 septembre 2008, la cérémonie d'installation du nouveau directeur de la maison d'arrêt de Basse-Terre, Yves Feuillerat, s'est tenue en présence du Préfet et d'autorités judiciaires et pénitentiaires.

Outre ses fonctions dans l'administration pénitentiaire, Yves Feuillerat connaît bien le milieu hospitalier et la problématique des soins en milieu pénitentiaire, ayant travaillé à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins sur ce sujet. Il a également été DRH au centre hospitalier de Magny-en-Vexin.

Le nouveau directeur aura également pour mission de travailler au projet de construction d'un nouveau centre pénitentiaire devant remplacer le vieil établissement actuel. A cette occasion, il faudra certainement repenser l'organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire à l'échelle du département.

Monsieur Feuillerat peut être assuré du soutien des personnels hospitaliers pour collaborer à ces projets dans les domaines qui les concernent.

Nous lui souhaitons une bonne prise de fonction et les plus grandes satisfactions professionnelles en Guadeloupe. MD



**Fresque - Maison d'arrêt de Basse-Terre
Le Ka**

LE POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE DE GUADELOUPE RECRUTE

Un poste de psychiatre des hôpitaux – praticien hospitalier temps plein devrait être mis au prochain choix d'octobre 2008. Une mutation en Guadeloupe, si l'on vient de la métropole, se prépare obligatoirement. Aussi, en anticipation de cette parution, vous trouverez ci-dessous le profil du poste qui sera mis au prochain choix.

Le Pole de Psychiatrie Légale dispose aussi de deux agréments d'internes de spécialité (psychiatrie générale et pédopsychiatrie). Les profils de postes vous sont également communiqués ci-dessous. Merci à ceux qui ont de la chance d'avoir des internes autour d'eux de leur faire connaître ces annonces. MD.

République Française
Département de la Guadeloupe



CENTRE HOSPITALIER de MONTERAN
97120 SAINT-CLAUDE



Club médical (chambre de garde médecin) Centre Hospitalier de Montéran

POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE
PROFIL DE POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER
(Selon l'arrêté du 22 juin 2007 fixant les caractéristiques du profil
de poste de praticien hospitalier)

ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe
Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).

SPECIALITE

Psychiatrie en milieu pénitentiaire

COMPETENCES COMPLEMENTAIRES SOUHAITEES

- Connaissances en psychiatrie légale
- Intérêt pour les prises en charges psycholégales (violences sexuelles ou non) et le travail d'équipe qu'elles imposent.
- Expérience éventuelle en tant que médecin coordonnateur (loi de 1998) et souhait de s'engager dans cette fonction
- Intérêt pour les projets de recherche et les activités de communication et de publication

POSITION DU PRATICIEN DANS LA STRUCTURE

Intervention possible sur les sites suivants :

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (maisons d'arrêt hommes et femmes ; centre de détention homme ; quartier mineur ; centre de semi-liberté)
- Maison d'arrêt de Basse-Terre (hommes)
- Espace d'accompagnement psycho-légal à Baie-Mahault (EAPL) : consultation extrapénitentiaire en milieu ouvert
- Dans l'avenir participation à l'hospitalisation à domicile et aux appartements thérapeutiques post-carcéraux.

STATUT DE RECRUTEMENT

Praticien hospitalier à temps complet
Tableau de service de 10 demi-journées par semaine

Prise en considération des contraintes et de la réglementation pénitentiaires, notamment dans le service rendu aux patients.

CARACTERISTIQUES DES FONCTIONS

Participation à l'astreinte opérationnelle sur le centre pénitentiaire de Baie-Mahault (une semaine sur quatre)

Poste à recrutement prioritaire (prime de poste prioritaire, avancement d'un échelon après 5 ans, vint jours de formation)

OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA STRUCTURE

Participation à l'évolution et au développement du service :

- Ouverture et montée en charge de la consultation extrapénitentiaire (EAPL)
- Préparation et mise en place des projets d'hospitalisation à domicile (HAD) et d'appartements thérapeutiques (AT) post-carcéraux
 - Ouverture de l'hôpital de jour du SMPR
 - Participation au projet à long terme d'ouverture d'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA)

MOYENS MIS EN ŒUVRE

Intégration dans une équipe composée de :

- 4 psychiatres (3 ETP, 1 ETp), y compris le poste en recrutement. **Les trois autres postes sont pourvus.**
 - 3 ETP psychologues
 - 1 ETP cadre de santé
 - 11 infirmiers
 - 1 ETP psychomotricien
 - 1 ETP travailleur social
 - 2 ETP secrétaires médicales

Equipe appelée à se développer en fonction de l'ouverture des projets (HAD et AT)

RENSEIGNEMENTS

- Renseignements sur le service : Dr Michel DAVID - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - Michel.DAVID@ch-monteran.fr
- Renseignements administratifs : Direction des Ressources Humaines – Madame Gattoux – 0590 80 52 34 Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr

**CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN
POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE**

**PROFIL DE POSTE
D'INTERNE de PSYCHIATRIE GENERALE**

ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe
Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).
- Renseignements sur les activités cliniques du poste : Dr Michel DAVID – Responsable de pôle – Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – Michel.DAVID@ch-monteran.fr

LIEUX D'INTERVENTION

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (SMPR)
- Maison d'arrêt de Basse- Terre (Antenne du SMPR)
- Espace d'Accompagnement Psycho-Légal de Baie-Mahault (consultation en milieu ouvert)

ACTIVITES DU SERVICE

Pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le centre pénitentiaire de Baie-Mahault d'un effectif d'environ 600 détenus comprenant une maison d'arrêt d'hommes et de femmes, un centre de détention, un quartier mineur et un quartier de semi-liberté et dans la maison d'arrêt d'hommes de Basse-Terre (250 détenus).

Encadrement assuré par les 3 médecins du service.

Équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, psychomotricien, infirmiers, assistant social et secrétaires médicales.

FONCTIONS DE L'INTERNE

- Entretiens d'accueil systématiques des entrants
- Participation aux consultations externes et aux VAD
- Traitements psychotropes courants
- Participation aux réunions institutionnelles :

- synthèses du service
- commission prévention du suicide
- réunions de coordination avec l'administration pénitentiaire et avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation
- psychiatrie de liaison avec l'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires)
 - Assistance aux consultations du médecin coordonnateur
 - Participation aux projets de service
 - Permanences de nuit possibles au centre hospitalier de Montéran
 - Inscriptions possibles et souhaitées aux formations assurées sur place
 - Représentation selon les conditions statutaires à la commission médicale d'établissement (collège des internes)

Poste convenant à un interne intéressé par la psychiatrie légale. Psychopathologie variée. Vie institutionnelle active. Soutien apporté aux travaux de publications. Possibilité de faire des présentations lors des soirées mensuelles thématiques de l'hôpital.

Avant prise de poste, communication pour adaptation à la fonction du « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ».

RENSEIGNEMENTS

- Renseignements sur le service :
 - Dr Michel DAVID - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - Michel.DAVID@ch-monteran.fr
 - Madame Nicole MARCHAL Cadre de santé - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - Nicolle.MARCHAL@ch-monteran.fr
- Renseignements administratifs : Direction des Ressources Humaines – Madame Gatox – 0590 80 52 34 Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr



Club médical (chambre de garde médecin) Centre Hospitalier de Montéran

**CENTRE HOSPITALIER DE MONTERAN
POLE DE PSYCHIATRIE LEGALE**

**PROFIL DE POSTE
D'INTERNE de PEDO-PSYCHIATRIE**

ETABLISSEMENT DE RATTACHEMENT

- Centre Hospitalier de Montéran – EPSM - 97122 Saint-Claude – Guadeloupe
Tél. : 0590 80 52 52.
- Secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire : 96P01.
- Pôle de Psychiatrie Légale (Service médicopsychologique régional/SMPR) implanté au centre pénitentiaire de Baie-Mahault (près de Pointe-à-Pitre).
- Renseignements sur les activités cliniques du poste : Dr Michel DAVID – Responsable de pôle – Tél. : 0590 38 44 30 – Fax : 0590 38 94 62 – Michel.DAVID@ch-monteran.fr

LIEUX D'INTERVENTION

- Centre pénitentiaire de Baie-Mahault (SMPR)
- Espace d'Accompagnement Psycho-Légal de Baie-Mahault (consultation en milieu ouvert)

ACTIVITES DU SERVICE

Pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le centre pénitentiaire de Baie-Mahault d'un effectif d'environ 600 détenus comprenant une maison d'arrêt d'hommes et de femmes, un centre de détention, un quartier mineur et un quartier de semi-liberté et dans la maison d'arrêt d'hommes de Basse-Terre (250 détenus).

Encadrement assuré par les 3 médecins du service.

Équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, psychomotricien, infirmiers, assistant social et secrétaires médicales.

FONCTIONS DE L'INTERNE

- Entretiens d'accueil systématiques des entrants (Intégration au protocole d'accueil spécifique aux mineurs incarcérés)
- Relation avec les familles des mineurs
- Participation aux consultations externes et aux VAD
- Traitements psychotropes courants
- Participation aux réunions institutionnelles :

- synthèses du service
- commission mensuelle mineurs
- Coordination avec les éducateurs référents mineurs et avec la PJJ
- commission prévention du suicide
- réunions de coordination avec l'administration pénitentiaire et avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation
- psychiatrie de liaison avec l'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires)
- Assistance éventuelle aux consultations du médecin coordonnateur
- Participation aux projets de service
- Permanences de nuit possibles au centre hospitalier de Montéran
- Inscriptions souhaitées aux formations assurées sur place
- Représentation selon les conditions statutaires à la commission médicale d'établissement (collège des internes)

Poste convenant à un interne intéressé par la pédo-psychiatrie et la psychiatrie légale et la relation clinique avec des adolescents en grande difficulté. Psychopathologie variée. Vie institutionnelle active. Soutien apporté aux travaux de publications. Possibilité de faire des présentations lors des soirées mensuelles thématiques de l'hôpital.

Avant prise de poste, communication pour adaptation à la fonction du « Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues ».

RENSEIGNEMENTS

- Renseignements sur le service :
 - Dr Michel DAVID - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - Michel.DAVID@ch-monteran.fr
 - Madame Nicolle MARCHAL Cadre de santé - Tél. : 0590 38 44 30 - Fax : 0590 38 94 62 - Nicolle.MARCHAL@ch-monteran.fr
- Renseignements administratifs : Direction des Ressources Humaines – Madame Gatox – 0590 80 52 34 Berthe.GATOUX@ch-monteran.fr



La porte d'entrée principale du centre pénitentiaire de Baie-Mahault

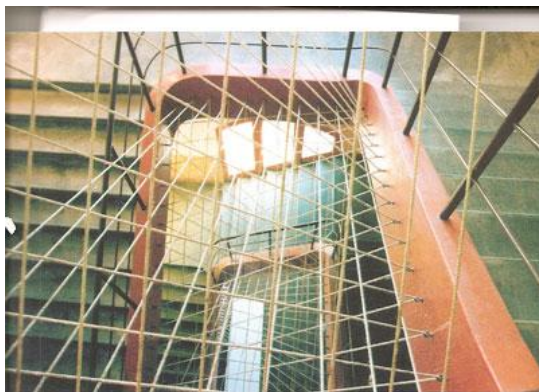
LE SMPR DE MARSEILLE RECRUTE

Un poste de psychiatre praticien contractuel à temps plein est disponible au SMPR de Marseille à partir du 1^{er} novembre 2008.

Contact: Dr Catherine Paulet: 00 33 (0)4 91 40 88 63 – catherine.paulet@free.fr

NOTES DE LECTURE ET DOCUMENTATION

*80 000 détenus en 2017 ?
Réforme et dérive de l'institution pénitentiaire
Jean Bérard et Gilles Chantraine
Editions Amsterdam avec Vacarme*



Jean Bérard et Gilles Chantraine

80 000 DÉTENUX EN 2017?

RÉFORME ET DÉRIVE DE L'INSTITUTION PÉNITENTIAIRE

Éditions Amsterdam

avec VACARME

En ces temps de préparation d'une loi pénitentiaire qui n'annonce rien de bien innovant et passionnant, il sera bien plus intéressant de lire ce livre de Jean Bérard et Gilles Chantraine, respectivement historien et sociologue. Les contradictions du système pénitentiaire, de l'ambivalence des réformes et des discours politiques se déclinent en 8 chapitres dont les intitulés annoncent clairement la thématique :

1. Nous, les emmurés vivants
2. Au bout d'un moment, on n'est plus qu'un délinquant
3. Ai-je le droit d'avoir des droits ?
4. 80 000 détenus en 2017 ?
5. La carcéralisation du soin psychiatrique
6. Rétention de sûreté
7. Réformer les prisons, entendre les prisonniers
8. Mineurs incarcérés : le doux rêve d'une prison éducative

Le chapitre central sur la carcéralisation du soin psychiatrique peut intéresser tout particulièrement les lecteurs de Kamo. Les auteurs rejoignent les psychiatres qui considèrent que l'augmentation des soins en prison ne peut qu'écartier davantage les malades des lieux où ils pourraient être les mieux traités. Le soin devenant moins important que la participation à la neutralisation des individus. Dans le chapitre éponyme, évoquant le Canada régulièrement donné pour exemple par les politiques, Bérard et Chantraine signalent que « *les chercheurs de terrain décrivent le faux-semblant généralisé qui surplombe les interactions entre les détenus et des psychologues, entièrement voués à l'évaluation des risques, sapant les bases d'une confiance indispensable à une relation d'aide* » (p. 78) Citant l'hypothèse de Marc Renneville (Crime et folie, Fayard 2004), les auteurs rappellent que la psychiatrie deviendrait la justification humaniste de l'incarcération. Le chapitre se conclut

sur des propos, qui tout en reconnaissant la force du matraquage médiatique sécuritaire, ne désespère pas d'un retour à la raison : « *Mais, contre ce qui se présente aujourd'hui comme une confusion complète des droits des personnes, des victimes et de la société, du travail de soin et de l'expertise criminelle, et contre lequel toute critique semble ensevelie sous un déluge médiatique, les résistances les plus importantes viendront peut-être des principes du droit et de la déontologie du soin* », reprenant aussi des propos du chapitre éponyme où la résistance aux formes modernes de neutralisation pourrait s'appuyer, parmi les professionnels, sur les magistrats qui entendront « *demeurer libre en face de l'injonction à prononcer les nouvelles peines plancher* » et les psychiatres qui résisteront à voir leur activité quitter le registre du soin pour devenir des agents de classement et de certification du risque zéro (p.79).

Réjouissons nous, psychiatres et psychologues, nos dérives seront scrutées, et espérons le dénoncées, par des tiers (toujours utile le tiers, comme pour les certificats... cf. article ci-dessus : La place de la psychiatrie en prison). MD.



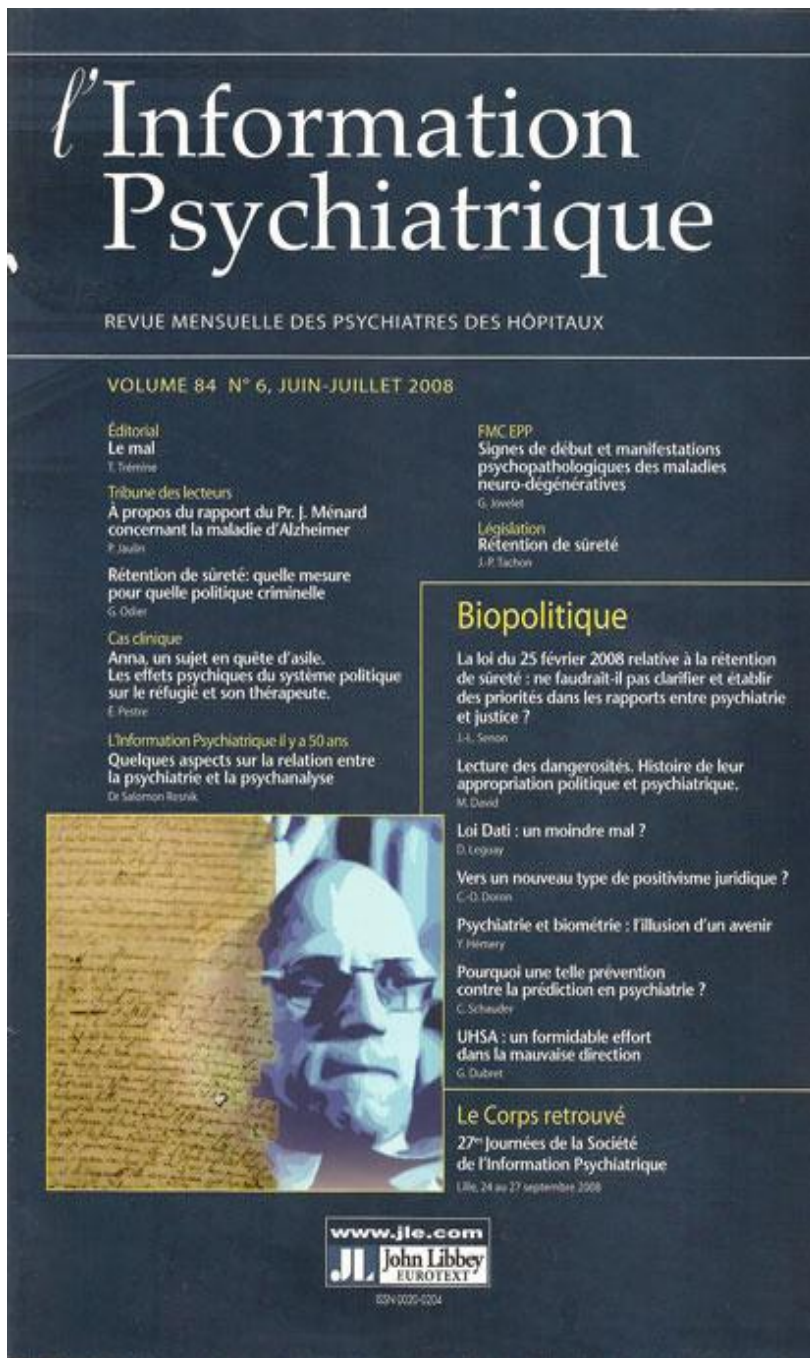
La grande roue du Mont Saint-Michel, quand la Merveille fut tristement une prison. Elle permettait de monter les marchandises en faisant jouer les hamsters aux détenus.

Dans ces temps de rétention de sûreté et de renouveau écologique, l'idée est à reprendre pour la faire perpétuellement tourner à moindre frais.



L'Information Psychiatrique
Biopolitique
Vol 84 N° 6, Juin-Juillet 2008
John Libbey Eurotext – www.jle.com

L'Information psychiatrique consacre son numéro de juin-juillet 2008 aux relations de la psychiatrie avec l'ordre et la sécurité publique en recourant au titre foucauldien concis de « Biopolitique ». Outre l'éditorial de Thierry Trémine intitulé : « Le mal » et d'un article de G. Odier consacré à « La rétention de sûreté : quelle mesure pour quelle politique criminelle », vous trouverez dans le dossier biopolitique les articles suivants :



1. La loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté : ne faudrait-il pas clarifier et établir des priorités dans les rapports entre psychiatrie et justice ? Jean-Louis Senon.
2. Lecture des dangers. Histoire de leur appropriation politique et psychiatrique. Michel David
3. Loi Dati : un moindre mal ? Denis Leguay
4. Vers un nouveau type de positivisme juridique ? Claude-Olivier Doron.
5. Psychiatrie et biométrie : l'illusion d'un avenir. Yves Hémary
6. Pourquoi une telle prévention contre la prédiction en

psychiatrie. Claude Schauder.

7. UHSA : un formidable effort dans la mauvaise direction. Gérard Dubret.

L'éditorial de Thierry Trémine annonce la couleur avec un titre sobre et choc : « Le Mal » et remarque que l'actuelle manière de gouverner se fait par l'identification à la victime et façonne ainsi l'opinion mais infiltre également nos pratiques. Pratiques psychiatriques qui pourraient bien s'orienter vers le « bio sociale » oubliant le psycho, pourtant central il y a encore peu. Appuyant habituellement nos pratiques sur le langage, celui-ci devient accessoire derrière l'image, impression première télescopant la lente chaîne du langage. Et dans ce monde de l'image, la psychiatrie se résumerait à « *l'expert devenu l'image fétichisée du psychiatre* » qui « *ne fit pas l'opinion mais est construit par elle et qui en passant de manière obligé devant le public devient le garant du discours ambiant* ». Dans un précédent éditorial, évoquant les lois sécuritaires actuelles, Thierry Trémine se demandait ce qui pourrait d'ici quelque temps motiver les nouvelles générations à devenir psychiatre. La question se poursuit puisque selon lui la « *figure dominante du criminel redevient fortement d'actualité et empoisonnera nos pratiques dans les années à venir* ».

Jean-Louis Senon et Nemat Jaafari exprime un sentiment similaire en considérant comme une dérive soignante de la justice qui voulant élargir à tous les crimes l'application de l'injonction de soins la rend inapplicable.

Gérard Dubret s'exprime aussi de manière similaire en dénonçant une fois de plus le projet UHSA. Il se demande s'il est bien raisonnable de renforcer sans cesse l'offre de soins psychiatriques aux détenus, projet à courte vue qui ne pourra qu'accroître le nombre de malades mentaux incarcérés. Alors qu'il serait tellement plus adaptées de construire des unités sécurisées accueillant tout public dans des conditions satisfaisantes.

Denis Leguay semble moins inquiet puisqu'il se demande si la loi Dati ne serait pas un moindre mal et « *qu'elle pourrait bien à l'usage, se révéler un arbitrage équilibré entre un convenable respect des principes de notre droit, le cadre nécessaire à l'exercice médical de la psychiatrie, et les attentes nouvelles de la société* ». Il ne considère pas la loi Dati comme une rupture mais plutôt le point d'orgue de la durcissement de la politique pénale (il rejoint en cela, en apparence, mais en apparence seulement, la lecture résiliente évoquée dans l'article ci-dessus sur la place de la psychiatrie en prison). En fait, il considère que le politique ne peut rien contre l'opinion publique en cas de récurrences. A-t-on oublié que François Mitterrand pendant la campagne présidentielle de 1981 s'était déclaré contre la peine de mort, allant à l'encontre de l'opinion publique. Pourquoi l'actuel Président de la République qui sait aussi bien communiquer dans le sens des victimes, façonnant ainsi l'opinion publique, ne serait-il pas capable d'une pédagogie inversée ?

Les citations *in limine* de l'article de Michel David s'opposent à ce renoncement : « *Ni Monsieur de Voltaire, ni Monsieur d'Alembert, ni Rousseau, ni vous, ni aucun philosophe ne produiront sur l'esprit de ceux qui vous gouvernent un effet immédiat. On agira sur l'opinion publique, et l'opinion publique subjuguera enfin les fanatiques et même les tyrans* » (Abbé Morellet à Beccaria) et « *C'est l'opinion qui gouverne le monde, et c'est à vous de gouverner l'opinion* » (Voltaire à d'Alembert).

En fait, Denis Leguay exprime bien l'opinion des psychiatres de secteur qui ont senti le vent du boulet quand le risque de l'hospitalisation psychiatrique des délinquants a été fortement évoqué lors du débat sur la rétention de sûreté (souhait de certains parlementaires de gauche). Certes, cela aurait été une absurdité mais cela exprime bien le renoncement des secteurs à s'occuper des détenus.

Claude-Olivier Duron se livre à une analyse détaillée des principes généraux de la loi sur la rétention de sûreté. Il ne partage pas l'avis optimiste de Denis Leguay et considère plutôt que se dessine une « *forme de gouvernement illimité et infini de la menace* » et l'abandon du principe énoncé par Beccaria au siècle des lumières : *nullum crimen, nulla poena, sine lege*. En aucune manière, il n'acceptera de se laisser enfermer dans l'argument simpliste, ridicule et bas qui consiste à dire

que si l'on est contre les mesures de type rétention de sûreté, on est du côté des « méchants ».

Entre résistance et résignation, le lecteur pourra faire son choix tout en s'inquiétant des mesures biométriques de contrôle détaillées par Yves Hémerly (à noter, en plaisantant que mon confrère a oublié de citer le projet de phléthysmographe/GPS/Wi Max révélé en exclusivité par Kamo en avril dernier dans le n°3-2008). MD.

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. Calendrier : Mardis 7 octobre ; 4 novembre et 2 décembre.

Les mineurs agresseurs sexuels, colloque organisé le jeudi 16 octobre 2008 par le service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest, le service de psychiatrie de l'adulte, UCSA de Brest et le centre de ressources pour la prise en charge des agresseurs sexuels de Nantes. Renseignements : michel.schmouckovitch@chu-brest.fr et alain.lazartiques@chu-brest.fr. Secrétariats : 02 98 01 50 27 et 02 98 01 50 46.

Rencontre avec Claude Balier, psychiatre et psychanalyste. Université Paris 7 Diderot, site PRG, bâtiment Halle aux farines, 10-16 rue Françoise Dolto, 9-15 esplanade Pierre Vidal-Naquet, Paris 13^{ème}, Amphi 2A, entrée A, niveau 2. Contact : jean-robert.major@univ-paris-diderot.fr

Enfermements et mises au secret. Crises et chuchotements dans les cuisines de l'institution. 16 et 17 octobre 2008. Palais des congrès de Perpignan Renseignements : Association Logos. Centre psycho-analytique, 7 bd Wilson – 66000 Perpignan. www.logos66.com et contact@logos.com.

La parole captive, la détention politique en France, Exposition du 29 mars au 10 décembre 2008, Musée de l'histoire vivante, 31, Boulevard Théophile Sueur 93100 Montreuil, Tél. : 01 48 70 61 62, Fax : 01 48 55 16 34 mushistviv@wanadoo.fr Heures d'ouverture : mercredi / jeudi / vendredi : de 14h à 17h samedi / dimanche : 14h à 18h. Tarifs des expositions : 2 euros ; Gratuit : étudiants, enseignants, chômeurs, groupes scolaires, enfants de moins de 13 ans.

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 socio-

logie, *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.

Les journées européennes de Logos « Enfermements et mises au secret - Crises et chuchotements dans les cuisines de l'Institution... ». Palais des congrès, Perpignan, 16 et 17 octobre 2008. Renseignements : Association Logos – 7, boulevard Wilson – 66000 Perpignan – 06 14 46 31 00 – www.logos66.com.

Journées Internationales d'études « Troubles mentaux et défense sociale ». Salle des congrès, Faculté de Médecine, pôle recherche, CHRU de Lille, 13 et 14 novembre 2008. Renseignements : Secrétariat du CRISAVS Tél : 03.20.44.44.35 – 6, rue du Professeur Laguesse - CHRU Fax : Unité de Soins Normalisée (USN B) 03.20.44.44.36 - 59037 Lille Cedex – France. o-arafah@chru-lille.fr

Journées Nationales de l'ARTAAS « De l'intime au social. A propos des abus sexuels ». 21 et 22 Novembre, Centre Hospitalier de Niort. Renseignements et inscriptions : Secrétariat de l'ARTAAS – Isabelle FACHE – 26, rue Yves Toudic – 75010 Paris – 06 10 04 69 83. Contact : taags@free.fr et www.artaas.org

« Santé Justice : La place du médecin coordonnateur », Lille. Lundi 24 novembre 2008. journée organisée par l'Association pour la recherche et le traitement des auteurs d'agressions sexuelles (ARTAAS) et le Centre de Ressources Interrégional (Nord – Pas-de-Calais – Picardie) pour le Suivi des Auteurs de Violence Sexuelle (CRISAVS). Contact : Olivier Vanderstukken, référent régional ARTAAS, secrétaire aux régions ARTAAS, coordinateur du CRISAVS Nord Pas de Calais - Picardie. Tél. 03 20 44 44 35, Fax 03 20 44 44 36, oliviervanderstukken@yahoo.fr et contact@artaas.org.

Meurtre d'enfant, enfant meurtrier : approches pluridisciplinaires, Colloque international, 27-29 novembre 2008, université Rennes 2. Renseignements : Eglantine Geslin : 02 99 14 19 63 – ICSHcolloqueME2008@univ-rennes2.fr.

Enfermement et droits de l'homme, aujourd'hui, en France, Conditions d'exécution des décisions administratives et judiciaires de privation de liberté, Journée d'études à l'occasion de 60^{ème} anniversaire de la déclaration universelle des droits de l'homme. Mari 9 décembre. 9h-17h. Paris, Centre Hospitalier Sainte-Anne, 7, rue Cabanis, 14^{ème} (Métro Glacière), Amphithéâtre Pierre Deniker. Renseignements : "Déviations & Social-démocratie en Europe", c/o M. Pierre V. Tournier - 43, rue Guy Môquet 75017 PARIS, Tél. Fax Rép. 01 42 63 45 04. pierre-victor.tournier@wanadoo.fr

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'Aggression 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.

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

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

ARTAAS : 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 Zoumeroff : www.collection-privee.org

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

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

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

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

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

Criminocorpus : www.criminocorpus.cnrs.fr/

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

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

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

Logos : www.logos66.com

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

Observatoire International des prisons : www.oip.org

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

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

OU TROUVER LES ANCIENS NUMEROS DE KAMO ?

En attendant que Socapsyleg dispose de son site, vous pouvez trouver certains des précédents numéros de Kamo sur les sites cités ci-dessous. Vous pouvez également les demander en écrivant à socapsyleg@orange.fr. (et les recevoir gratuitement évidemment).

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

ARTAAS : www.artaas.org

Ban public : www.prison.eu.org

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

Equipe rédactionnelle de Kamo* de Socapsyleg

Directeur de la publication

Michel DAVID

Psychiatre des Hôpitaux – Chef de service

Responsable du Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe

Médecin coordonnateur

Référent régional Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

Président de Socapsyleg

Rédacteurs :

Sophia BOUDINE Psychologue

Franciane CONVERTY - Psychologue clinicienne

Pôle de Psychiatrie Légale (SMPR) de Baie-Mahault – Guadeloupe

Référente régionale Caraïbes de l'Association Pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agression Sexuelle

Secrétaire de Socapsyleg

Bruno PARRA – Cadre supérieur de santé, coordonnateur de pôle

Objet de Socapsyleg

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

*Kamo = nouvelles fraîches, anecdotes, informations

(Dictionnaire créole-français - Maisonneuve et Larose, Servédit, Editions Jasor).